

CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM BELO HORIZONTE

Atenção básica é a terminologia utilizada no país e internacionalmente para denominar atenção primária à saúde – atualmente um componente essencial para o bom desempenho dos sistemas de saúde.

Orientados para a atenção primária, os sistemas de saúde alcançam melhores resultados, conforme demonstram diversos estudos: propiciam maior satisfação aos usuários, possuem custos mais aceitáveis e promovem a equidade (Starfield, 1994; Macinko 2003; Who Europe, 2004).

O conceito de atenção básica vem sendo entendido, ao longo do tempo, de maneiras diversas (Vuori, 1986; OPAS, 2005): conjunto específico de atividades e serviços voltados à população menos favorecida socialmente, com o objetivo de enfrentar os problemas de saúde mais prevalentes, chamado Atenção Primária à Saúde (APS) *seletiva*; um dos níveis do sistema de saúde, o de menor complexidade, também referido como a porta de entrada do sistema e o local dos cuidados contínuos, chamado Atenção Primária; estratégia para organização dos serviços de saúde, com relevância às necessidades de saúde da população e com previsão de reorientação dos recursos dos outros níveis de atenção, objetivando seu fortalecimento bem como o enfrentamento de determinantes de saúde mais amplos, ou seja, a APS *abrangente*; por fim, uma filosofia que deve permear todo sistema de saúde.

São equivocadas as interpretações, comuns em análises de cunho economicista, que consideram a atenção básica uma assistência de baixa qualidade ou uma medicina pobre e rudimentar para povos e cidadãos pobres (Zurro, 1999).

O entendimento de programa de medicina simplificada e focalização – dado pelo caráter dos cuidados primários à saúde de Alma Ata¹ - fez com que, no Brasil, este conceito fosse disseminado com o sentido de atenção primitiva à saúde (CONASS, 2004). A partir disto, houve fortalecimento do uso do termo atenção básica para nomear a estratégia de reorganização no âmbito da atenção primária, com potencial para provocar o reordenamento dos outros pontos do sistema. Mais recentemente, no Brasil, a atenção básica foi definida como: “(...) um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvido através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a

¹ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada pela OMS em Alma Ata, URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978, com a participação de representantes de governos, organizações internacionais, agências financeiras e comunidade internacional, quando formulou-se a Declaração de Alma Ata, referência para a reforma de sistemas de saúde em todo o mundo, influenciando o movimento sanitário brasileiro.

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (...)" (Brasil, 2006).

No Município de Belo Horizonte, a atenção básica é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Esta rede, organizada a partir da definição de territórios, ou áreas de abrangência, sobre os quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, bem como levar em conta as necessidades da população.

Papel da rede básica dentro do sistema

A rede de atenção básica de Belo Horizonte conta atualmente com 508 equipes de saúde da família responsáveis pela atenção básica de aproximadamente 75% dos habitantes da cidade e distribuídas em 142 Centros de saúde que contam, ainda, com diversos outros profissionais atuando articuladamente com as equipes de saúde da família. Com isto, ampliam-se as possibilidades de atendimento pela atenção básica bem como permite-se atenção à população que não recebe cobertura pela saúde da família (Quadro 1).

Atual Rede Básica de Saúde de Belo Horizonte [\(RETIRAR LINHAS LATERAIS FAZER DUAS COLUNAS: NUMÉRICA E DE REFERÊNCIA\)](#)

508 equipes de saúde da família
142 Centros de saúde
2.229 ACS
436.420 famílias cadastradas
1.539.987 indivíduos cadastrados
200 equipes de saúde bucal
65 equipes de saúde mental
188 médicos pediatras
124 médicos clínicos
130 médicos ginecologistas
89 assistentes sociais
02 Núcleos de Reabilitação

Fonte: GGTES – Relatório mensal

É importante destacar que a rede básica de saúde de Belo Horizonte conta, enormemente, com as potencialidades da Estratégia SF, mas também possui uma série de outros recursos que contribuem para a sua qualificação e resolutividade. Também esta rede sofreu e sofre influências de várias proposições de intervenção em saúde. Por exemplo, no início dos anos 90, a reorganização da rede e da assistência a partir da criação dos distritos sanitários definiu territórios e áreas de abrangência das unidades próprias e municipalizadas e fortaleceu a vigilância em saúde; as ações programáticas ou oferta organizada definiu e implantou diversos

protocolos assistenciais; o modelo em defesa da vida implementou o dispositivo do acolhimento desde 1996; e, mais recentemente, a saúde da família que proporcionou a incorporação de propostas, de novos profissionais e saberes. O modelo assistencial para a atenção básica em Belo Horizonte, atualmente em discussão, permeia-se dessas e de outras influências, não sendo possível, nem desejável, a reprodução estrita de um padrão nacionalmente definido. Faz-se necessária a construção permanente baseada em avaliações e análises das novas demandas que são apresentadas para o SUS-BH.

Faz-se importante, agora, que as práticas desenvolvidas pela rede de atenção básica do SUS-BH sejam regidas por princípios e diretrizes que explicitem a intencionalidade política do modelo de organização proposto. Descritos a seguir, podem ser implementados e executados de formas diversas, mas devem nortear toda a organização dos serviços.

Os princípios da Atenção Básica

Os princípios constituem a base de determinada política de saúde e atuam como ponte entre os valores sociais mais amplos – o direito à saúde – e os elementos estruturais ou diretrizes dessa política. São aqui apresentados os princípios de todo o sistema de saúde, no entanto em conformidade com o modelo proposto na atenção básica:

Universalidade: todos os cidadãos têm direito de acesso ao Sistema Único de Saúde, independentemente da estratégia organizada para o seu cuidado, ou seja, se são residentes ou não na área de abrangência. Este é um princípio fundamental do SUS que não prescinde da necessidade de se organizar os serviços com dispositivos como territorialização ou adscrição de clientela.

Eqüidade: é o princípio que propõe tratamento diferenciado a pessoas ou populações sujeitas a diferentes riscos de adoecer e morrer e que possuem diferentes padrões e possibilidades de acesso aos serviços. Para implementá-lo é necessária a definição de prioridades a serem encaminhadas no processo de organização da assistência à saúde.

Integralidade: reconhecimento do direito e garantia do acesso de todo cidadão a todos os tipos de serviços de atenção à saúde.

Participação Social: princípio pelo qual todas as pessoas envolvidas tornam-se parceiros ativos na tomada de decisões sobre recursos e formas de organização. Deve transcender os espaços formais de controle social e de gestão colegiada, propiciando o efetivo envolvimento dos diversos atores do setor saúde.

Os pressupostos da Atenção Básica

A seguir os pressupostos do SUS-BH, que são também condições mais amplas as quais devem reger as diretrizes do modelo assistencial para a Atenção Básica de Belo Horizonte.

Acessibilidade: conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabilizam ou impedem a entrada do usuário na rede de serviços, sejam físicas (distância, transporte, geografia), de natureza cultural, administrativa da organização dos serviços (horários de funcionamento, de disponibilidade dos serviços, grau de tolerância para atendimentos não programados), sejam ligadas às características da oferta e da disponibilidade de recursos. Possibilita medir o quanto a população percebe a conveniência e acessibilidade dos serviços prestados.

Educação Permanente: o serviço de saúde deve ser compreendido como local de aprendizagem contínua, participativa e potencialmente transformadora dos processos de trabalho, podendo operar em direção ao fortalecimento dos princípios da humanização e da gestão participativa. Nesta concepção, o papel do trabalhador ganha dimensão nova, a de educador.

Intersetorialidade: os serviços de atenção básica devem participar do planejamento e do desenvolvimento de ações intersetoriais com definição de prioridades; devem buscar a articulação com as diversas políticas sociais e urbanas implementadas no município, incluindo as iniciativas da própria comunidade e de instituições atuantes na área, tornando mais efetivas as intervenções nos diversos problemas demandados pela população.

Gestão Democrática: todos os envolvidos no âmbito da atenção à saúde – gestores, usuários e trabalhadores – são atores importantes na construção cotidiana dos modos de se operar o processo de trabalho e devem participar das decisões na gestão local, por meio dos espaços de controle social ou de gestão colegiada.

Humanização: entendido como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários, trabalhadores e gestores, pressupõe a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Qualidade da Atenção: o quanto das necessidades de saúde, existentes ou em potencial, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito de distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas de saúde (Starfield, 2002).

As diretrizes da Atenção Básica

As diretrizes podem ser entendidas como as características ou propriedades que a rede básica de saúde deve apresentar no seu modo de organização; a tradução do modelo proposto em elementos estruturais e funcionais.

Abrangência: capacidade de oferecer ações adequadas às necessidades de saúde da população, incluindo os problemas mais frequentes, a partir da integração de ações programadas e atendimento à demanda espontânea, bem como da articulação de ações clínicas individuais e ações coletivas de caráter preventivo e promocional.

Atenção Generalizada: oferecimento de cuidado a qualquer problema de saúde, em qualquer estágio do ciclo de vida do paciente, sem restrição a grupos de idade ou de gênero e a problemas de saúde.

Primeiro Contato: a atenção básica é a porta de entrada – não a única, mas a preferencial – do sistema de saúde, pois o Centro de saúde encontra-se mais próximo das pessoas, devendo ser, portanto, o local preferencial do primeiro contato e implicando acessibilidade e uso dos serviços pelos quais as pessoas buscam a cada novo problema ou a cada episódio/ fase de um problema enfrentado.

Acolhimento: entendida como expressão de escuta qualificada, relação cidadã e humanizada, esta diretriz propicia a resposta mais adequada possível àquele problema de saúde mediante o encaminhamento para resolução da demanda identificada.

