

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

**AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA MARIA (RS)**

Relatório da Comissão do CMS de Santa Maria

Santa Maria
Dezembro de 2005

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, a partir de 1997, tem proposto a implementação de estratégias para a reorganização da atenção básica em saúde. Dentre essas, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, vem se destacando como uma estratégia relevante, a qual visa contribuir na reversão do modelo assistencial vigente, do objeto de atenção, do processo de trabalho e organização geral dos serviços, reorientando a prática pública de atenção à saúde, a qual deve estar fundamentada em novos valores e princípios.

Com a expansão da proposta do Ministério da Saúde, Santa Maria (RS) município sede da Macrorregião Centro-Oeste, teve suas primeiras equipes implantadas em 2003, dispondo, atualmente, de 16 Equipes de Saúde da Família (ESF), compostas por médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde, que atuam em 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Levando em conta o caráter inovador do trabalho atribuído ao PSF, bem como das próprias diretrizes que o sustentam, o Conselho Municipal de Saúde do município, órgão colegiado com poder deliberativo que tem como finalidade o acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas de saúde do município, constituiu uma comissão de representantes das diversas entidades que o compõem, com a finalidade de acompanhar e avaliar a implantação do Programa de Saúde da Família.

O presente documento constitui o relatório da Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família (PACS/PSF) de Santa Maria.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PSF DE SANTA MARIA

- Beatriz Unfer (Universidade Federal de Santa Maria)
- Cláudia Sala Andrade (Associação Santa-mariense dos Farmacêuticos)
- Marco Aurélio Paim (União das Associações Comunitárias)
- Maria Celeste Landerdahl (Universidade Federal de Santa Maria)
- Maria Ivonia Leal (Associação Comunitária da Vila Urlândia)
- Salete Rizzatti (Hospital Universitário de Santa Maria)

METODOLOGIA DE TRABALHO

Nas primeiras reuniões realizadas entre os integrantes da comissão ficou evidente a relevância do trabalho a ser desenvolvido, tendo em vista que os dados levantados serviriam como subsídios para mudanças que se fizessem

necessárias no âmbito do PSF em Santa Maria. Desta forma, a comissão decidiu elaborar um Projeto de Pesquisa, o qual foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, como forma de formalizar o estudo, tendo em vista o respeito aos requisitos legais e éticos requeridos para estudos dessa natureza. Para tanto, os objetivos do projeto foram alinhados em consonância à finalidade da Comissão do CMS.

O Foco

A comissão teve como foco principal conhecer, analisar e avaliar, sob a perspectiva dos usuários e dos profissionais, o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família na comunidade e, também, conhecer, analisar e avaliar, sob a perspectiva dos usuários e dos profissionais, as características do modelo de atenção em implantação no município.

O Percurso

Os dados foram coletados mediante a utilização de três técnicas metodológicas: entrevistas com usuários e com profissionais de saúde, observação do local visitado, e reunião geral com todas as 16 equipes de saúde da família do município.

Por razões técnicas de exequibilidade do trabalho, considerando os fatores tempo, deslocamentos, número de equipes de saúde da família e capacidade operacional da comissão de avaliação, seis Unidades de Saúde da Família, distribuídas nas Regiões Sanitárias Norte, Sul, Leste e Oeste, foram selecionadas como uma amostra.

1. Entrevistas

As entrevistas, realizadas em grupo, seguiram um roteiro com três questões norteadoras:

Para os Usuários:

1. Como era a atenção em saúde antes da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) nessa região?
2. Como é a atenção em saúde atualmente?
3. Na sua opinião, como deveria ser a atenção em saúde realizada pelo Programa de Saúde da Família?

Para a Equipe de Saúde da Família:

1. Como era sua prática profissional antes de integrar uma equipe de saúde da família?

2. Como se caracteriza sua prática profissional atualmente?
3. Na sua opinião, como deveria ser a atenção em saúde realizada pelo Programa de Saúde da Família?

Das respostas a estas questões foi possível subtrair elementos que caracterizam o processo de implantação do PSF no município.

A obtenção dos dados em entrevistas foi realizada em duas etapas: a primeira com usuários, sem agendamento prévio na unidade. As unidades visitadas eram sorteadas momentos antes do encontro da comissão na Secretaria da Saúde, onde a mesma disponibilizava um carro para o deslocamento da equipe. Essa estratégia permitiu que se visualizasse a unidade tal qual ela é no seu cotidiano, favorecendo, desta forma, a observação da realidade local.

A segunda etapa foi realizada com profissionais das equipes às quartas-feiras à tarde, momento em que estas realizam suas reuniões semanais. Este encontro geralmente era agendado com a equipe na primeira etapa realizada com os usuários.

Nos dois grupos, as pessoas podiam discorrer livremente sobre o tema que estava sendo focado.

Nessa perspectiva, os usuários entrevistados eram convidados dentre aqueles que aguardavam atendimento no interior das unidades e que se dispunham a participar do estudo. Da mesma forma, os profissionais eram convidados a participar, tendo ficado muito claro e livre a vontade ou não em fazer parte do estudo. Os depoimentos foram gravados para serem posteriormente transcritos e analisados em seu conteúdo.

