

**MARIA CATARINA DA ROSA**

**“PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA NOVA  
ESTRATÉGIA VOLTADA PARA A FAMÍLIA, SOB A ÓTICA  
DOS USUÁRIOS”**

**FLORIANÓPOLIS**

**2001**

"A possibilidade de estar neste mundo é uma coisa maravilhosa, conhecer pessoas, lugares, somos folhas no vento, e tudo passa rápido..."

(Cid Gonçalves)

FLORIANÓPOLIS, 22 DE FEVEREIRO DE 2001

**“PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA NOVA ESTRATÉGIA VOLTADA PARA  
A FAMÍLIA, SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS”**

**MARIA CATARINA DA ROSA**

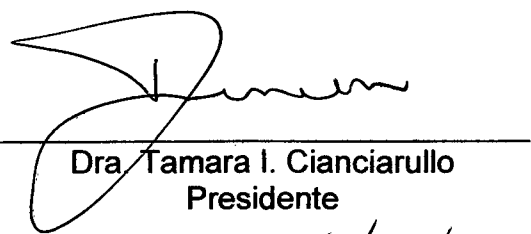
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada na sua versão final em 22 de fevereiro de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

  
Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora PEN/UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

  
Dra. Tamara I. Cianciarullo  
Presidente

  
Dra. Ingrid Elsen  
Membro

  
Dra. Rosane G. Nitschke  
Membro

  
Dda. Coleta R. Althoff  
Membro Extra em Formação

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço!*

*À Deus pelo dom da vida;*

*As famílias e usuários da comunidade, onde realizei este trabalho, por terem me aceito no seu cotidiano;*

*A equipe do Centro de Saúde e os Agentes Comunitários, obrigado pelo carinho e amizade;*

*A Dra. Tamara, por acreditar neste trabalho e por sua orientação;*

*A Dra. Ingrid, eterna mestra, onde tanto aprendi e aprendo sobre família;*

*A Professora Coleta e a Dra. Rosane; pelo trabalho acadêmico voltado à família, obrigado por fazerem parte deste momento em minha caminhada;*

*Aos docentes e funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pela disponibilidade e atenção;*

*As colegas de mestrado, pelas diferenças compartilhadas, principalmente Teresa e Fátima, companheiras de estrada;*

*Ao Secretário Municipal da Saúde da SMS/Fpolis, pela liberação, para esse momento de crescimento profissional;*

*Ao GAPEFAM, pelos conhecimentos compartilhados;*

*Ao meu pai Olívio e minha mãe Maria (in memória), e a Hildinha minha irmã especial que fizeram e fazem tudo valer a pena;*

*Ao Aurélio, você que soube ser mais que um companheiro;*

*A minha família, pelo convívio, com vocês aprendi a brincar e a lutar;*

*A minha irmã Tereza, por ajudar na digitação deste trabalho;*

*A Beca, pela ajuda da apresentação;*

*E a todos, que de alguma forma participaram deste trabalho.*

*Obrigado!*

## RESUMO

O presente trabalho descreve a prática, de uma enfermeira de Saúde Pública, na implantação e implementação do Programa da Saúde da Família, em uma comunidade da grande Florianópolis – SC, tendo como objetivo principal: Descrever como as famílias da comunidade onde atuo, visualizam o processo de implantação e implementação, de um programa de saúde da família, à luz do referencial teórico da Família do GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa na Área da Saúde da Família). O método utilizado foi o da Pesquisa Convergente – Assistencial de Trentini e Paim (1999), que propõe uma articulação entre o conhecimento teórico e a prática, a partir da descrição e da percepção que as famílias e a enfermeira, atores deste cenário tem do Programa da Saúde da Família. A partir deste relato de experiência e discussões espera-se que os profissionais da área da saúde pública, usuários, família e comunidade, discutam os seus problemas vividos e que passem a influenciar as decisões políticas locais e municipais.