Longitudinalidade: é a oferta regular da atenção básica ao longo de períodos substanciais da vida, propiciando continuidade do cuidado ao longo do tempo.

Vinculação: as equipes são responsáveis por população específica, adscrita a elas, e devem estabelecer vínculo com esses usuários, o qual pode se dar por meio de relações claras e próximas, integração com a comunidade e com os indivíduos, através da afetividade, relação terapêutica e continuidade do cuidado nos diversos momentos de encontro ocorridos no território, nos serviços, no consultório ou nos grupos. Significa tornar-se referência, individual e/ou coletiva, para os pacientes manifestada em fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde.

Responsabilização: responsabilidade pela atenção à saúde do cidadão, em certa possibilidade de intervenção, sem burocratização ou impessoalidade.

Coordenação do cuidado: capacidade de a atenção básica proporcionar o acompanhamento do usuário no sistema, quer dizer, além de se fazer referência, quando necessário, seguir o usuário no uso de outros pontos do sistema e manter a vinculação e a responsabilização pelo cuidado, integrando os recursos que precisaram ser utilizados.

Resolutividade: os centros de saúde devem estar preparados para enfrentar os problemas de saúde mais freqüentes naquele território, os quais, por serem comuns, não são banais, ao contrário, exigem máximas habilidades clínica, comunicacional e de interação, além de capacidade de negociação. Neste sentido devem ser utilizados todos os recursos operacionais possíveis naquele espaço da assistência, usando os demais pontos do sistema apenas quando necessário.

Atenção centrada na pessoa: cuidado comprometido com as singularidades, complexidades e necessidades de saúde da pessoa e não somente com a enfermidade ou evento.

Atenção orientada à família e à comunidade: entendimento das condições de vida, da dinâmica familiar e da rede social do indivíduo, incluindo reconhecimento dos antecedentes culturais referentes à comunidade local, bem como do contexto sócio-cultural, das características e necessidades específicas das famílias e dos sujeitos, propiciando ganho de competência cultural. Neste aspecto ressalta-se a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes.

Valorização do saber e autonomização do usuário: busca permanente de possibilidades para que o usuário ganhe autonomia e co-responsabilidade com o seu cuidado, reconhecendo-se e valorizando-se o saber do usuário adquirido em experiências pessoais e de vida e esclarecendo-lhe sobre o processo de sua saúde e doença e as opções terapêuticas admissíveis para que ele possa participar dessa condução.

Trabalho em equipe: diretriz para reorganização do processo de trabalho na saúde da família que visa abordagem mais integral e resolutiva e pressupõe mudanças na organização e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo maior integração entre os profissionais e as ações por eles desenvolvidas, superação da relação hierárquica entre os profissionais e isolamento nos diversos núcleos de competência. Os profissionais das equipes ainda precisam buscar, para além da articulação técnica, a construção em comum de projetos assistenciais.

Uso do planejamento e da programação: o planejamento e a programação das ações devem ser entendidos, além de ferramenta para a organização do trabalho das equipes, como diretriz que pressupõe grande esforço de organização interna, estabelecimento de objetivos e amplo conhecimento da situação de saúde daquela população e da organização do trabalho daquelas equipes, podendo representar a superação das dificuldades atuais na implementação das diretrizes.

Vigilância à Saúde: modelo tecnológico de intervenção para a reorganização das práticas de saúde do município, por meio da revisão dos principais métodos e técnicas que contribuem nesse processo. Está comprometida com o princípio da integralidade, contempla a discussão de problemas, necessidades e determinantes da saúde e tem como principais características a intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos, a

adoção do conceito de risco, a articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e a atuação intersetorial.

Organização baseada no território: ocorre não somente do ponto de vista geográfico e de organização da clientela, mas do ponto de vista do território-processo.

Papel da Estratégia de Saúde da Família

Feita a contextualização e compreendidas as diretrizes, pressupostos e princípios da atenção básica no município de Belo Horizonte, torna-se possível a análise de questões relativas à Estratégia de SF no SUS-BH, esperando que, com o acordo sobre os objetivos dessa proposta no município, as ESF, em conjunto com os demais trabalhadores e gerentes dos centros de saúde, possam organizar o seu processo de trabalho de forma mais harmônica; aliás, ao longo da discussão com os atores envolvidos, perceberam-se mais acordos do que divergências a respeito do entendimento do papel da saúde da família em Belo Horizonte.

De modo genérico, diz-se que o papel primordial da saúde da família no SUS-BH é propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica, mediante reorganização do processo de trabalho nos Centros de saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços. Assim, a Estratégia SF seria potencializadora para a efetiva implementação dos princípios dos SUS, integralidade, universalidade e equidade.

Se a saúde da família é, então, a principal provedora dos cuidados da atenção básica aos cidadãos adscritos a cada equipe, pode-se depreender que dela se espera a adequação às diretrizes gerais propostas. Pelas características de sua organização – alta cobertura, profissionais generalistas, presença do ACS, jornada de trabalho integral, etc –, a saúde da família tem potencial maior para implementação das diretrizes descritas anteriormente, e espera-se que as equipes de saúde da família utilizem novas tecnologias e métodos para propiciar o cuidado e organizar a assistência e o processo de trabalho.

É importante esclarecer que, em Belo Horizonte, a Estratégia de saúde da família deve ser a principal porta de entrada para a população a ela adscrita e, para isto, as equipes precisam estabelecer estratégias de atendimento à demanda espontânea e fazer valer o dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar.

Com o estabelecimento de vínculo, as equipes demonstram sensibilidade e reconhecimento em relação às necessidades de saúde da população e, ainda, devem representar a interface entre essas necessidades e a oferta de assistência no âmbito global das demandas.

Espera-se que a saúde da família em Belo Horizonte preste à população atenção integral de modo oportuno e qualificado, porque, sendo o primeiro ponto de

contato da população, onde os usuários criam vínculo e recebem o cuidado longitudinal, percebe-se como equivocada o entendimento de que o papel primordial da Estratégia SF é *fazer prevenção e promoção* apenas.

A compreensão da SMSA-BH é de que, conforme as necessidades da população, e o quadro de saúde da comunidade, as ações de âmbito individual e coletivo, sejam elas de caráter promocional, de prevenção, curativas, de atenção às doenças em suas manifestações crônicas ou agudas, devem ser articuladas entre si no âmbito da atenção básica e dentro das possibilidades operacionais de cada Centro de saúde.

Este entendimento representa grande desafio tanto para os profissionais quanto para os gestores, pois demanda o uso das ferramentas de planejamento e de programação na organização do trabalho; mas acredita-se que o primeiro passo a ser dado pelas equipes nesta direção é a busca de conhecimento referente à população sob sua responsabilidade – por exemplo, conhecer os riscos que aquela população está submetida, apontados com base epidemiológica, para priorizar grupos mais vulneráveis, realizar ações de prevenção e vigilância e, ao mesmo tempo, possibilitar a entrada de indivíduos que não apresentam problemas já estruturados, mas novas necessidades em saúde.

Outro item importante da mesma discussão é o atendimento àqueles usuários que se apresentam em quadros agudos. Entende-se que, num modelo que prevê adscrição de clientela, responsabilização, vinculação e atendimento integral, os centros de saúde devem se organizar para possibilitar a entrada e o atendimento a esses usuários. Sem este pressuposto, dificilmente um serviço de atenção primária torna-se referência para a população, não significando que as equipes devem utilizar todo o seu tempo de trabalho no atendimento a esses casos. Faz-se necessário também que a rede de urgência, seja por meio do atendimento móvel ou das unidades de urgência, cumpra o relevante papel de retaguarda.

Pelas características da Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte – localizar-se nos centros de saúde, ter as suas equipes como responsáveis pelo cuidado à população, conforme as divisões de suas respectivas áreas –, faz-se importante ressaltar que as diversas ações próprias dos centros de saúde são e serão realizadas por tais equipes. Desta forma, cada membro de equipe é o responsável, junto com os demais profissionais da unidade, pelas atividades matriciais do Centro de saúde, como vacinas, procedimentos de enfermagem e algumas ações ligadas à vigilância epidemiológica (controle de surtos, notificações); primeiramente, porque entende-se que essas são ações de tecnologia leves-dura e não comprometem o estabelecimento do vínculo com a população e a continuidade do cuidado e, segundo, porque várias dessas atividades estão ligadas intimamente às competências e atribuições das diversas categorias profissionais abrangidas pelos centros de saúde, independentemente de estarem os profissionais também compondo equipes de saúde da família.

Por outro lado, a existência de várias equipes em centros de saúde pode levar à unificação de competências em algumas atividades, conforme o tamanho da população alvo, otimizando o tempo de trabalho das equipes. Grupos de orientação – gestantes, por exemplo, controle de surtos, dentre outros – demandam ações que podem ser realizadas por revezamento das equipes.

Por causa de seu maior potencial em articulação com a comunidade e na abrangência dos problemas de saúde reconhecidos, espera-se também que a Saúde da Família faça parcerias com organizações comunitárias e outras instituições, bem como com outros setores da Prefeitura que tenham ações voltadas para a população adscrita, e que as equipes consigam integração em suas comunidades, realizando discussões que contemplem a organização dos serviços e outros temas necessários e de interesse.

É importante ressaltar que, embora a área de abrangência dos centros de saúde e a clientela sejam definidas, fica mantida a orientação de garantia do atendimento de casos agudos a qualquer usuário que procure o Centro de saúde, mesmo de outra área de abrangência ou município. Somente após o atendimento, o usuário deverá ser orientado e encaminhado, de forma responsável, a procurar o Centro de saúde de referência da sua residência, onde o cuidado contínuo deve ser, prioritariamente, ofertado e a atenção à saúde poderá ocorrer de forma mais adequada, incluindo ações de vigilância à saúde.