2. Observação

As unidades de saúde visitadas eram observadas em vários itens, no mesmo dia das entrevistas, com o acompanhamento dos profissionais para esclarecimento de dúvidas. As observações foram anotadas para posteriormente integrar o presente relatório.

3. Reunião geral com as equipes

Para validar internamente o processo desenvolvido até este momento, realizou-se uma reunião com os profissionais de saúde. Todas as equipes de saúde da família foram convidadas, mediante envio de correspondência do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de Saúde para a Secretaria de Saúde, e esta para as UBS's. Nesta reunião, as equipes tomaram conhecimento dos pontos principais que foram levantados pela comissão nas duas etapas anteriores. Houve então o comprometimento das equipes em discutir estes pontos em seus locais de trabalho e trazer os resultados à comissão através de um representante de cada UBS, em nova reunião (anexo 1). Neste dias, algumas equipes trouxeram suas discussões por escrito e

outras fizeram comentários orais. Estas informações foram acrescentadas ao relatório final.

Considerações éticas

Em respeito ao aspecto ético, o estudo pautou-se na Resolução nº 196/96, publicada no Diário Oficial da União em 10/10/96, que institui as Normas de Pesquisa em Saúde que envolve seres humanos. Assim, após a apresentação da comissão e das intenções do estudo, antes portanto, de iniciar a entrevista, cada participante autorizou, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seu envolvimento no processo de avaliação em curso. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do centro de Ciências da Saúde da Universidade federal de Santa Maria por meio do Termo de aprovação nº 058/2005 (anexo 2)

RESULTADOS

1. ENTREVISTAS E OBSERVAÇÕES

Apenas em uma unidade não foi permitida a gravação dos depoimentos pelos profissionais, mas foram permitidas anotações sobre o que era conversado. Nesta mesma unidade também não foi possível realizar a entrevista com os usuários, uma vez que não havia nenhum usuário presente naquele momento.

Após leituras sucessivas dos depoimentos, as informações obtidas, somadas às observações, foram agrupadas nas seguintes categorias: ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA; PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE; MODELO DE ATENÇÃO; CONTROLE SOCIAL.

ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- Área Física: Distribuição e número de salas (expurgo, imunizações, curativos, farmácia, medicação, espera, sala de enfermagem, copa, sanitários para funcionários e para usuários); Ventilação; Iluminação; Pintura; Manutenção;
- Material (de consumo, equipamentos e instrumentais);
- Administração (recepção, telefone, material de informática).

PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE

- Diagnóstico de saúde da comunidade;

- Planejamento e implementação de ações;
- Equipe de saúde (quantidade e qualidade de pessoal, [médico, dentista, técnico de enfermagem], Rotatividade de pessoal);
- Equipe de referência;
- Participação da comunidade no processo de trabalho das equipes;
- Territorialidade;
- Intersetorialidade;
- Referência e contra-referência;
- Relação com a Secretaria de Saúde;
- Relação com as lideranças comunitárias;
- Educação Permanente.

MODELO DE ATENÇÃO

- Entendimento/compreensão sobre a estratégia de saúde da família por parte do usuário.

CONTROLE SOCIAL

- Mobilização da comunidade na formação dos Conselhos Locais;
- Exercício do controle social por meio de denúncias, reclamações ou reivindicações nas instancias competentes.

DISCUSSÃO

Os dados foram analisados e interpretados frente a referenciais pertinentes, dentre os quais:

- Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, que trata do Controle de Infecção Hospitalar;
- RDC nº 50 (Resolução de Diretoria Colegiada - ANVISA) , que trata do planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais de saúde na área pública e privada;
- Portaria nº 40/2000, que trata das Normas Técnicas de Biossegurança em Estabelecimentos Odontológicos e Laboratórios de Prótese no Rio Grande do Sul;

- Projeto de Implantação e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), elaborado para Santa Maria em 2003;
- Diretrizes do Ministério da Saúde para o PSF.

ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ÁREA FÍSICA

Foi possível observar que as unidades visitadas carecem de uma estrutura física adequada, pois geralmente são prédios adaptados de residências ou são unidades tradicionais que foram reformadas, mas que não atendem aos requisitos mínimos para abrigar uma unidade de saúde, equipes de trabalho e usuários. Isto foi destacado tanto pelos usuários como pelas equipes de saúde.

A inadequação ou inexistência de salas para atividades específicas ficou evidente na maioria das UPSF. Existem salas que são utilizadas para várias atividades, o que compromete a biossegurança. Por exemplo, um mesmo espaço é utilizado para fazer curativos e imunizações, além de servir de farmácia e sala de lanche; ou, na mesma sala em que é lavado o material contaminado utilizado em procedimentos, também é realizada a administração de medicação via parenteral (injeções) e curativos.

A carência de uma sala específica para consulta de enfermagem foi referida por uma das equipes como um problema que sobrecarrega o trabalho do médico, uma vez que aquela consulta não é realizada. Ao mesmo tempo, a equipe tenta solucionar o problema da melhor forma possível, adaptando espaços existentes.

Frente a esse contexto, a realização do acolhimento nem sempre acontece da forma como é preconizado, pois a execução desta ferramenta de trabalho é dificultada pela exiguidade do espaço físico da unidade.