## ABSTRACT

In this work, the practice of a Public Health Nurse is described in implanting and implementing the Family Health Program in a community of the greater Florianópolis-SC, the main objective being: To describe how the families in the community, where the author works, see the process of implementing and implanting a family health program under the family theoretical reference basis of the GAPEFAM (Group of Assistance and Research in the Family Health Area). Trentini & Paim's (1999) Convergent Assistance Research method was employed, proposing an articulation between theory and practice, based on the description and perception families and Nurses, actors in this stage, have of the Family Health Program. From this report of experience and debates, it is hoped the professionals engaged on the area of public health, users, family and community, debate their lived problems and then start to influence local and municipal political decisions.

Key words: Family Health Program; Public Health; Nursing.

# SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1. A QUESTÃO NORTEADORA.....	18
1.2. O OBJETIVO.....	22
<b>2. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>24</b>
2.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	24
2.2. A SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.....	40
2.3. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO: EM NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL E MUNICIPAL.....	44
2.3.1. <i>Nível Nacional</i> .....	44
2.3.2. <i>Nível Estadual</i> .....	49
2.3.3. <i>Nível Municipal</i> .....	51
2.4. CONHECENDO UM POUCO DA REALIDADE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.....	52
2.4.1. <i>Conhecendo um pouco da realidade da comunidade estudada</i> .....	60
2.5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA.....	63
<b>3. O REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>69</b>
3.1. PRESSUPOSTOS.....	70
3.2. PRINCÍPIOS.....	71
3.3. CONCEITOS UTILIZADOS.....	72
<i>SER HUMANO</i> .....	72
<i>FAMÍLIA SAUDÁVEL</i> .....	74
<i>SAÚDE</i> .....	75
<i>CIDADANIA</i> .....	76
<i>CONTROLE SOCIAL</i> .....	77
<b>4. RELATANDO A EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>80</b>
4.1. METODOLOGIA.....	80
4.2. PRIMEIRA ETAPA.....	85
4.2.1. <i>Descrevendo e Desenvolvendo Projetos na Comunidade</i> .....	85
4.2.2. <i>Analisando as condições da comunidade no período anterior à implantação do PSF, a luz do Referencial Teórico e da visão dos usuários</i> .....	86
4.3. A SEGUNDA ETAPA.....	89
4.3.1. <i>Introduzindo o Programa de Saúde da Família</i> .....	89
4.3.2. <i>Implantação e Implementação do PSF na Comunidade</i> .....	93



4.3.3. <i>Relacionando o Processo da implantação do PSF, como Referencial Teórico</i> .....	97
4.4. TERCEIRA ETAPA .....	100
4.4.1. <i>Analisando a Implantação e Implementação do PSF, através de suas ações na comunidade</i> .....	100
4.4.2. <i>Relacionando o Processo de Avaliação dos Usuários referente a</i> .....	103
4.4.2. <i>Implantação e Implementação do PSF, na comunidade, com o Referencial Teórico</i> .....	104
<b>5. CONSIDERAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO TRABALHO</b> .....	<b>115</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>123</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>130</b>

## RELAÇÃO DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
APS – Atenção Primária a Saúde  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CAPRON – Centro de Promoção e Apoio ao Migrante  
CASAN – Companhia Catarinense de Água e Saneamento  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CLS – Conselho Local de Saúde  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
COHAB – Companhia de Habitação  
CONASS – Conselho Estadual de Secretários da Saúde  
CONASEMS – Conselho Municipais de Secretários da Saúde  
CONASP – Conselho Nacional de Administração de Saúde Pública  
CSI – Centro de Saúde I  
CSII – Centro de Saúde II  
DAC – Divisão de Ação Comunitária do Continente  
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais  
DNS – Departamento Nacional de Saúde  
DST – AIDS – Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
GAPEFAM/UFSC – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família - UFSC  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPUF – Instituto de Planejamento e Urbanização de Florianópolis  
LOS – Leis Orgânicas da Saúde  
MS - Ministério da Saúde  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPS – Organização Pan – Americana de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAB – Piso Atenção Básica  
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIAB – Sistema Informação Atenção Básica  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
SINAM – Sistema de Informação de Doenças Notificação Compulsória  
SINASC – Sistema Informação Nascidos Vivos  
SISVAN – Programa de Vigilância Nutricional  
SMS – Secretária Municipal da Saúde  
SMSDS – Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
USP – Universidade de São Paulo