Atribuições das Equipes de Saúde da Família

Com o objetivo de dar maior concretude às questões levantadas, definiram-se as atribuições, em conjunto ou isoladamente, de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

Atribuições comuns a todos os profissionais

- participar da territorialização e mapeamento de sua área de atuação, realizando e mantendo atualizado o cadastro da área de abrangência;
- analisar os dados relativos à população da área de abrangência para conhecimento e planejamento das atividades, identificando e conhecendo grupos populacionais prioritários no âmbito da saúde e indivíduos expostos a riscos, priorizando situações a serem acompanhadas;
- garantir acesso da população adscrita aos serviços de saúde no âmbito da atenção básica;
- realizar o cuidado em saúde da população adscrita, promovendo assistência individual, segundo as situações de vulnerabilidade, prioritariamente no âmbito do Centro de saúde, mas também no domicílio, nos espaços comunitários (escolas, associações, asilos, creches) e nas ações coletivas ou de vigilância, de acordo com os protocolos vigentes;
- realizar ações clínicas de atenção integral previstas nos protocolos existentes;

- fazer acompanhamento contínuo, seja nos casos agudos ou nos casos crônicos;
- utilizar eficientemente os recursos da saúde, responsabilizando-se pelo usuário, mesmo quando este necessitar de atenção prestada em outros pontos do sistema, mantendo a coordenação do cuidado;
- realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações realizadas, proporcionando atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo;
- realizar ações de vigilância à saúde, entendida como monitoramento de ações em grupos prioritários, na comunidade e na família, como busca ativa, visitas domiciliares, etc;
- planejar, coordenar e participar de grupos operativos, visando à prevenção e controle de doenças e à promoção da saúde do indivíduo e da família;
- promover ações para construção da co-responsabilidade familiar e da comunidade;
- trabalhar em equipe, levando em conta o saber das diversas categorias que atuam no contexto da atenção primária, sem estabelecimento de relações de hierarquia, mas de reconhecimento das diversas competências profissionais;
- promover e participar das atividades de planejamento e avaliação da equipe e do Centro de saúde a partir da utilização dos dados e ferramentas disponíveis;
- realizar ações de promoção, que estejam no âmbito do trabalho da equipe, levando em consideração as evidências científicas correntes;
- identificar, na comunidade, parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais e contribuir nessas ações;
- identificar cuidadores ou rede social de apoio para os usuários dependentes de cuidados;
- planejar, coordenar, executar e avaliar, no nível de sua competência, ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental nos diferentes espaços da área de abrangência do CS;
- garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação;
- contribuir com as ações gerais desenvolvidas pelo Centro de saúde, como regulação assistencial, ações matriciais (vacinas, curativo, farmácia), grupos, dando suporte ao atendimento dos casos das demais equipes, quando estas não se encontrarem no CS ou com desfalque de profissionais;
- avaliar as condições técnicas de funcionamento dos equipamentos e materiais do CS;
- atualizar sistematicamente seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, buscando o desenvolvimento profissional e a qualificação da assistência prestada;
- participar de reuniões comunitárias, seja em comissões locais ou na comunidade em geral;

- comunicar os agravos de notificação compulsória para o município de BH de acordo com a competência de cada categoria profissional;
- participar do planejamento, execução e ações de educação permanente propriamente ditas;
- participar das reuniões das ESF e do CS, com o intuito de promover a interlocução entre todas as categorias, a identificação de novas demandas, o planejamento do trabalho e a avaliação coletiva permanente, bem como de indicar participante para o colegiado gestor da unidade;
- contribuir com o acompanhamento dos procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos realizados pela rede própria e serviços conveniados contratados pelo SUS-BH, encaminhando avaliação sobre os atendimentos prestados (qualidade técnica, dentre outros) e sugestão aos setores competentes.

Apesar de se reconhecer as dificuldades relativas ao profissional médico na saúde da família – a insuficiência de profissionais com formação específica, a dificuldade de lotação em alguns centros de saúde e a rotatividade dos mesmos nas equipes –, há, atualmente, enorme aposta no potencial de nova prática médica na atenção básica pelo médico de família. Sabe-se que o novo profissional não está pronto e, embora haja vultosos investimentos na formação de médicos e enfermeiros com especialização em saúde da família, ainda muito há de ser feito.

Para a efetivação da ESF, espera-se que o médico exerça as tarefas clínicas com alta competência, faça a gestão da prática clínica – já que o cuidado ao usuário deve se dar de forma contínua, e os indivíduos apresentam novas necessidades de saúde ao longo da vida –, estabeleça novas dimensões de comunicação com os usuários e adotem abordagem crítica sobre a prática clínica, levando em conta as evidências científicas.

Caracterizam o trabalho do médico de família a abordagem centrada no indivíduo e não na doença, a orientação para o contexto familiar e comunitário, as atividades determinadas pelas necessidades de saúde da população, o lidar com problemas de saúde complexos e não pré-selecionados com baixa incidência de doenças graves e alta incidência de doenças em estágio precoce (não significando que a atenção apresente baixa complexidade, ao contrário, utiliza baixa densidade tecnológica, mas intensos recursos cognitivos e requer complexo manejo) (Wonca, 2002).

Em sua prática o médico de saúde da família deve estar apto a gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias crônicas, com eficiência, bem como a coordenar os cuidados médicos quando acionadas outras especialidades ou recursos de diagnóstico.

Atribuições do médico

- ser a referência médica da população adscrita, realizando atendimento aos usuários independentemente de idade, sexo ou qualquer outra característica do indivíduo e lidando com todos os problemas de saúde, em suas diversas dimensões físicas, psicológicas, sociais, culturais e existenciais;
- responsabilizar-se pela prestação dos cuidados médicos continuados, longitudinalmente, levando em conta as necessidades do usuário, e gerir simultaneamente os problemas de saúde, tanto agudos como crônicos;
- desenvolver abordagem centrada no indivíduo, fazendo consultas clínicas, procedimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares;
- buscar estabelecer efetiva relação médico-paciente ao longo do tempo, por meio de intervenções apropriadas e efetivas, com tomada de decisão determinada pela prevalência e incidência de doenças na comunidade;
- realizar a gestão do cuidado e coordenar a prestação dos cuidados médicos, gerindo a interface com as demais especialidades;
- indicar as necessidades de internação hospitalar ou domiciliar e de utilização da atenção especializada disponível no município, com base em evidências e em indicações definidas nos protocolos assistenciais do município;
- registrar consultas e ações realizadas no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição;
- participar do planejamento e execução da educação permanente da equipe de saúde e dos ACS, junto aos demais membros da equipe do centro de saúde;
- participar de atividade de regulação assistencial, buscando o uso racional e a priorização dos recursos disponíveis para casos de maior necessidade clínica e fazendo a avaliação de qualidade técnica dos serviços prestados pela atenção especializada, serviços de apoio ao diagnóstico e de urgência para o devido retorno à instituição.

A enfermagem compõe a equipe de SF e desempenha papel primordial na garantia dos princípios anteriormente citados, não somente pelo grande quantitativo de profissionais atuantes na atenção básica, mas também pela diversidade de ações e atividades desenvolvidas (Belo Horizonte, 2004).

Estudos mostram que os enfermeiros têm procurado modificar sua prática de forma a avançar na qualidade do atendimento integral ao paciente. No entanto, esses profissionais têm encontrado dificuldades na definição de sua competência no trabalho em equipe e na indefinição da programação da assistência à saúde em nível local (Witt & Almeida, 2003).

A observação do trabalho das equipes de saúde nos CS da rede municipal de Belo Horizonte permite reconhecer que as características do trabalho da enfermagem mudaram, tendo incorporado e ampliado, sobremaneira, em seu cotidiano as atividades assistenciais. Hoje, seu espaço de ação estende-se além

dos muros dos centros de saúde, ampliando-se até as famílias, comunidade e outras instituições sociais da área.

Os auxiliares de enfermagem lidam com novos desafios no trabalho das ESF e grande parte de seu tempo é consumido com atividades-meio, que são imprescindíveis para a realização das atividades-fins, mas não são quantificadas pelo sistema de informação e, muitas vezes, não ganham visibilidade no processo final.

São identificadas situações em que aspectos de gerência da ação assistencial não são assumidos pelos enfermeiros; e também lacunas referentes à assunção desses profissionais nas atividades de supervisão, vacinação, curativos, farmácia, controle de população microbiana, supervisão da limpeza da área física, treinamentos para auxiliares, etc. geradas, talvez, pela incorporação de novos profissionais, dificuldades de integração entre as equipes de saúde da família num mesmo CS e das equipes com os profissionais de apoio, além de falta de discussão e reorganização do processo de trabalho, entre outros fatores.

A enfermagem, nesse quadro da rede básica de BH, encontra-se frente a desafios. É preciso garantir as ações tradicionais da atenção básica – atenção a hipertensos, crianças, diabéticos, pré-natal, etc. –, mas também reconhecer os novos problemas apresentados às equipes – impactos provenientes do trabalho, da violência, da vida moderna atual, do envelhecimento – e incorporar tecnologias adequadas para seu enfrentamento: planejamento, uso da epidemiologia, ações intersetoriais e, acima de tudo, desenvolvimento de competências que permitam o reconhecimento das necessidades de saúde nas dimensões individual, singular e também coletiva.

São competências gerais para os profissionais de saúde a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, além da educação permanente, sendo imprescindível que os enfermeiros assumam sua responsabilidade intrínseca ao desenvolvimento de tais competências.

É importante salientar a natureza cuidadora das ações de enfermagem. O cuidado, que é a essência da enfermagem, não apresenta apenas a conotação da ação (confortar, alimentar, trocar, ouvir, hidratar, etc), mas também o aspecto subjetivo, de colocar-se ao lado do outro, perceber, procurar e ajudar a resolver o problema, vincular-se ao paciente.