Foi observado, também, em relação a esse aspecto, que em algumas unidades a sala de espera é tão exígua que não permite abrigar todos os usuários, ficando estes em espaço externo, expostos ao frio e chuva.

Sem uma sala de espera adequada, também não é possível realizar atividades coletivas de educação em saúde da forma preconizada.

Em algumas unidades foram observados problemas relacionados à ventilação, iluminação, privacidade, pintura e manutenção, em diferentes graus de precariedade, enquanto que em outras não havia problemas desta natureza.

Algumas unidades apresentam ambientes sem janelas, impedindo que o ar circule e se renove, comprometendo os princípios de biossegurança. Ao mesmo tempo, existem janelas sem cortinas, interferindo na privacidade do atendimento e onde o sol forte em alguns momentos do dia torna insuportável a permanência na sala. O calor excessivo pode também alterar substâncias como soluções endovenosas ou para curativos, e medicamentos. Vidros partidos nas janelas; pisos quebrados, inadequados ou com defeitos

/irregularidades e falta de lâmpadas também foram referidos no aspecto da manutenção.

A despeito de todas as dificuldades encontradas, a equipe usa de sua criatividade naquilo que é possível, como forma de solucionar alguns problemas, utilizando muitas vezes recursos próprios para tal. Da mesma forma os usuários auxiliam fornecendo materiais e serviços que estão ao seu alcance como lâmpadas, painéis, pequenos consertos, etc.

MATERIAL (DE CONSUMO, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAIS)

De modo freqüente, tanto usuários quanto profissionais, fizeram observações sobre a falta de material ou medicamentos nas unidades. Embora variem de uma unidade para outra, as carências comprometem o trabalho da equipe e desamparam o usuário, pois poucos têm outra opção para solucionar seu problema, seja a falta de medicamentos, seja a precariedade dos serviços. Neste último caso, o Pronto Atendimento parece ser uma solução buscada por muitos quando a unidade deixa de oferecer o atendimento básico.

Dentre os materiais em falta e que são utilizados rotineiramente para a assistência direta aos usuários foram citados:

- Material para prevenção e controle de infecções, de uso contínuo pela equipe: anti-séptico para lavagem das mãos, toalha de papel, máscara, luvas, papel higiênico;
- Material para curativos: gazes; soluções desinfetantes e anti-sépticas;
- Fita para haemogluco-test;
- Material para exame citopatológico (em algumas unidades a falta deste material dura mais de 2 meses);
- Material para sutura;
- Medicamentos diversos, (os contraceptivos hormonais orais faltam em todas as unidades participantes da pesquisa);
- Lençóis;
- Fita métrica;
- Preservativos masculinos e femininos;
- Máscara para nebulização;
- Pilhas para otoscópio;
- Material odontológico: instrumental para dentística, cirurgia, endodontia e periodontia; material preventivo e material restaurador, definitivo e provisório.

Dentre os materiais e equipamentos que oferecem suporte e segurança ao trabalho, estão em falta:

- cadeiras e bancos para sala de espera;
- estufas para aquecimento do ambiente;
- balcões, mesa e pia para copa, banco ginecológico;
- extintor de incêndio;
- autoclave;
- torpedos de oxigênio;
- rede de ar comprimido para nebulização.

Além destes materiais, em algumas unidades há falta de impressos para otimizar o atendimento.

ADMINISTRAÇÃO

De modo geral, as questões relativas à administração da unidade enfatizam a precariedade da relação de trabalho do recepcionista, já que este, sendo estagiário ou bolsista, não faz parte da equipe do PSF e nem do quadro funcional da Secretaria de Saúde. Algumas unidades não dispõem deste profissional, ficando a equipe sobrecarregada, uma vez que deve fazer também o trabalho de recepção. Sabe-se que a recepção do usuário constitui uma das etapas mais importante na atenção à saúde, pois em geral é seu primeiro contato com a equipe de saúde da unidade.

A falta ou a precariedade da comunicação da unidade com a rede básica ou com os centros de referência determina que os profissionais utilizem meios de comunicação particulares para poderem realizar seu trabalho. Esta é uma situação crítica quando é freqüente ou de longa duração (mais de um dia), principalmente quando o problema reside na falta de pagamento (conforme mencionado por um membro de equipe) da companhia telefônica, pois esta, sendo privada, tem compromisso apenas com a arrecadação de taxas e não com a oferta de serviços de saúde.

A comissão observou também que nem todas as unidades visitadas dispõem de computador, equipamento indispensável para o acesso ao prontuário do usuário, ao cadastro das famílias e posteriormente para o uso efetivo do cartão SUS.

A situação observada nas unidades remete para a necessidade de considerar a legislação pertinente às instalações físicas de serviços de saúde, tanto para garantir as condições de trabalho preconizadas como para garantir as condições mínimas de biossegurança a todos os envolvidos.