"Tens como Hamlet, o pavor do desconhecido? mas o que é conhecido? o que é que tu conheces, para que chames desconhecido a qualquer coisa em especial?"

(Álvaro de Campos)

## 1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi elaborado, para a dissertação de mestrado do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Tem o propósito, de relatar a experiência vivida na implantação e implementação do Programa Saúde da Família - PSF, do Ministério da Saúde - MS, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, do Município de Florianópolis.

Iniciei minha trajetória profissional participando como bolsista de um Grupo de Assistência, Pesquisa voltado à Saúde da Família – Gapefam. Graduei-me em 1993, continuando a fazer parte deste grupo de pesquisa e trabalhando também, em hospital. Este período foi angustiante para mim pois limitava a possibilidade de atuar junto as famílias. No espaço hospitalar a família vinha fragmentada, e não se podia durante o curto período de internação das crianças, na Emergência Pediátrica conhecer a realidade das famílias, suas crenças, seus valores e sua qualidade de vida. Eu, orientava, as mães em relação ao cuidado de seus filhos mas não percebia que muitas vezes elas concordavam com as orientações recebidas, porém não as praticavam. Muitas retornavam ao hospital com os mesmos problemas.

No decorrer da minha vivência como bolsista do GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família) e ao fazer especialização na Área da Saúde da Família, curso este oferecido pelo Departamento de Enfermagem da UFSC, comecei a mudar minha maneira de trabalhar com as mães das crianças internadas. Em 1995, tive a oportunidade de participar do concurso para a seleção do Programa Saúde da Família, a ser

implantado no município de Florianópolis, sendo aprovada.

Comecei a atuar em Fevereiro de 1996, coincidentemente na mesma comunidade onde participara como bolsista do GAPEFAM por um período de quase quatro anos, em projetos na escola com adolescentes, crianças, pais e professores, com famílias migrantes e com grupos voltados a trabalhos educativos, entre outros.

Estou há quase cinco anos, trabalhando com a Saúde da Família e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), e me sinto realizada pois muitas vezes consegui colocar em prática tudo o que aprendi, durante as atividades desenvolvidas no grupo de pesquisa, e nos cursos de especialização dos quais participei, incluindo o de Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes, oferecida pela USP – Universidade de São Paulo.

A área da Saúde/Família/Comunidade, me traz satisfação pessoal por focar a família como uma unidade, inserida dentro de um contexto comunitário, e em suas relações sociais, culturais, ambientais e políticas, sendo considerado um dos mais importantes campos de trabalho do setor saúde na atualidade.

Para contextualizar este trabalho, inicio a apresentação da questão norteadora e do objetivo, seguido da revisão da literatura referente ao panorama histórico das Políticas de Saúde no Brasil, e abordo dentro deste contexto a importância do processo de implantação do Programa da Saúde da Família em nível Nacional, Estadual e Municipal, e da revisão de literatura voltada a assistência de Enfermagem à Família. Em seguida apresento o referencial teórico voltado para a saúde da família e o percurso metodológico denominado "Relatando a Experiência", apresentado em tres momentos: Descrevendo e Desenvolvendo projetos na comunidade; Introduzindo o Programa Saúde da Família e Analisando o PSF na Comunidade. Encerro o trabalho com as conclusões as considerações finais e as implicações desta prática.