Portanto, as ações terapêuticas e propedêuticas específicas da enfermagem são majoritariamente ações de cuidado. A sistematização da consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, utiliza método científico para identificação de situações de saúde/doença (Resolução COFEN – Conselho Federal de Enfermagem nº 272/2002). A prescrição de enfermagem é decorrente da avaliação realizada durante a consulta. Quando necessário e conforme as especificações contidas na legislação (Resolução COFEN nº 271/2002), a

prescrição de medicamentos padronizados em protocolos assistenciais está respaldada legalmente.

Atribuições do enfermeiro

- planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, tendo como estratégia o contexto sociocultural e familiar;
- supervisionar (planejar, coordenar, executar e avaliar) a assistência de enfermagem, merecendo destaque as ações de imunização, preparo e esterilização de material, administração de medicamentos e curativos, bem como avaliar o procedimento de coleta de material para exame e a dispensação de medicamentos realizados pelos auxiliares de enfermagem;
- realizar consulta de enfermagem e prescrever a assistência de enfermagem, de acordo com as disposições legais da profissão previstas pela Resolução COFEN nº 159/1993;
- Solicitar exames complementares, quando necessário, e prescrever medicamentos, após avaliação do estado de saúde do indivíduo e em conformidade com os protocolos estabelecidos pelos programas do Ministério da Saúde, da SMSA e com as disposições legais da profissão previstas pelas Resoluções COFEN nº 195/1997 e 271/2002 e documento da regulação de patologia clínica;
- realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- planejar, coordenar e avaliar as atividades da equipe de enfermagem no CS;
- planejar, coordenar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- planejar e coordenar a capacitação e a educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS, executando-as com participação dos demais membros da equipe do CS;
- coordenar e avaliar o processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos e superfícies do CS;
- promover e coordenar reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e também o enfrentamento dos problemas identificados;
- registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição;
- realizar consultoria, auditoria e emitir parecer em matéria de enfermagem, no âmbito da instituição;
- participar de atividade de regulação assistencial, buscando o uso racional e a priorização dos recursos disponíveis para casos com maior necessidade clínica.

Atribuições do auxiliar de enfermagem (AE)

- planejar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral ao indivíduo, família e/ou comunidade, conforme sua competência técnico-legal, utilizando como estratégia o conhecimento do contexto sociocultural e familiar do usuário, sob supervisão do enfermeiro;
- realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, sob supervisão do enfermeiro;
- orientar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos;
- participar de capacitação e educação permanente promovidas pelo enfermeiro e/ou demais membros da equipe;
- executar e avaliar o processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos e superfícies do CS;
- participar das reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e o enfrentamento dos problemas identificados;
- registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição.

Um importante ator entre os diversos na Estratégia de saúde da família é o Agente Comunitário de Saúde. No Brasil, os primeiros programas que contaram com a presença de ACS foram desenvolvidos na região Nordeste, num quadro de persistência de altos índices de morbidade e mortalidade entre a população. O trabalho dos ACS foi idealizado para contribuir, prioritariamente, com a superação da falta de acesso da população aos serviços formais de saúde, diminuição da carência de informações da população acerca da proteção sobre sua saúde e adequação das limitações existentes nos trabalhos educativos realizados pelos profissionais das unidades de saúde. Essa experiência foi, posteriormente, estendida para o SUS como um todo, por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Andrade, 1998).

Os ACS tiveram sua profissão regulamentada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que estabelece os requisitos para o exercício da profissão e caracteriza suas atividades, explicitando que o âmbito de atuação desse profissional é o Sistema Único de Saúde. Apesar de vinculado ao SUS, o trabalho do ACS não tem similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde, porquanto ele não pertence a nenhuma categoria profissional. O ACS tem suas competências formuladas para atuar na interação social (serviço-comunidade), e suas funções transcendem ao campo da saúde na medida em que, para serem bem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, no campo da interface intersetorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente.

O ACS desempenha o papel de fazer elo entre a equipe de saúde e a comunidade, devendo, então, contar com liderança natural e capacidade de comunicação para fazer a aproximação cultural, que dá mais força ao trabalho da equipe, e unir o saber popular ao científico (Brasil, 2001). Ele deve manter

relacionamento estreito e permanente com a comunidade, por isso, residir na comunidade há pelo menos dois anos é um dos pré-requisitos para sua seleção.

O ACS realiza atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde realizadas em domicílios ou em coletividade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Ele também estende o acesso da população às ações e serviços de públicos, promoção social e proteção da cidadania (Brasil, 2004). Como é uma profissão em construção, bem como o campo das políticas públicas e estratégias dos sistemas de saúde, as adaptações necessárias e concernentes à atividade podem ser feitas ao longo do tempo pelos diversos níveis gestores (Nogueira, Silva e Ramos, 2000).

Em Belo Horizonte, os ACS iniciaram seu trabalho no PACS (Programa de Agentes Comunitários), mas, a partir da implantação das equipes de saúde da família, adotou-se o conceito de que o ACS é membro integrante da equipe de saúde da família, juntamente com o médico, o enfermeiro e os auxiliares de enfermagem. A partir dessa compreensão e considerando que o ACS deve traduzir para os profissionais de saúde aquilo que está acontecendo na comunidade, deixa-se claro que o ACS deve participar das atividades de planejamento como reuniões, oficinas ou discussões propostas e desenvolvidas pela equipe.

O ACS encontra-se administrativamente sob a gestão do gerente do Centro de saúde, assim como os demais trabalhadores das unidades, mas a equipe de saúde da família direciona seu trabalho técnico, cuja supervisão e atividades de educação continuada são realizadas pelo enfermeiro da equipe.

O ACS deve participar da vida cotidiana da equipe de saúde e das atividades de mobilização previstas pelo Centro de saúde, sempre em nível de suas competências, mas com a ressalva de que o CS não é o *locus* de sua atuação, apesar de estar a ele vinculado. O campo de atuação do ACS se dá essencialmente junto à comunidade, seja em visitas aos domicílios ou em ações coletivas desenvolvidas.

Como seu trabalho é definido mais por objetivos e metas do que por processos, o ACS deve estar sob constante supervisão. Recomenda-se, para tal, que o ACS se apresente no Centro de saúde uma vez a cada dia, resguardando a excepcionalidade do dia em que há atividade prevista, como participação em grupos operativos ou reuniões.

Nos casos em que a distância entre a microárea do ACS e o Centro de saúde é muito grande, a ida ao CS pode ser programada com periodicidade maior, devendo haver, para isto, pactuação com o enfermeiro da equipe e com o gerente da unidade. Na ida programada ao CS, o ACS deverá resolver ou encaminhar situações identificadas em sua microárea de trabalho e que precisam de intervenções da equipe de saúde da família, entregar os formulários para digitação e verificar pendências ou novas necessidades de visitas ou de abordagem.

O enfermeiro, por sua vez, deve programar encontros semanais com os ACS e a equipe, quando o ACS deve prestar contas das visitas e atividades desenvolvidas, relatar possíveis problemas e dificuldades, bem como desenvolver as ações necessárias. Nesses encontros, também deverão ser programadas as próximas atividades do ACS, como as visitas seguintes, constituindo, portanto, um momento de supervisão e de planejamento que também deve ser aproveitado para a educação permanente do ACS.

Todas as atividades realizadas pelo ACS devem ser registradas em formulários específicos (2F6, 2Q6 e Cadastro) cujas informações devem ser avaliadas, mensalmente, pelo enfermeiro e discutidas com o restante da equipe.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde(ACS)

- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita ao CS;
- cadastrar todas as pessoas de sua microárea, manter os cadastros atualizados periodicamente ou sempre que houver alteração, consolidando e analisando os dados em conjunto com a equipe;
- identificar, em conjunto com a equipe, as instituições ou estabelecimentos como asilos, creches, abrigos, escolas, etc., que deverão estar sob acompanhamento da equipe e, conseqüentemente, do ACS, realizando o cadastramento daqueles indivíduos que lá residem permanente ou temporariamente;
- estar em contato permanente com as famílias, principalmente mediante visitas domiciliares, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e prevenção das doenças, bem como estimulando a autonomia e o auto-cuidado, de acordo com o planejamento da equipe;
- orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas pelo Centro de saúde e também quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- acompanhar, no mínimo uma vez a cada mês, por meio da visita domiciliar, todas as famílias sob sua responsabilidade, mantendo a equipe informada principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- identificar os usuários que não aderiram às atividades programadas nos protocolos assistenciais, ações de vigilância epidemiológica ou outras que tenham sido previstas pela equipe, estimulando a sua participação e comunicando à equipe os casos em que a sensibilização não foi suficiente;
- coletar dados e registrar informações pertinentes ao trabalho desenvolvido nos formulários próprios da rede municipal;
- realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição do Centro de saúde;
- acompanhar os componentes das famílias em tratamento domiciliar, nos casos indicados pela equipe;

- estimular a participação da comunidade em ações que busquem melhoria das condições de vida e saúde, identificando parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe;
- incentivar a comunidade a atuar em espaços de participação popular e controle social, bem como no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde;
- entregar nos domicílios medicamentos prescritos, informar aos usuários a marcação de consultas e exames especializados, em situações especiais avaliadas e definidas pela equipe ou pelo gerente do CS;
- Contribuir com a identificação de cuidadores ou de rede social de apoio para usuários dependentes de cuidados.