Nesta perspectiva, alguns referenciais são mostrados na seqüência, com o intuito de subsidiar tais observações:

- As diretrizes operacionais que sustentam o PSF asseguram, em relação à estrutura física, que “não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde”. (MS, 1997, p.11). Regram, ainda, em relação à instalação das Unidades de Saúde da Família (USF), que “deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal em áreas que não possuem nenhum equipamento de saúde. Por sua vez, a área física das unidades deverá ser adequada à nova dinâmica a ser implementada” (MS, 1997, p.12).
- A RDC nº 50, que dispõe sobre os projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais de saúde, e inclui reformas de estabelecimentos, deve ser considerada pelo poder público.
- O PROESF/Santa Maria, elaborado em agosto de 2003, em seu Bloco VI – Programação Geral das Atividades Previstas no Projeto - previa, já para o ano de 2003, reformas e ampliações de unidades de saúde para adequação à estratégia em foco.
- O PROESF/Santa Maria, de agosto de 2003, em seu Bloco VI – Programação Geral das Atividades Previstas no Projeto, projetava para os anos 2003 e 2005, além de reformas e ampliações de unidades de saúde para adequação à estratégia em foco, a aquisição de equipamentos e mobiliários.
- A Lei nº 7.498, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, diz, em seu Art.11, item II/f que, como integrante da equipe de saúde, “o enfermeiro tem como incumbência a prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem”.

PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE

Neste item foi possível destacar várias situações relativas ao processo de trabalho que interferem na resolutividade do trabalho da equipe.

Nas falas dos sujeitos ficou evidente que a equipe tem conhecimento dos principais problemas da comunidade, os quais são levantados pelas ACS.

Na medida do possível, levando em consideração as dificuldades enfrentadas pela equipe em relação à estrutura e recursos humanos, percebe-se a preocupação com o planejamento de ações que venham ao encontro das necessidades da população adscrita. Nesse sentido, a maioria das equipes das unidades visitadas sabe de que modo pode ou deve intervir, porém nem sempre conseguem.

Um dos problemas relatados pelas equipes é a pouca aceitação, pela comunidade, do sistema de agendamento. Chama a atenção é o fato de que o

sistema de distribuição de fichas parece ser uma situação aceitável para uma parte dos usuários, pois alegam que se ficarem na fila, bem cedo ou de madrugada, garantirão a consulta para o mesmo dia. Com o agendamento, e dependendo da gravidade do problema, eles poderão ser agendados para outro dia, e isto parece desagradar a alguns. Desta forma, se o usuário não concorda com a situação, acaba optando por uma consulta no Pronto Atendimento. De qualquer forma, em muitos locais o agendamento não eliminou a necessidade de espera longa pelo atendimento.

Em vista desta situação, parece necessário intensificar o trabalho de conscientização da comunidade sobre este processo e também verificar se existem problemas na própria unidade que possam dificultar o uso do sistema e, por consequência, passar a ser rejeitado pela comunidade.

Outra questão, verificada em praticamente todas as unidades visitadas, é a rotatividade de pessoal. Do ponto de vista da estratégia de saúde da família, esta situação precariza o trabalho da equipe de saúde, pois não permite que os profissionais conheçam suficientemente a comunidade para que possam criar vínculo, responsabilidade e conhecimento de seus problemas, além de interferir na programação das ações de saúde. Os usuários também sentem esta precarização no momento em que se submetem a diferentes profissionais em um curto período de tempo. Além disso, o espaço de tempo, muitas vezes longo, que decorre entre a saída de um profissional e a substituição por outro, gera sobrecarga aos demais integrantes da equipe e insatisfação dos usuários.

A maioria das equipes manifestou a opinião de que estavam integrados e motivados para o trabalho, todavia, outras sentiam necessidade de maior integração entre os profissionais.

É importante destacar o fato de que a quase totalidade dos profissionais parece ter um comprometimento verdadeiro com a estratégia de saúde da família, pois mesmo com as dificuldades encontradas, acreditam na proposta, empreendem esforços que muitas vezes vão além de sua competência, e se empenham para que seja bem sucedida.

Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde, destaca-se que a maioria dos usuários manifestou-se positivamente ao trabalho destes profissionais, considerando-os fundamentais no processo de cuidado à saúde, embora alguns tenham manifestado que nunca tinham recebido a visita de um agente, ou o intervalo das visitas era muito longo.

Os Agentes Comunitários de Saúde, por sua vez, manifestaram-se no sentido de que seu trabalho nem sempre é compreendido pela comunidade. Nesse sentido, uma equipe de PSF elaborou um material informativo a ser distribuído na comunidade acerca das atribuições dos ACS's, constituindo-se em importante iniciativa na busca pela superação da situação.

Foi observado que as equipes de saúde têm necessidade de contar com equipes multiprofissionais, denominadas por alguns de matriciais, (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeuta ocupacional e assistente social), como forma de apoio e garantia de uma atenção mais qualificada em saúde para as pessoas adscritas às unidades de saúde.

De modo geral as equipes de saúde e os usuários relatam a pouca participação e envolvimento da comunidade nas questões que envolvem a unidade de saúde. Parece persistir fortemente a concepção de que o planejamento das ações de saúde depende apenas da equipe de saúde, evidenciando a dificuldade dos usuários em se sentirem ou se colocarem como sujeitos e, portanto, co-responsáveis por sua saúde. Neste sentido, há que se clarear se a equipe deveria desenvolver um trabalho mais consistente com a comunidade ou se ela não se encontra capacitada para trabalhar esta questão.

Todavia, houve manifestação, por parte dos usuários, de que mesmo quando eram tomadas decisões nas reuniões entre os usuários e a equipe, estas não implicavam em mudanças, pois as decisões nem sempre eram homologadas ou cumpridas pela equipe. Pode-se supor que algumas decisões dependem efetivamente da equipe, mas outras dependem do gestor municipal.