Penso que, promover a atenção básica à saúde implica, antes de tudo, um envolvimento comunitário, formando uma parceria em que todos assumem responsabilidades pela própria saúde. Requer do profissional alguns princípios como reconhecer que a melhoria de vida não depende apenas dos serviços de saúde prestados, mas que perpassa pela educação, políticas públicas, condições de vida da população, entre outros aspectos. O papel do profissional não é, o de dirigir as ações de saúde mas sim dar apoio técnico, criando redes de parcerias, de organização e de ações coletivas além de reconhecer que a ação comunitária só tem sentido quando os próprios membros da comunidade determinam suas prioridades e concebem suas estratégias de ação, assegurando sua conquista no contexto dos direitos sociais.

Para assegurar esta conquista, várias propostas de mudanças inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, têm sido esboçadas ao longo do tempo, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Essas iniciativas, entretanto, apresentam avanços e retrocessos, e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial. Nessa perspectiva, surgem situações contraditórias, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo, eficaz e eficiente.

A exigência de um novo modelo se faz também pela necessidade de resolução dos problemas de saúde da população, surge então em 1994 a estratégia do Programa Saúde da Família. Com a perspectiva de um trabalho voltado para as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com o propósito de colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização da saúde, implementando seus princípios básicos: universalização, equidade, integralidade e a participação da comunidade.

No caso do PSF, por suas características prioritárias de reestruturação do modelo assistencial dominante, ele é parte integrante do Sistema de Saúde Local,

tendo como objetivo e elegendo como estratégia, além da já referida ampliação do horizonte de compreensão dos vários elementos relacionados ao processo saúde/doença, o aprofundamento dos laços de compromisso e responsabilidade entre instituições, profissionais de saúde e população.

Entendo que o Sistema de Saúde Local ou a Unidade de Saúde é a “porta de entrada” do sistema e considero que, para um efetivo funcionamento do PSF, baseado na atenção básica de saúde, ele precisa de políticas municipais para assegurar o suporte aos demais níveis de assistência à saúde. A ação sobre esse espaço de atendimento no sistema local de saúde é um desafio a um olhar técnico e político mais ousado, que abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde, enraizando-se na vida social a partir do espaço/domicílio, exigindo a participação da equipe, desencadeando resultados concretos no cotidiano da população atendida.

Devido a esta realidade, torna-se urgente trabalhar os aspectos políticos administrativos no processo de implantação e implementação do PSF, as possibilidades e limites para a sua viabilização em uma comunidade de baixa renda, no espaço estratégico do domicílio/comunidade. Com isso são valorizadas várias dimensões, como os horizontes históricos e geográficos dos diversos grupos, a cultura e tudo aquilo que torna significativa à relação social das famílias na comunidade.

Trabalhar com a família, na tentativa de apoiá-la e fortalecê-la em seu cotidiano, por meio de políticas de atendimento, é o grande desafio. O envolvimento com a família nos momentos de cuidado, das entrevistas, reuniões, visitas domiciliares, trabalhos em grupos, aprofundam o significado da cultura e da realidade familiar, sendo possível a introdução de valores mais democráticos, através dos diálogos, da postura de transparência nas ações, do espaço de discussão sem censura em todos os aspectos do cotidiano de suas vidas.

Apresento a seguir a questão norteadora e o objetivo, para esta prática no



cuidado com famílias na comunidade.

### 1.1. A Questão Norteadora

Apesar da família ter sofrido e ainda sofrer profundas mudanças, tanto em sua estrutura, quanto em suas funções, devido à uma nova compreensão das relações intra e extra familiares, às mudanças políticas e econômicas e à existência ou superposição de vários modelos familiares, a família continua sendo o foco de cuidado e promoção da saúde de seus membros, para muitos autores.

Elsen (1994, pg. 32), afirma que

a unidade familiar é a instituição que cuida da saúde dos indivíduos, em sentido amplo de cuidar, de dar carinho, comida, moradia, segurança, a família ainda é a referência de seus membros, tendo sempre alguém ali que o acolhe.