Por descaracterizar o seu trabalho, faz-se necessário citar que é vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno dos CS, como por exemplo:

- substituir profissional de outra categoria em férias;
- cumprir jornada de trabalho nos CS, de forma sistemática ou em rodízio, parcial ou integral, exceto nas atividades previstas para sua função, como participação em grupos, atividades educativas, reuniões, campanhas, etc;
- cumprir funções administrativas (recepção, organização de arquivos, farmácia e digitação) próprias dos auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, agente sanitário ou agentes de serviços;
- participar do acolhimento ou atendimento da demanda espontânea, mesmo que da organização das filas.

Atribuições do cirurgião-dentista (CD)

- realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal;
- realizar procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde), individual e coletiva, a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- orientar e encaminhar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do usuário e o prosseguimento do tratamento;
- coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- contribuir e participar das atividades de educação permanente oferecidas ao técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário e ESF;
- realizar supervisão técnica dos trabalhos desempenhados pelo técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário;

- participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento do CS.
- participar de reuniões da equipe de SF, grupos, visitas domiciliares, de acordo com necessidades identificadas;
- participar da formação de educadores e cuidadores nas escolas, creches, asilos e domicílios;
- atuar como auxiliar de consultório dentário na falta deste profissional.

Atribuições do técnico em higiene dental (THD)_

- realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação), individual e coletiva, a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- apoiar as atividades do auxiliar de consultório dentário e do ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
- participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento do CS.

Atribuições do auxiliar de consultório dentário (ACD)_

- realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- organizar a agenda clínica;
- acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- participar do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento do CS;
- participar da formação do ACS.

Papel da equipe de controle de zoonoses

As atividades de controle de zoonoses no município de Belo Horizonte, descentralizadas para os centros de saúde desde 1994, experimentaram novos avanços relacionados às ações de vigilância, proteção e promoção à saúde.

O novo modelo exige a integralidade das ações e a vinculação e responsabilidade do setor de saúde com a população adscrita e fortalece o cuidado com o meio ambiente na prevenção de doenças e agravos transmitidos por vetores. Sob essa ótica, as ações de controle de zoonoses adquiriram um vínculo estreito com a assistência e as áreas da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador.

Nos últimos anos, iniciativas de interação com as ESF construíram processos de identificação de território e discussões sobre atribuições complementares entre os profissionais de campo. Esse eixo passa diretamente pelas diretrizes de organização da assistência e consolidação do papel dos agentes de controle de zoonoses como parte integrante da equipe de saúde dos Centros de saúde do município.

A participação das equipes de controle de zoonoses nos centros de saúde aos quais estão inseridas, envolve a realização de atividades coletivas que visam ao desenvolvimento rotineiro de práticas educativas associadas à execução de métodos físicos, químicos e biológicos para a prevenção e o controle das zoonoses prevalentes no município, como a dengue, leishmanioses, raiva, controle de roedores e escorpiões, dentre outras.

A organização do serviço de controle de zoonoses nos Distritos Sanitários é representada pelo gerente distrital de Zoonoses, técnicos de nível superior (biólogos e veterinários) e coordenadores de zoonoses. As equipes de encarregados e agentes de controle de zoonoses são distribuídas nas áreas de abrangências dos Centros de saúde, na ótica do zoneamento, ou seja, referenciadas a um determinado número de imóveis ou residências. Esta forma de trabalho é importante porque cria vínculo entre os agentes, não só com a unidade de saúde a qual estão vinculados, mas com a população da área.

Atribuições da equipe de zoonoses:

Técnico de nível superior (biólogos e veterinários); profissional lotado no distrito, responsável pelo acompanhamento das ações de controle de zoonoses realizadas nas microáreas.

- realizar e supervisionar ações de vigilância à saúde e zelar pelo cumprimento das normas de vigilância epidemiológica e sanitária de acordo com as normas técnicas da SMSA e as disposições legais dos Conselhos Regional de Medicina Veterinária e Biologia;

- participar do planejamento, coordenação e execução dos programas, estudos, pesquisas e outras atividades de saúde, articulando-se com as diversas instituições para a implementação das ações integradas;
- participar do planejamento, elaboração e execução de programas de treinamento em serviço e de capacitação de recursos humanos;
- participar e realizar reuniões e práticas educativas junto à comunidade;
- realizar, em conjunto com o gerente da unidade básica, avaliação de desempenho individual e da equipe de zoonoses periodicamente;
- promover ação de educação permanente, junto à equipe da unidade, visando a efetivação das ações de vigilância à saúde na área de abrangência e estimulando a intersetorialidade;
- dar suporte técnico ao gerente distrital de controle de zoonoses, promovendo a integração da equipe e a operacionalização do serviço de campo;
- servir de elo entre o encarregado, gerente do centro de saúde e a gerência distrital de zoonoses;
- buscar, junto á equipe do centro de saúde parcerias necessárias para a efetivação das ações de vigilância;
- participar de reuniões do conselho local de saúde;
- emitir relatórios técnicos.

Atribuições do coordenador de zoonoses:

Técnico, lotado no distrito, responsável pelo acompanhamento das ações de controle de zoonoses realizadas nas microáreas.

- promover ação de educação permanente, junto à equipe da unidade, visando a efetivação das ações de vigilância à saúde na área de abrangência e estimulando a intersetorialidade;
- realizar trabalho educativo junto à comunidade;
- realizar, em conjunto com o gerente da unidade básica, avaliação de desempenho individual e da equipe periodicamente;
- planejar, coordenar e avaliar as ações locais, junto com o gerente distrital de controle de zoonoses, encarregado, e equipe da unidade básica;
- suporte técnico para a o gerente distrital de controle de zoonoses, promovendo a integração da equipe e a operacionalização do serviço de campo;
- servir de elo entre o encarregado, gerente do centro de saúde e a gerência distrital de zoonoses;
- buscar, junto á equipe do centro de saúde parcerias necessárias para a efetivação das ações de vigilância;
- participar e/ou convocar reuniões, capacitações técnicas e treinamentos;
- participar de reuniões do conselho local de saúde;
- emitir relatórios técnicos.

Atribuições do encarregado de campo:

- afixar no local de trabalho o roteiro/agenda de atividades que serão realizadas diariamente pela sua equipe;
- realizar investigação ambiental nos casos confirmados e suspeitos relacionados às zoonoses, articulando com outros profissionais da unidade e do distrito;
- manter o coordenador de área, gerente e equipe da unidade básica atualizados sobre o desenvolvimento de atividades;
- zelar pela organização e limpeza do ponto de apoio;
- buscar, junto à equipe do centro de saúde, parcerias necessárias para a efetivação das ações de vigilância;
- articular o trabalho do agente de campo como referência para as equipes de saúde da família;
- contribuir para a integração da equipe de zoonoses nos processos de trabalho da unidade básica;
- implementar ações educativas na unidade básica;
- acompanhar, avaliar e orientar os registros de dados, registros administrativos fluxo de informações junto à referência técnica, gerente e equipe da unidade;
- planejar, coordenar e avaliar as ações locais junto com o coordenador de área, gerente e equipe da unidade;
- supervisionar o trabalho de campo conforme as normas técnicas;
- realizar trabalho educativo junto à comunidade;
- participar de reuniões, capacitações técnicas e treinamentos;
- participar de reuniões do conselho local de saúde.

Atribuições do agente de controle de zoonoses:

- conhecer as atividades dos programas de controle de zoonoses seguindo as orientações técnicas pertinentes;
- executar suas funções específicas segundo as normas de saúde e segurança relacionadas com as atividades executadas;
- zelar pela organização e limpeza do ponto de apoio assim como dos equipamentos utilizados;
- contribuir na integração da equipe de zoonoses nos processos de trabalho da unidade;
- realizar trabalho educativo junto à comunidade;
- participar de reuniões, capacitações técnicas e treinamentos;
- participar de reuniões das equipes de saúde da família;
- orientar a população de forma clara e precisa, usando linguagem acessível, para a adoção de medidas preventivas considerando o conhecimento da doença, atitudes e práticas da população;
- manter os dados cadastrados e atualizados, registrando-os corretamente nos formulários padrões;

- buscar, junto com a equipe do centro de saúde, parcerias necessárias para a efetivação das ações de vigilância;
- participar de reuniões do conselho local de saúde;
- realizar investigação ambiental nos casos confirmados e suspeitos relacionados às zoonoses, articulando com outros profissionais da unidade e do distrito.

Papel do gerente do centro de saúde

O gerente do centro de saúde (CS) é ator importantíssimo na implementação das propostas aqui discutidas, ou seja, na construção e implantação do modelo assistencial do SUS-BH. Ele é o gestor da saúde em sua área de abrangência e o representante da gestão municipal mais próximo dos trabalhadores e das equipes, portanto, coordena o modelo assistencial no CS.

O exercício desse cargo requer uma série de habilidades, como o alto comprometimento e adesão à proposta do SUS e ao projeto referente à saúde no município.