Uma das situações mais comuns diz respeito à falta de disponibilidade sistemática de um veículo para o transporte da equipe nas visitas domiciliares ou para reconhecimento do território. Isto se torna mais evidente quando a área adscrita à equipe é muito ampla ou há dificuldade de acesso aos domicílios.

Deve-se destacar aqui que muitas vezes o trabalho é realizado com o uso do próprio carro do profissional de saúde, comprovando que muitos profissionais mostram engajamento e comprometimento, apesar das dificuldades.

Ainda com relação às visitas domiciliares, estas não estão sendo realizadas da forma com muitas equipes desejariam, pois além da falta de transporte, existe a dificuldade de se deixar o espaço da unidade devido a demanda excessiva por atendimentos no local.

Neste aspecto, ressalta-se que muitas equipes se sentem sobrecarregadas, tendo em vista que a população existente no território de abrangência da unidade, é muito grande e dificulta a cobertura das ações, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde.

As equipes de saúde, de modo geral, sentem necessidade de uma maior integração entre os vários setores da estrutura municipal para a resolução dos problemas da comunidade que interferem na vida e na saúde dos indivíduos. Neste sentido, são citados os setores de transportes, infra-estrutura urbana, saneamento básico, proteção ambiental, assistência social, entre outros.

Um dos problemas mais conhecidos para quem trabalha na rede de serviços de atenção básica é a precariedade do sistema de referência/contrarreferência. A principal queixa dos profissionais se refere à falta de contrarreferência, ou seja, o retorno do paciente para os cuidados necessários no nível de atenção básica e com as informações necessárias para que seu problema seja resolvido.

Por parte dos usuários existe a preocupação com o fato de que o encaminhamento para um centro de referência implica na demora de atendimento. Seja pela alta demanda ou pela pouca oferta de serviços, ou ambos, a consulta ou exame é agendada para uma data muito distante. Como

fato positivo, foi assinalada a facilidade de agendamento de consultas e exames na própria unidade de saúde.

As relações entre as equipes de saúde e a Secretaria de Saúde não podem ser classificadas como ideais. Foi relatado que em muitas ocasiões há um distanciamento, como se trabalhassem em setores diferentes. Uma das queixas mais freqüentes foi a de que muitos pedidos feitos pelas unidades não eram atendidos pela Secretaria da Saúde, muitas vezes sem um retorno com explicações sobre a situação negada. Houve manifestações de que as unidades de saúde não ficam sabendo de ações desenvolvidas na Secretaria de Saúde, e que muitas vezes sabia-se destas ações através da comunidade (por exemplo, capacitações, campanhas, entre outras)

Com respeito ao relacionamento das equipes com as lideranças comunitárias, foi possível perceber duas situações distintas: em uma unidade de saúde a equipe e as lideranças trabalham com interesses comuns e harmonicamente, inclusive resolvendo alguns problemas que os gestores deixam de atender. Já em outra unidade foi relatada a dificuldade de trabalhar com a comunidade, pois nada poderia ser resolvido sem a concordância das lideranças, e estas, parecem estar comprometidas politicamente com os gestores municipais, dificultando muitas ações propostas pela equipe ou pela própria comunidade.

Alguns profissionais manifestaram o desejo de participar de atividades de educação permanente, de forma que a equipe pudesse otimizar seu trabalho junto à comunidade. Alguns Agentes Comunitários de Saúde disseram que gostariam de passar pelo processo de educação permanente junto com a equipe, e não em separado, como aconteceu com alguns agentes de saúde. Outros profissionais mencionaram que não realizaram a capacitação junto com a equipe em Santa Maria, e que tiveram que buscar capacitação em outra cidade.

MODELO DE ATENÇÃO

Nos relatos dos usuários sobre as questões relativas à equipe de saúde, foi extremamente freqüente a manifestação sobre a necessidade de médicos especialistas. Alguns usuários têm dúvida sobre a capacidade de um médico de família tratar de todas as situações de saúde que surgem na unidade, ou seja, que um médico generalista possa tratar da maioria dos problemas de saúde da comunidade, sejam aqueles que acometem bebês, crianças, adultos ou idosos, sejam do sexo feminino ou masculino.

Há também dificuldade em compreender e aceitar o processo de trabalho em equipe, ou seja, que um problema de saúde possa ser cuidado/visto/tratado por diferentes profissionais de diferentes níveis de complexidade técnica e científica.

Foi possível observar ainda que quando há medicamento disponível, quando não falta médico na unidade e quando este é um especialista, o usuário parece ficar satisfeito com o serviço prestado.

Isto mostra claramente a falta de compreensão sobre a estratégia de saúde da família por parte da comunidade, suas características, propostas de trabalho e recursos humanos envolvidos.

A comissão entende tal fenômeno como natural a todo movimento de transformação. O fato evidencia, no entanto, o desafio a ser enfrentado pelas equipes, gestores e demais sujeito envolvidos com a mudança do modelo assistencial em Santa Maria, no sentido de contribuir na superação de uma cultura em saúde que valoriza em demasia o médico especialista, em detrimento da visão integral do ser humano, que orienta o médico de família.