No Brasil, outros aspectos contribuíram para a valorização da família, como a migração acentuada pelas condições de pobreza das regiões menos favorecidas, desagregando famílias; o aparecimento das crianças de rua, das famílias sem teto e de movimentos de mulheres foram trazendo para o cenário das políticas públicas a discussão do papel das famílias no enfrentamento das situações de risco. Por outro lado, a falta de iniciativas bem organizadas e estruturadas, fundamentadas nas crenças e valores das comunidades atendidas pelos serviços de saúde, provocam um distanciamento importante entre o que a comunidade deseja e o que obtém dos serviços de saúde.

Considerando a importância da família no âmbito da saúde, da educação, e dos aspectos sociais, econômicos e políticos, pode-se apontar algumas razões para que esta seja a unidade de assistência à saúde.

A família, enquanto forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento sócio-econômico e pelo

impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais.

O serviço público é a única opção de atendimento à saúde que a grande maioria da comunidade dispõe e é necessário um esforço coletivo da população para que esse serviço se transforme qualitativamente e contribua para melhores condições de vida da família/comunidade.

Compreendo ser necessário situar historicamente a questão pois, Jardonovski e Guimarães (1994, p.14), colocam que

A saúde atualmente pode ser entendida como a representação de uma complexa construção social desenvolvida ao longo de uma história cheia de interesses conflitantes que cristalizaram o predomínio da saúde enquanto valor individual em detrimento da saúde compreendida como valor coletivo.

Falar em saúde implica, portanto, numa indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais, que no entender do Ministério da Saúde (1994, p.132),

... é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população. É a necessidade básica do direito à cidadania, direitos sociais dos brasileiros a: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade, assistência aos desamparados através de uma política social concreta...

Quando se fala em saúde não se pode reduzi-la ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas e curativas, devendo expressar a qualidade de vida da população, refletiu as suas condições objetivas de vida, que tem sua origem num patamar transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos.

Devido a isto, o Programa de Saúde da Família constitui uma estratégia inovadora no cenário dos serviços de saúde, que prioriza as ações de promoção,

proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma integral e contínua. Desde 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas - ONU como o Ano Internacional da Família, o PSF foi iniciado, formando as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. O objetivo deste Programa, transformado em estratégia, é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios.

Espera-se que o PSF contribua para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, proporcionando à população melhoria na qualidade de vida, como preconizam suas normas.

Em 1996 foi implantado no município de Florianópolis o Programa da Saúde da Família, inicialmente nos bairros do Monte Cristo e Vila Aparecida, e a seguir ampliado para o Balneário de Ingleses e Tapera já no final de 1996.

Conforme, Relatório da Gestão do município, de 1999, Florianópolis conta com uma população de 273.528 habitantes, distribuídos na área urbana e rural. Como centro administrativo e político de Santa Catarina, tem atraído um contingente populacional oriundo das demais regiões do Estado e do país, que vêm em busca de melhores condições de vida. Entretanto, esta demanda social tem engrossado a população que vive na periferia da cidade, em áreas com condições precárias de infra-estrutura básica, acrescida de população nativa, agredida pelo crescente processo de pauperização. Na área continental de Florianópolis, existem aproximadamente 18 comunidades que tem como perfil, as precárias condições de vida no que se refere a habitação, saneamento, pavimentação, coleta de lixo, iluminação pública, educação, saúde, mínimas condições de infra-estrutura e acesso aos serviços básicos. Toda esta situação, afeta diretamente a saúde das famílias, gerando um quadro de problemas de saúde e problemas sociais, diversificados e reincidentes, (fonte Relatório da Gestão do Município de Florianópolis, em 1999).

Para se obter um diagnóstico do município de Florianópolis, foram

realizadas oficinas de descentralização e de territorialização e criadas as regionais de saúde, pelo planejamento local da Secretaria Municipal da Saúde, em 1995, contribuindo para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, buscando a atenção de boa qualidade e a participação popular da comunidade na construção do setor de saúde, que aponte para um novo paradigma: a qualidade de vida.