Atribuições do gerente do CS

- garantir a implementação dos princípios e diretrizes do modelo assistencial para a atenção básica no CS sob sua gerência;
- promover consenso e articular interesses e esforços com a finalidade de alcançar objetivos estabelecidos, direcionando as ações por meio de negociação política;
- tomar decisões eficazes e oportunas;
- propiciar o acesso dos trabalhadores e equipes às informações necessárias para as ações de planejamento e avaliação. Preferencialmente, e se possível, articular e sistematizar essas informações para o monitoramento do trabalho das equipes de SF;
- planejar e prover os materiais e equipamentos para o funcionamento do CS;
- garantir o cumprimento do contrato de trabalho dos profissionais, principalmente a realização das ações assistenciais previstas, sua inserção no processo de trabalho, bem como de sua jornada de trabalho, inclusive do ACS;
- propiciar e estimular a criação de espaços de discussões do processo de trabalho, seja pelo colegiado gestor, reuniões de equipes ou outros meios necessários, participando sempre que necessário ou possível;
- realizar gestão democrática, garantindo o funcionamento do colegiado gestor;
- manter a equipe informada sobre as políticas implementadas no município, funcionamento da rede de serviços, bem como questões de interesse do trabalhador e do processo de trabalho local;

- articular a relação entre as diversas equipes, entre os profissionais de uma mesma equipe e entre as equipes e os profissionais de apoio;
- fazer o elo entre os diversos níveis da gestão municipal de saúde e o trabalhador;
- interligar a equipe local com o controle social na saúde;
- estimular e permitir a participação do trabalhador nas decisões sobre a organização local, incorporando suas sugestões e opiniões para a melhoria do processo de trabalho local;
- efetivar medidas administrativas quando necessárias, por exemplo: advertências, descredenciamento de profissionais que não têm perfil para o trabalho em saúde da família, dentre outras;
- conduzir o processo de planejamento no CS e contribuir com o planejamento das equipes;
- avaliar a produção de informação no CS;
- participar das atividades de regulação assistencial;
- monitorar e avaliar o trabalho, no CS, bem como seus resultados e impactos na saúde da população;
- articular as ações intersetoriais;
- efetivar a participação dos profissionais do CS nas atividades de educação permanente.

Atividades matriciais do CS

Médicos de apoio

Na transição do modelo de atenção básica para o modelo de saúde da família, vários profissionais que já atuavam na rede municipal – médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem – aderiram à nova proposta e passaram a compor as equipes. Dos mais de 700 médicos clínicos, pediatras e ginecologistas que atuavam à época da implantação, cerca de 300 aderiram à estratégia de SF, transferiram-se para outros pontos do sistema (urgência, atenção especializada ou gestão) ou ainda se desligaram da SMSA-BH. Atualmente são 442 médicos clínicos, ginecologistas e pediatras atuantes nos diversos CS do município.

A SMSA compreende que a atuação de especialidades básicas ainda se faz necessária nos CS, no mesmo espaço de convivência da ESF, devendo assumir papel matricial em relação a essas equipes e ampliando sua resolutividade. A SMSA recomendou a estruturação de novo formato de apoio às equipes de SF com a inclusão desses médicos, segundo necessidade dos CS e avaliação dos distritos e SMSA.

Os profissionais de apoio foram organizados como referência para um ou mais CS, e a proposta inicial era o atendimento de casos referenciados pelas equipes de SF como acima de sua capacidade clínica. Recomendou-se, então, que não houvesse acesso direto da população a estes médicos. Outra atividade prevista para os médicos de apoio foi a realização da educação continuada dos

profissionais generalistas, por meio da discussão de casos, realização de interconsultas, seminários, construção de fluxos e protocolos de encaminhamentos, dentre outras.

Atualmente, quase a totalidade dos CS possui pelo menos um pediatra e um ginecologista; e os clínicos estão presentes em cerca da metade dos centros. Apesar da proposta efetivada em 2003, o trabalho desses profissionais vem se organizando de forma muito diferenciada nos diversos CS do município. Tem sido muito comum a agenda livre, quando, então, esses médicos fazem o atendimento dos casos agudos na chamada *retaguarda do acolhimento*, o que não era proposta original. Em outros casos, freqüentemente na ginecologia, esses médicos funcionam como portas de entrada para a população, enquanto as equipes de SF não realizam o atendimento da população de mulheres, ou de crianças, no caso da pediatria. Em outros CS, não há organização para discussão de casos ou realização de interconsultas.

As variações se devem a diversos motivos, como o perfil da unidade e da população da área de abrangência, o número de usuários adscritos, a situação de estabilidade das equipes de saúde da família, a organização do processo de trabalho local e também o perfil dos médicos.

Um ponto de partida para a discussão dessa questão atual é a compreensão de que a mudança de modelo proposta não ocorrerá rapidamente, devido a sua magnitude, ou seja, a implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte está ocorrendo: ainda não há disponibilidade, em quantidade, de profissionais, principalmente médicos, com perfil e formação adequados ao projeto, as equipes não estão estabilizadas e, às vezes, o médico de apoio é o único de permanência estável no CS.

A permanência dos médicos clínicos, pediatras e ginecologistas nos CS vem contribuindo para o processo assistencial da atenção básica, no entanto avalia-se que é necessário avançar para um papel novo e diferenciado.

Uma proposta a ser pactuada e implementada é a estratégia de educação continuada a se dar mediante a ajuda direta dos médicos de apoio aos médicos das equipes de SF que dela necessitarem por meio de interconsultas, atendimento conjunto de usuários e discussão periódica de casos, no momento em que ocorre a necessidade e também em momentos programados.

Em prol da educação continuada e para se garantir a realização dessas ações, os CS podem lançar mão de diversos recursos, por exemplo deixar horas vagas, diariamente, na agenda dos médicos ou reservar um dia, por semana, de sua agenda para apoio a cada uma das equipes. O importante é que se compreenda e viabilize o espaço, dentro das horas de trabalho desses profissionais, para a formação continuada.

Essa nova atribuição dos profissionais de apoio, que não está isenta do enfrentamento de conflitos, exige habilidade e abertura ao diálogo de ambas as partes envolvidas; requer segurança profissional, atualização adequada, capacidade pedagógica e disponibilidade de se mostrar para o outro.

Para adequada divisão das tarefas são necessários protocolos bem elaborados e papel profissional mais definido, para se evitar o simples repasse de pacientes ou a recusa de se assumir os casos que tenham indicação. A revisão dos protocolos assistenciais da SMSA está em andamento.

Necessário, ainda, retomar o investimento nos profissionais de apoio, estimulando a integração no CS e a participação nas ações ali realizadas, de planejamento, avaliação ou atenção à saúde da população propriamente dita.

A SMSA reafirma que os médicos das equipes de SF são a referência médica para a população adscrita e devem realizar a clínica generalizada, portanto, que os usuários não devem ter acesso direto a consultas com os médicos de apoio onde há cobertura da saúde da família. Reconhece-se que os médicos de apoio têm papel muito importante no desempenho da clínica no CS, pois podem responder pelos casos clínicos mais complexos, exigentes de maior conhecimento específico e de experiência em clínica básica, e fazem a retaguarda em casos graves.

Os profissionais de apoio podem, ainda, e eventualmente, realizar a retaguarda em casos agudos, quando a equipe de SF está em outras atividades, às vezes fora da unidade. Ressalta-se que a agenda do médico de apoio não deve ser disponibilizada exclusivamente para esta atividade.

Os médicos de apoio são também o contato médico para a população de baixo risco, nos CS em que essa população não está coberta por equipes de saúde da família.

No sentido da viabilização dessas propostas, faz-se necessário que os distritos estudem o perfil dos profissionais das equipes, analisando sua formação original, experiência e habilidades, para avaliar a necessidade de formação naquele distrito. A partir da análise, deve-se verificar se a lotação atual dos médicos de apoio é coerente e adequada, pois é recomendável que, num CS, esses médicos sejam referência para um número equilibrado de equipes de SF; em seguida, devem ser planejadas as ações de articulação entre os médicos de apoio e os generalistas a serem efetuadas em determinados CS. A situação deve ser monitorada continuamente, uma vez que as necessidades de educação continuada são dinâmicas e se espera a evolução da ampliação de ofertas das equipes SF.

O papel do pediatra

Em algumas situações de maior risco, a criança deve receber atenção do profissional pediatra como um suporte à equipe de SF ou um acompanhamento da criança com caso mais grave; no entanto, o compromisso pela equipe SF de acompanhamento da criança deve ser mantido, propiciando a continuidade da assistência e a abordagem familiar.

O pediatra se insere na atenção básica mediante

- atuação articulada com a equipe SF para supervisão, sempre que necessário;
- estabelecimento de mecanismos de educação continuada da equipe referentes a conteúdo e prática do cuidado em saúde com a criança;
- atuação como retaguarda no atendimento das crianças referenciadas pela equipe;
- assistência, desde que definida e pactuada em conjunto com as equipes de SF, à criança nas seguintes situações:
 - recém-nascido prematuro;
 - recém-nascido com Apgar < 7 no 5º minuto,
 - recém-nascido retido na maternidade ou com recomendações especiais à alta;
 - criança desnutrida em grau grave;
 - criança desnutrida em grau moderado que não melhora após 6 meses de acompanhamento;
 - criança com desenvolvimento alterado;
 - criança com doenças congênitas e /ou crônicas;
 - criança com asma moderada e grave;
 - egresso hospitalar por patologia aguda;
 - criança que utiliza os serviços de urgência com freqüência.

O papel do ginecologista

Dentro da filosofia própria da Estratégia SF, é fundamental o trabalho em equipe com harmonia e cooperação entre os profissionais, potencializando-se os saberes de cada um deles. Nesse contexto, o ginecologista dos CS deve ser referência para que os profissionais das ESF discutam e encaminhem os casos ginecológicos que exigem conhecimentos mais específicos para seu acompanhamento e/ou resolução.

Desta maneira, a agenda do ginecologista deve ficar disponível para tais indicações, não sendo aconselhável deixá-la aberta para marcação primária, a não ser nos casos em que, já no acolhimento, identifique-se tal necessidade.

Neste modelo, configuram o papel do ginecologista

- pré-natal

Acompanhar gestantes que apresentam alterações em seu pré-natal não constituintes de critério para acompanhamento em alto risco (*vide* protocolo), por exemplo sangramentos (ameaça de aborto, placenta marginal); sintomas/sinais acentuados ou inusuais (cefaléias persistentes, dores abdominais, febre, etc); infecção trato urinário (ITU); epilepsias bem controladas; alterações na curva de ganho de peso; anemia leve (Hb entre 8 e 11 mmHG); perda fetal ou outro mal

resultado obstétrico anterior; gestação gemelar; Rh negativo sem imunização; sífilis na gravidez; vulvovaginites atípicas; outras intercorrências clínicas (sinusite, bronquite, síndrome hemorroidária, grandes varizes, etc).