Chama a atenção, também, o fato de que a falta de médico e dentista é mais reclamada pelos usuários, enquanto que os profissionais apontavam a necessidade de mais técnicos de enfermagem.

Foi possível detectar que a concepção de saúde e de serviços de saúde, é centrada na doença, no médico, no medicamento e na especialidade. Com exceção de um encontro com usuários em que foi observada a presença de lideranças comunitárias, que levantaram a questão da importância de ações preventivas e promocionais de saúde, a maioria dos usuários percebe a saúde e seus serviços pela presença da doença, do médico especialista e do medicamento.

Uma das situações que mostra uma mudança do modelo de atenção é o trabalho realizado pela saúde bucal, notadamente pela postura mais humanizada do profissional e pela mudança no processo de trabalho, com ênfase em prevenção e nas questões de higiene e biossegurança no consultório odontológico. No entanto, a demanda ainda é muito superior à oferta do serviço, pois a manifestação dos usuários solicitando mais dentistas para inclusão ou ampliação da equipe de saúde.

Outra situação relatada foi a mudança na postura do médico, que mostra ser um profissional com maior disposição (ou tempo?) de "ouvir" seu paciente, e que realiza menos encaminhamentos, mostrando um diferencial importante em relação ao modelo convencional de atenção básica.

O acolhimento mostrou ser uma ferramenta de trabalho percebida e elogiada por alguns usuários, o que evidencia a importância deste trabalho nas unidades de saúde. Todavia, muitas unidades, por serem precárias do ponto de vista de espaço físico, não o realizam adequadamente. Em outras unidades, parece que esta ferramenta não está sendo executada da forma ideal, implicando na necessidade de capacitar melhor a equipe de saúde para esta atividade, reivindicada por algumas equipes

Houve comentário por parte dos usuários de que a estratégia de saúde da família, da forma como a proposta foi apresentada para a comunidade, não estaria sendo cumprida.

Alguns usuários sugeriram que as unidades de saúde deveriam funcionar em regime de 24 horas ou nos finais de semana.

CONTROLE SOCIAL

MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE NA FORMAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Das seis unidades visitadas, apenas uma relatou a existência de conselho local. Tal situação surpreende, uma vez que seria de competência também das equipes trabalhar na direção dessa conquista no campo dos direitos dos usuários. Todavia, há que ser considerada a influência da questão cultural no Brasil, em que, tradicionalmente, a população não participa das decisões de políticas governamentais. O Conselho Municipal de Saúde, como instância máxima de controle social no município, deve ser parceiro na construção de propostas para instalação de Conselhos Locais de Saúde nas diversas Regiões Sanitárias.

EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL POR MEIO DE DENÚNCIAS, RECLAMAÇÕES OU REIVINDICAÇÕES NAS INSTÂNCIAS COMPETENTES

Possivelmente pela situação relatada anteriormente, a capacidade de exercer o controle social não parece ser uma ferramenta conhecida ou facilmente acessível aos usuários.

Verificou-se que esta prática em nível local pode colocar em risco a relação do usuário com a equipe de saúde, como pode ser constatado em uma unidade. Alguns usuários temem por represálias por parte da equipe se fizerem algum tipo de reclamação ou reivindicação, e isto pode explicar, em parte, a falta de mobilização da comunidade.

Não é sabido se o trabalho executado pelos representantes legítimos das comunidades no CMS é satisfatório para as mesmas, mas a própria comunidade parece não entender o papel do CMS ou o próprio papel do cidadão nesta instância.

Observações adicionais da comissão de avaliação

Um aspecto que chamou a atenção da comissão foi o receio demonstrado por muitos profissionais em gravar seus depoimentos. Na maioria das vezes alguns profissionais ficavam em silêncio quando o gravador estava ligado, no entanto, quando esse era desligado, sentiam-se à vontade para dizer o que pensavam. Muitos perguntaram se realmente as pessoas não seriam identificadas, se as fitas seriam destruídas, se podiam confiar na palavra dos membros da comissão. Em uma das unidades, após o gravador ter sido desligado, a equipe mostrou outro comportamento. Um dos profissionais abandonou sua postura conciliadora e passou a se manifestar com descrença, agressividade e insatisfação com a situação do Programa de Saúde da Família em Santa Maria.

Outro fato relevante aconteceu com a equipe de saúde de uma unidade. Como a comissão percebeu que não havia agentes comunitárias presentes na reunião, a equipe foi questionada. A resposta foi: "não sabíamos que as ACS's

deveriam estar presentes". Esta situação demonstra que não está bem entendido pelo profissional o que é uma equipe de saúde da família.

2. REUNIÃO COM AS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta etapa do processo de avaliação foi oportunizado a todas as equipes manifestar-se sobre os principais itens levantados pela comissão através das entrevistas e das observações. A maioria das equipes trouxe seus pareceres por escrito e foram resumidos como é mostrado a seguir:

Área física: Três equipes consideram que a área física da unidade é satisfatória ao desenvolvimento do trabalho. As demais caracterizam o espaço físico de suas unidades como inadequadas a uma Unidade de Saúde da Família.

Material: Sete equipes consideram que a oferta e as condições do material de consumo, equipamentos e instrumentais afetam negativamente o trabalho realizado na unidade.