Com a implantação do Programa Saúde da Família, confirmou a possibilidade de consolidação do modelo de vigilância à saúde na rede básica, com importante ampliação da cobertura assistencial, aprofundamento da participação social e superação da dicotomia preventivo – curativo, ampliada para toda a rede municipal de saúde.

A meta é contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, visando a integração das ações entre os diversos profissionais e sua articulação com as reais demandas e necessidades da comunidade, voltado para a participação popular, como afirma Takashima (1994),

...parece ser o novo desafio que o PSF nos traz. Resta saber como chegar lá. Trazer para este cenário novos critérios redirecionados para as práticas vinculadas à Saúde da Família, sem perder de vista os outros programas já em vigor e sedimentados...

A mudança do paradigma assistencial proposta pelo PSF, está posta exatamente no deslocamento da doença como objeto privilegiado da atenção médica. A equipe de saúde, com o instrumental agora disponibilizado pela organização das unidades de saúde que contarão com o PSF, poderá direcionar-se para a saúde em seu conceito mais amplo como objeto de trabalho. Para tal, o cadastro familiar, a visita domiciliar, o reconhecimento das condições de vida da família/comunidade, a identificação das micro - áreas de risco dentro do território da Unidade de Saúde, as técnicas de formação de grupos para educação em saúde, as consultas coletivas, o controle de faltosos em atividades de imunização, o cuidado com o recém-nascido, com crianças, com a mãe, com a gestante e a

formação de conselhos locais de saúde buscando a participação comunitária, deverá ser assumida pela equipe de saúde a partir do diagnóstico da comunidade e da sua valorização, como problema de saúde.

O PSF deve ser entendido, como uma estratégia capaz, de um reordenamento e que tem um reflexo em todo o sistema de atenção nos serviços da rede básica tradicional, porém, assumindo o desafio de assegurar os princípios preconizados pelo SUS, buscando entre os profissionais e a população o reconhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades e a mudança de atitudes.

Devido a estas questões, tenho como indagação para este trabalho a seguinte questão norteadora: **Como as famílias da comunidade onde atuo, visualizam o processo de implantação e implementação do Programa de Saúde da Família?** Para o qual busco a resposta, neste trabalho.

## **1.2. O Objetivo**

Descrever como as famílias de uma comunidade, visualizam o processo de implantação e implementação de um programa de saúde da família, à luz do referencial teórico do Gapefam.

" O comprometimento é o que transforma  
a promessa em realidade"

(Tom Chung)

## **2. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Neste capítulo, foram desenvolvidos quatro tópicos, para se ter uma visão histórica das políticas de saúde no Brasil, chegando ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa da Saúde da Família, levando ao cuidado da família na comunidade. Assim, apresento: Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil; A Saúde da Família: Estratégia de Organização a Atenção Primária da Saúde; Programa Saúde da Família e o seu Processo de Implantação em nível Nacional, Estadual e Municipal e Assistência de Enfermagem à Família.

### **2.1. Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil**

A análise histórica das políticas de saúde no Brasil, neste século, pressupõe primeiro entendê-la no bojo das políticas sociais do país, que expressam o jogo dos interesses da sociedade: de um lado a emergência das necessidades da população e de outro, a intervenção do Estado, criando estratégias de ações em resposta a essas necessidades. Nesse jogo, destacam-se os movimentos políticos e econômicos, marcando avanços e retrocessos no estabelecimento de políticas, conforme o movimento histórico, utilizo os seguintes autores: Mendes (1996), Werneck (1987), Xavier (1988), Luz (1979), Cohn e Elias (1996), Braga e Paula (1981), Neto (1991), Luchese (1996), Carvalho e Giovanella (1992), Ortiga (1999), Gerschman (1995), para melhor entender a atual Política de Saúde brasileira.