Os atendimentos podem se dar como interconsultas pontuais ou acompanhamento pré-natal rotineiro, dependendo da avaliação da própria equipe que deverá individualizar os casos. Na eventualidade da ausência do médico da ESF no Centro de saúde, o ginecologista deve intercalar as consultas de pré-natal com o enfermeiro.

- puerpério

A avaliação no 5º dia, para todas as puérperas, deve ser realizada pelo enfermeiro ou generalista, mas devem ser encaminhadas para o ginecologista aquelas mulheres que estão sintomáticas ou tiveram alguma complicação no parto ou puerpério, tais como DHEG; infecção puerperal; mastite; hemorragia pós-parto; depressão pós-parto; intercorrências clínicas.

- planejamento familiar

As pacientes com particularidades clínicas (cardiopatas, diabéticas, nefropatas, etc.) devem ser atendidas pelo ginecologista para escolha e início de uso do método contraceptivo. Nas equipes em que o generalista não está capacitado para a inserção do DIU e até a sua capacitação, essa atuação é de responsabilidade do ginecologista. Nos casos de infertilidade, a propedêutica e a terapêutica a serem realizadas no CS devem ser feitas pelo ginecologista. Reitera-se que a contracepção de emergência pode ser prescrita por médico ou enfermeiro.

- ginecologia geral

Toda mulher cuja alteração ginecológica imponha a intervenção especializada deve contar com a consulta do ginecologista, por exemplos: indicação cirúrgica e solicitação de AIH; indicação de curetagem ou histeroscopia; miomas e cistos de ovário; dor pélvica crônica; suspeita de doença inflamatória pélvica; alterações vulvares (manchas, ulcerações, tumores); vulvovaginites incomuns ou resistentes a tratamento convencional; alterações anatômicas do trato genital.

- propedêutica do colo

O ginecologista deve realizar o acompanhamento daquelas egressas dos serviços de propedêutica do colo, após tratamento naquele nível (após cirurgia) e o atendimento das mulheres com alterações no exame clínico ou citológico, mas não encaminhadas para a propedêutica do colo (condilomas, ascus, asgus, infecções pouco usuais, colpites).

- mastologia

O ginecologista deve realizar o acompanhamento daquelas egressas do serviço de mastologia, após tratadas naquele nível; avaliação de resultado de mamografias; atendimento das mulheres com galactorréia; atendimento das mulheres que não foram referenciadas para o mastologista, mas com alterações ao exame de mamas (mastalgia ou outra queixa mamária, derrame papilar ou outra alteração ao exame físico) e solicitação de mamografias fora da rotina de rastreamento de câncer (*vide* protocolo).

- climatério

O ginecologista deve realizar a avaliação, prescrição e acompanhamento das candidatas ao uso de terapia hormonal.

A interação do ginecologista de apoio com as equipes SF deve ser prevista em reuniões periódicas para avaliação de condução dos protocolos, discussão de casos e necessidades da equipe, bem como para planejamento de estratégias para intervenção nos problemas relacionados à saúde da mulher.

O ginecologista do CS deve, ainda, participar do processo de regulação da atenção secundária, em conjunto com a equipe de regulação, nas questões relacionadas à saúde da mulher, para observação de protocolos ou indicação clínica, bem como participar de programas de educação permanente.

O papel do clínico

Estas orientações visam nortear as equipes e não engessar suas atividades. É necessário que cada CS avalie o papel de cada profissional, de acordo com sua capacitação, em processo dinâmico, e de maneira que cada um possa exercer suas atividades com segurança e responsabilidade, sempre cientes do papel que lhes é atribuído na saúde da família.

A proposta inicial de participação dos clínicos é

- exercer junto aos médicos de família a co-tutoria que proporcione atualização de conhecimento e estímulo à busca de informações;
- participar de programas de educação permanente para promover uma reflexão crítica e transformadora da prática de serviço;
- participar da elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, e flexíveis em função dos contextos locais;
- atender consultas de pacientes referenciados pelas equipes SF para confirmar ou esclarecer diagnósticos;
- identificar possíveis complicações de doenças e morbidades, notadamente nos casos mais graves e complexos;
- esclarecer dúvidas sobre terapêutica ou propeidêutica necessária;
- auxiliar na avaliação de resultados dos exames complementares quando solicitado;
- discutir com os médicos das equipes SF os casos a serem encaminhados à atenção secundária ou terciária quando solicitado;
- discutir e participar da atenção ao adulto e ao idoso, à luz de seu conhecimento, para sugerir modificações quando necessário, integrando o planejamento das ações das equipes SF;
- realizar visitas domiciliares quando solicitado.

Em relação à assistência ao idoso, espera-se que o clínico seja capaz de

- elaborar plano de cuidado para o idoso frágil em conjunto com a equipe SF;

- acompanhá-lo até sua estabilização clínico funcional e reencaminhá-lo à equipe SF;
- encaminhar, após discussão com o generalista, os idosos frágeis para os centros de referência ao idoso da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) e da FELUMA (Fundação Educacional Lucas Machado – Faculdade de Ciências Médicas), segundo os critérios do Protocolo do Idoso Frágil.

À semelhança do generalista, deve ser capaz de estabelecer o diagnóstico e o prognóstico funcionais dos idosos, indicando ações de reabilitação.

Os atendimentos do clínico podem ocorrer como interconsultas pontuais ou acompanhamento rotineiro e em casos específicos e, para a população de baixo risco, podem ser agendados diretamente para o clínico.

A Enfermagem

Em relação a estes profissionais, a SMSA-BH não trabalha com a concepção de função de apoio do enfermeiro. Com o evento da implantação da Estratégia de saúde da família nos CS, houve incremento de 200% no total de horas de enfermeiros na rede básica. O número de enfermeiros passou de 215, em início de 2002, para 597 em julho de 2005, sendo que destes mais de 500 cumprem jornada de trabalho de 40 horas.

Além disto, a inserção dos enfermeiros nas equipes de saúde da família, que trouxe novas responsabilidades aos profissionais, não exclui a necessidade do desempenho de tradicionais tarefas do enfermeiro que, inclusive, fazem parte de sua competência profissional. Portanto, não se concebe o fato de que, enquanto um grupo de profissionais enfermeiros está *fazendo SF*, outro grupo desenvolve ações típicas da enfermagem, por exemplo a supervisão do auxiliar de enfermagem e o monitoramento das ações matriciais da enfermagem. Sugere-se que os enfermeiros das equipes de SF e, quando houver, os enfermeiros de 20 horas se organizem, em forma de rodízio, para o cumprimento das tarefas que pertençam ao seu núcleo de competência necessárias ao funcionamento do CS.

São vários os enfermeiros que permanecem na rede básica porque não aderem à ESF, então a SMSA definiu critérios para a lotação destes profissionais nos centros de saúde: CS com apenas uma ESF, para garantir sua presença nas 12 horas de funcionamento do CS; com área em expansão populacional e com população de baixo risco descoberta do atendimento de saúde da família. Ainda, os enfermeiros de 20 horas são incentivados a atuar nas unidades de referência secundária, preferencialmente nos CEM (Centros de Especialidade Médica), nas urgências ou no âmbito da gestão da secretaria, distrital ou central.

Cada equipe de SF conta com dois auxiliares de enfermagem com jornada de trabalho de 40 horas, havendo, atualmente, nesta situação, cerca de 1.000 profissionais na rede básica. Além desses, há cerca de 500 auxiliares de

enfermagem, com jornadas de trabalho variadas, que não pertencem às equipes, mas estão lotados nos CS, por isto são chamados de apoio. Entende-se que o papel desempenhado por esses auxiliares de enfermagem é muito parecido, já que os dois grupos são responsáveis pelas ações de enfermagem no seu âmbito de atuação, os centros de saúde. Da mesma forma que ocorre aos enfermeiros, essas tarefas fazem parte de sua competência profissional e também das ações da Estratégia SF, já que, conforme o conceito de saúde da família como estratégia de organização da atenção básica, as ações de vacinação, curativos, etc, estão incluídas no escopo da atenção básica e devem ser realizadas também pelos auxiliares de enfermagem cadastrados nas equipes. Como são ações matriciais do CS, não precisam ser realizadas por equipe e devem ser exclusivas dos centros de saúde. Sugere-se que os auxiliares de enfermagem também realizem suas ações em forma de rodízio, levando em conta sua habilidade e experiência com a ação.

O Serviço Social

As propostas que se seguem foram formuladas, como produto do Curso de Atualização dos Assistentes Sociais, por aqueles que atuam na rede básica e são aqui colocadas para discussão resumidamente (Belo Horizonte, 2004).

É papel do Serviço Social na atenção básica de saúde contribuir com a promoção e consolidação de ações para o enfrentamento das diversas manifestações sociais que interferem nas condições de vida e de saúde das famílias usuárias.

De forma bastante específica, a proposta é que o Serviço Social possa

- qualificar as intervenções do Serviço Social nos CS;
- fortalecer a participação da comunidade no controle social do SUS;
- desenvolver ações, com a equipe interdisciplinar dos CS/ESF, enfatizando os fatores sociais que interferem na saúde da população assistida;
- prestar atendimentos sócio-assistenciais aos usuários e respectivas famílias em situação de vulnerabilidade social, segundo o princípio da integralidade;
- articular a rede de proteção social ao usuário por meio da interface com recursos institucionais, comunitários, ONGs e rede privada;
- desenvolver atividades com os usuários em grupos temáticos.