Algumas equipes, no entanto, não deixaram claro esse tópico quando se manifestaram, por exemplo, dizendo que "*normalmente são fornecidos de acordo com a solicitação e a capacidade de fornecimento da SMS*".

Administração: Quatro equipes apontaram claras dificuldades em realizar seu trabalho pela falta de recepcionista ou de telefone ou de material de informática.

Diagnóstico de saúde da comunidade e implementação de ações: As equipes mostraram ter conhecimento dos problemas da comunidade e indicaram que realizam o planejamento de ações para intervenção.

Equipe de saúde: Três equipes afirmaram não ter problemas neste item e duas acusaram que a rotatividade ou falta de pessoal interfere na qualidade da atenção prestada à população.

Equipe de referência (matriciais): Uma equipe referiu que pode contar com uma unidade para onde encaminhar seus pacientes.

Participação da comunidade no processo de trabalho: Quatro equipes responderam que a forma de participação da comunidade (embora pequena) tem sido nas reuniões sistemáticas realizadas.

Territorialidade: Três equipes responderam sobre sua área adscrita, não referindo problemas em relação a esse tópico.

Intersectorialidade: Duas equipes referem boas relações com demais setores da administração municipal e/ou recursos da comunidade. Outras duas disseram haver dificuldades nessa área.

Referência e contra-referência: Duas equipes disseram que os usuários encaminhados retornam para acompanhamento das equipes, não ficando claro, no entanto a forma de funcionamento desse recurso.

Relação com a Secretaria de Município da Saúde: Uma equipe acusou que a relação é satisfatória. As demais manifestaram que há falhas na comunicação e que gostariam de mais atenção às suas solicitações e necessidades.

Relação com as lideranças comunitárias: Seis equipes referiram que a relação com a comunidade é satisfatória; duas equipes referiram dificuldades de relacionamento com o líder comunitário.

Educação permanente: Duas equipes afirmaram que o processo de educação permanente satisfaz as necessidades dos trabalhadores de saúde do PSF. Percebeu-se, no entanto, nas falas, que o processo se efetiva de forma assistemática, sem continuidade, não levando em conta as necessidades da equipe e não incluindo todos os profissionais.

Entendimento/compreensão sobre a estratégia de saúde da família por parte do usuário: Uma equipe acusou que há entendimento acerca da estratégia por parte da comunidade. As demais relatam que o processo vem se dando de forma gradativa, uma vez que depende de mudança cultural de todos os envolvidos com a questão.

Mobilização da comunidade na formação dos conselhos locais: Três equipes referiram a existência de conselho Local de Saúde atuante em sua região. As demais afirmam estarem em processo de discussão com a comunidade na perspectiva da criação do CLS.

Exercício do controle social por meio de denúncias, reclamações ou reivindicações nas instâncias competentes: Quatro equipes referiram que sua comunidade exerce esse tipo de controle social, em maior ou menor intensidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse relatório, a comissão de acompanhamento e avaliação da implantação da estratégia de saúde da família, do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria, entende ser necessário destacar alguns aspectos relevantes que dizem respeito ao trabalho realizado.

Primeiramente é importante mencionar o desafio que vem sendo enfrentado em inúmeros municípios brasileiros, dentre eles Santa Maria, que, na tentativa de reversão do modelo de atenção à saúde, sustentado pelos

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, inauguram na prática dos serviços o Programa de Saúde da Família. O desafio maior tem se materializado às custas do caráter inovador do trabalho atribuído ao PSF, o qual exige uma prática fundada em novos valores e princípios, tanto de gestores e trabalhadores de saúde, como dos usuários dos serviços, exigindo de todos os envolvidos o compromisso com a mudança.

Tal realidade é evidenciada por meio de processos de avaliação que vêm se efetivando em todo o país, os quais apontam para a necessidade de reorientação em alguns aspectos, como forma de contribuir na adequação da estratégia. No município de Santa Maria não é diferente, uma vez que o presente relatório apontou alguns avanços que direcionam na busca pela reversão do modelo assistencial, ao mesmo tempo em que evidenciou fragilidades inerentes a todo processo de transformação.

Os aspectos positivos levantados pelo relatório dizem respeito, principalmente, ao compromisso da maioria dos profissionais com a proposta em implantação; realidade essa percebida por meio da postura de garra e empenho das equipes, que buscam formas criativas para a superação dos problemas de infra-estrutura existentes, como forma de ir ao encontro das necessidades da comunidade. Essa mobilização de forças tem sido observada pelos usuários dos serviços que reconhecem, dentre outros aspectos, o esforço das equipes, bem como o estabelecimento de relações mais humanizadas com os profissionais.

Esse dado, sem dúvida constitui um elemento animador, pois reflete o vínculo de afetividade e confiança, respeito e compromisso que a maioria dos profissionais do PSF está tentando imprimir em sua prática. Apesar disso, no entanto, os profissionais enfrentam algumas dificuldades em relação a pouca participação da comunidade nos rumos da saúde no âmbito local, demonstrando que é urgente a busca por estratégias que incluam os usuários no processo de trabalho das equipes e, portanto, se constituam, efetivamente, como sujeitos do controle social na saúde.

Essa realidade demonstra que a comunidade também tem um ritmo próprio no aprendizado para a mudança, sendo evidenciado pela falta de compreensão da maioria dos usuários a respeito do PSF; situação que, acredita-se, será gradativamente superada às custas do constante investimento de gestores e profissionais na capacitação dos comunitários.

Outro dado positivo levantado diz respeito a possibilidade de marcação de exames e consultas para especialistas nas unidades, iniciativa que tem contribuído na qualidade do serviço à comunidade.

Por outro lado, a fragilidade maior encontrada pela comissão diz respeito à estrutura das unidades, no que se refere à inadequação da área física, na falta de insumos básicos como medicamentos, preservativos, material de limpeza, dentre outros; equipamentos e instrumentais, bem como à falta de recepcionista, telefone e material de informática em algumas unidades.

Foram referidos também, como fatores que interferem na qualidade do serviço das equipes de saúde da família, a rotatividade de profissionais, que dificulta o estabelecimento de vínculo efetivo com a comunidade; a falta de equipes matriciais para encaminhamento dos usuários; a inexistência de um

serviço de referência e contra-referência; a longa espera pelas consultas com especialistas; a deficiência no nível da intersetorialidade; a comunicação ineficiente com a Secretaria de Município da Saúde e a falta de uma política de educação permanente.

Esse cenário tem influenciado de forma significativa o trabalho, limitando a amplitude de atuação das equipes e diminuindo o potencial de resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários. Além disso, essa situação tem gerado sofrimento nos integrantes das equipes, os quais demonstraram sentimentos de angústia e insatisfação com suas condições de trabalho, bem como impotência na resolução de problemas que competem a outras instâncias do serviço público municipal.

Considerando inúmeras manifestações ocorridas na Conferência Municipal de Santa Maria de 2005, as quais se mostraram favoráveis à ampliação e reestruturação do PSF no município, bem como outros avanços já conquistados no seu processo de implantação, quais sejam, a isonomia salarial dos profissionais das equipes e a seleção que privilegia as especializações voltadas para o campo da saúde coletiva, a comissão, preocupada com a persistência do contexto apresentado nesse relatório, sugere que, mediante discussões e recomendações da plenária do Conselho Municipal de Saúde, o mesmo seja encaminhado aos gestores municipais para a efetivação de mudanças que se fazem necessárias, como forma de qualificar o PSF implantado no município.

RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

- Criar uma estratégia urgente e eficiente de divulgação e conscientização na mídia sobre a estratégia de saúde da família, como forma de facilitar a compreensão do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e possibilitar uma maior participação da população no processo de implementação do programa;
- Desenvolver um processo de avaliação das reuniões de equipe, que ocorrem uma vez por semana, como forma de detectar sua efetividade no processo de transformação das práticas de saúde discutidas e analisadas pela equipe;
- Verificar a possibilidade de as visitas domiciliares e/ou de reconhecimento da área serem intercaladas com as reuniões semanais das equipes;
- Proporcionar a educação permanente às equipes de saúde como uma política de saúde, incluindo todos os profissionais envolvidos na estratégia de saúde da família;
- Proporcionar uma forma de comunicação e divulgação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, para que sirvam de exemplo e estímulo a todas as unidades de saúde;
- Criar um sistema de comunicação de modo que o agente de saúde possa comprovar sua visita às famílias, mesmo quando não há moradores no domicílio;

- Efetivar em todas as unidades de saúde a possibilidade de a família optar por receber ou não a visita de um ACS;
- Analisar as relações entre a Secretaria de Saúde e os profissionais de saúde, de modo que sejam diminuídas ou eliminadas as tensões, algumas geradas pelas divergências no campo das idéias, mas certamente agravadas pela instabilidade da relação de trabalho;
- Promover, entre as equipes de PSF e demais equipes das Unidades Básicas de Saúde, encontros, seminários, grupos de trabalho e de discussão, relatos de experiências, participação em eventos e estímulo à pesquisa;
- Apoiar e intensificar as ações da vigilância sanitária nas unidades básicas de saúde e acompanhar o processo de adequação necessário para garantir a saúde dos usuários, profissionais e comunidade;
- Apoiar e contribuir com as equipes e a comunidade na criação dos Conselhos Locais de Saúde;
- Rever os horários de atuação das Unidades de Saúde de PSF que têm 2 equipes, no sentido de ampliar a cobertura de atendimento além do horário atual;
- Definir e consolidar a referência e a contra-referência no sistema de saúde;
- Criar equipes matriciais para apoiar o trabalho desenvolvido nas unidades básicas de saúde;
- Facilitar o processo de intersetorialidade demandados pelas equipes de saúde da família;
- Promover a estabilidade dos profissionais nas equipes das Unidades Básicas de Saúde, como forma de manter o vínculo e a integração com a comunidade e demais profissionais;
- Reavaliar e adequar a assistência farmacêutica no município, criando estratégias que regulem a oferta e a demanda dos medicamentos nas unidades de saúde;
- Reavaliar e adequar o processo de aquisição, estoque e a distribuição de insumos, materiais de consumo e instrumentais necessários ao trabalho dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde;
- Reavaliar e adequar a estrutura física e administrativa das Unidades Básica de Saúde.

Santa Maria, 19 de dezembro de 2005.