O Serviço Social se propõe a trabalhar junto com a equipe de SF, na abordagem do público alvo do CS em sua integralidade, abrangendo sua cultura, realidade e inserção no espaço em que vive. Pretende-se, juntamente com toda a equipe do CS, formular diagnóstico situacional, identificando os principais problemas sociais relacionados à saúde-doença da população daquela área de abrangência, o qual pode subsidiar o planejamento de atividades a serem implantadas nos CS, incluindo ações educativas e preventivas.

Partindo do princípio de que o trabalho em grupo é forma eficaz de intervenção, dinamiza o atendimento, permite troca de experiências entre as pessoas, levando

ao aprendizado coletivo e ao reconhecimento de atitudes diferentes frente a problemas comuns, foi proposta a implantação, junto à ESF, de atividades em grupos temáticos para se abordar temas relacionados à promoção da saúde da criança e do adolescente, da mulher, do idoso, como programas de geração de renda, enfatizando também os direitos sociais, previdenciários, trabalhistas e assistenciais dos usuários.

Para os casos que demandam acompanhamento sistemático, pretende-se elaborar um projeto terapêutico que considera a especificidade de cada situação, estabelecendo condutas, procedimentos, discussão de casos e fluxo de encaminhamentos. No que diz respeito ao atendimento e acompanhamento do usuário e familiares, a atuação do assistente social deve se dar em linha de reflexão, esclarecimentos e orientações.

Outra ação que decorre do atendimento sócio-assistencial aos usuários e suas famílias é a elaboração de pareceres sociais, relatórios e outros documentos, de acordo com a demanda dos usuários e de outras instituições. O acompanhamento sistemático do usuário e/ou sua família prevê, também, a articulação com a rede externa para se extrapolar os limites do campo de atuação da saúde, mediante parcerias com outros órgãos públicos, instituições, ONGs, projetos comunitários e serviços sociais. Pretende-se com isso obter informações complementares, potencializar reflexões acerca dos problemas identificados, como também possibilitar a construção coletiva de alternativas para os problemas apresentados pelo usuário. Previstas, também, ações, nos diversos segmentos sociais, que visam à intersetorialidade dos serviços, utilizando-se a referência e a contra-referência social na efetivação das políticas sociais, no apoio à autonomia do usuário e na construção da sua saúde e da sua família.

A Reabilitação

A Reabilitação se define como processo de desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitam a independência e a participação social das pessoas com deficiência, frente à diversidade de condições e necessidades presentes no cotidiano.

O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social, deve ocorrer, prioritariamente, em local mais próximo possível da moradia do usuário, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência, e suas equipes tenham conhecimentos necessários à construção de atenção de qualidade e resolutiva, encaminhando adequadamente os usuários para outros níveis de complexidade, quando se fizer necessário.

Atualmente, a assistência em reabilitação, no município de Belo Horizonte, está, ainda, centrada na atenção secundária (Centro de Reabilitação Sagrada Família – CREAB e Serviços de Reabilitação), e as ações em nível básico estão restritas

aos CS que possuem, isoladamente, algum profissional de reabilitação ou estágios acadêmicos. Além disso, as equipes de Saúde da Família não estão suficientemente capacitadas para a detecção, ações, acompanhamento e encaminhamentos daqueles usuários que necessitam de reabilitação.

Diante da realidade do município e conforme definições governamentais, torna-se urgente a reestruturação da rede de reabilitação, articulando os seus três níveis de assistência e estes com o restante da rede, priorizando o nível básico de atenção, junto às equipes SF, de forma a garantir assistência integral e contínua à pessoa com deficiência e sua família.

A proposta da SMSA é implementar ações de promoção, prevenção e reabilitação na atenção básica, sensibilizando e qualificando as equipes SF, a fim de se manter e/ou melhorar as condições de saúde da população, mediante a criação dos Núcleos de Apoio em Reabilitação (NAR) – equipe formada por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social; e mais, estruturar um NAR por distrito sanitário, sendo que, até o presente momento, apenas o NAR do Distrito Sanitário Barreiro e Norte está implantado (Belo Horizonte, 2004).

Uma vez identificada a população a ter prioridades nas modalidades de ação do NAR – pessoas com deficiências e incapacidades em todos os ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), seus cuidadores e familiares, e pessoas em situação de risco e com alto grau de vulnerabilidade –, as ações desenvolvidas em conjunto com as equipes SF são

- identificação, em conjunto também com a comunidade, do rol de atividades, ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas pela ESF;
- identificação, em conjunto também com a comunidade, do público prioritário para cada uma das ações;
- atuação, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes SF e as do Programa de Atenção Domiciliar (PAD);
- construção coletiva, com vistas a intersectorialidade, de ações que se integram a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, entre outras;
- realização de ações multiprofissionais e transdisciplinares, promovendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas que pressupõem discussões periódicas e entrosamento entre os profissionais na formulação dos projetos terapêuticos;
- avaliação com as equipes SF do impacto das ações implementadas;
- acompanhamento e atendimento de casos, em conjunto com as equipes SF, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.

São ações específicas do NAR:

- realizar diagnóstico, na área adscrita ao distrito, incluindo levantamento dos maiores problemas de saúde que requerem ações de promoção da saúde e prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação;

- desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde em conjunto com as equipes SF, com vistas ao autocuidado;
- realizar ações para prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;
- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, realizando orientação, atividades de promoção à saúde e inclusão social;
- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos de usuários acamados restritos ao leito e/ou domicílio, em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- capacitar, orientar, e dar suporte às ações dos profissionais da equipe SF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS);
- realizar com as equipes SF reuniões periódicas para discussão e elaboração de projetos terapêuticos, estabelecendo condutas conjuntas e complementares;
- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;
- desenvolver ações de reabilitação baseada no saber da comunidade, o que pressupõe valorização de seu potencial e a concepção de que todas as pessoas envolvidas são agentes do processo de reabilitação e inclusão social;
- encaminhar e acompanhar as indicações e concessões de órteses e/ou próteses realizadas por outro nível de atenção à saúde;
- avançar na implementação de práticas que corroboram para a construção do cuidado em saúde, promovendo maior autonomia e responsabilização dos usuários e famílias e fortalecendo a cidadania;
- acolher os usuários que requerem cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento e/ou acompanhamento, de acordo com a demanda da equipe SF;
- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- melhorar a rede de informações a respeito de fluxos e serviços de referência em reabilitação (Centro de Referência em Reabilitação e Hospitais de Reabilitação conveniados e contratados), facilitando e agilizando o encaminhamento/tratamento do usuário, quando não for possível a resolubilidade no nível básico;
- qualificar a Atenção Básica com ênfase na Estratégia SF, ampliando a resolubilidade e avançando na construção da integralidade das ações na atenção à saúde;
- produzir material gráfico (cartilhas, folders) de orientação sobre promoção, prevenção, curiosidades e cuidados com a saúde.

O Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica – PRHOAMA foi implantado em Belo Horizonte, em 1994, como proposta de abordagem inovadora e abrangente aos determinantes do processo saúde-doença na Rede Pública Municipal. Desde então, vem se consolidando como importante alternativa para problemas de saúde, reconhecida tanto por trabalhadores do SUS-BH quanto pela população usuária dos serviços.

Uma das diretrizes do PRHOAMA é implementar essas práticas na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, ampliando as ações junto às equipes de Saúde da Família e de apoio, voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde bem como para a garantia do acesso aos medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e antroposóficos e insumos estratégicos para a MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e Acupuntura.

A possibilidade de integração do PRHOAMA aos projetos prioritários da atenção básica, como o BH Vida–Saúde Integral, oferece nova perspectiva na abordagem de problemas de saúde e amplia as possibilidades de oferta do cuidado aos usuários do SUS-BH.

O PRHOAMA conta hoje com 27 médicos: 9 acupunturistas, 16 homeopatas e 2 antroposóficos e esses profissionais atendem na rede básica – diretriz do Programa que se mostrou acertada no decorrer do trabalho: o paciente tem acesso relativamente fácil ao médico, o que permite o esclarecimento de dúvidas e o atendimento de urgências, condições essenciais à adesão da população a práticas médicas que ainda não estão disponíveis em todos os níveis de atenção, nem ao menos são universalmente conhecidas pelos servidores públicos de saúde.

Também há o atendimento com acupuntura no CREAB (Centro de Reabilitação) da Unidade de Referência Secundária Sagrada Família.

Nesses doze anos de trajetória, o resultado de destaque do Programa é a sua crescente demanda, que, em 1994, primeiro ano do programa, totalizou 604 atendimentos, crescendo para 21.492, em 2005, sendo 60% homeopatia, 34% acupuntura e 6% medicina antroposófica em 2005.

O atendimento no Programa é universal, sem restrição de faixa etária, de nosologia, sendo agendado por demanda espontânea e por encaminhamento de outros profissionais.

O usuário deve ser encaminhado para o atendimento pelos profissionais do CS de sua área de abrangência e informado sobre qual CS deve se dirigir para marcar a consulta com a Guia de Referência devidamente preenchida. A marcação da primeira consulta no CS de referência obedecerá aos critérios do mesmo, onde também serão marcados os retornos.

Como há, ainda, pouco conhecimento geral das bases filosóficas e clínicas dessas práticas terapêuticas propostas pelo Programa, foi desenvolvido um conjunto de materiais informativos: fôlderes de cada uma das práticas e um cartaz direcionados ao usuário, publicação, direcionada aos profissionais, de *Programa de homeopatia, acupuntura e medicina antroposófica – PRHOAMA* que contém bases teóricas e casos clínicos e a publicação virtual periódica *Boletim do PRHOAMA*, disponível em <www.pbh.gov.br>saúde>publicaçõeseeventos> Boletim do PRHOAMA.