Mendes (1996) retrata que, neste século, houve mudanças no modelo de saúde brasileiro, consideradas de grande importância, para as atuais formas de

cuidar da saúde da população. Neste processo, o sistema de saúde, foi sendo modificado do modelo sanitarista/campanhista, passando para o modelo médico/assistencial privatista, até chegar, ao final dos anos 80, ao modelo hoje vigente, ou seja, o Sistema Único de Saúde.

Considerando os diferentes períodos históricos da vida política brasileira, apresentarei um breve resgate das políticas de saúde no Brasil do início da década de 20. Essa retrospectiva se faz necessária, para entendermos melhor as políticas de saúde nos anos 80 – 90. O conteúdo que irei abordar tem como objetivo, demonstrar claramente que até o ano da implantação do PSF em 1994 a política de saúde Brasileira, não havia nenhuma referência à família, aparecendo somente na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 em seus artigos 226<sup>1</sup> e 227.<sup>2</sup>

A década de 20 no Brasil foi um período bastante importante no que diz respeito à saúde e à educação. Nesta época, surgiu o movimento sanitarista, bem como o movimento pela escola nova, fazendo com que a educação e a saúde ganhassem grande importância. A luta pelo ensino universal e gratuito se somou à luta pela universalização dos Centros de Saúde, de serviços preventivos sob a responsabilidade do Estado (Werneck, 1987).

De acordo com Xavier (1988), o movimento sanitário brasileiro teve seu início na década de 20 com a criação do primeiro órgão nacional responsável pela Política de Saúde, o Departamento de Saúde Pública, dirigido por Carlos Chagas (Decreto 15.003 de 1921) que segundo Luz (1979:56)

... oficializa e dá uma primeira organização às prioridades em atenção

---

1 Art 226 – A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

2 Art. 227 – É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescentes, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.



médica, torna-se possível a expansão estatal dos serviços de atenção médica curativa... e amplia-se o grau de decisão e interferência do Estado nas questões de higiene da população...

Em 1930, organiza o Ministério de Educação e Saúde, já que, até então, a saúde estava no âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A seguir, conforme coloca Luz (1979), são ampliados os serviços de saúde e há um esforço do Governo Federal no combate às endemias rurais e proteção à maternidade e à infância.

Assim, ao longo dos anos 30, surge uma política de saúde organizada, que previa dois setores: um de saúde pública e outro de medicina previdenciária. A medicina previdenciária constituiu-se pela criação dos Institutos de Seguridade Social e pelo Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, mas continuavam existindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs. Nos institutos, a diferença é que não existem mais vínculo por empresas, mas eles são estabelecidos por categorias profissionais, tendo em ambos, a finalidade de propiciar benefícios aos trabalhadores como aposentadorias, pensões e plano de assistência médica (Cohn, 1996).

No início dos anos 40, com a intensificação da industrialização e da urbanização, ocorreu, simultaneamente, um crescimento considerável da rede previdenciária e um aumento nos gastos com a assistência médica nesse setor. Com o processo de industrialização desencadeado, logo surgem os problemas decorrentes da urbanização acelerada e das precárias condições de vida e de saúde de um grande contingente de trabalhadores, evidenciando a necessidade de políticas sociais aderentes a esta realidade. Já na área de saúde pública, em 1942, surge o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, para o desenvolvimento de ações médico - sanitárias na região amazônica, com o intuito de garantir a produção de borracha para fins da indústria da guerra.

No período de 50 começa o fortalecimento da política previdenciária baseada na “doutrina do bem estar social, difundida em grande parte do mundo,

principalmente em países subjugados política e economicamente pelos Estados Unidos da América do Norte” (COHN, 1996).

Ainda, em 1956, foi criado, o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, tendo como função o controle dos serviços de combate às enfermidades endêmicas, serviços esses prestados antes pelo Departamento Nacional de Saúde – DNS, complementando a estruturação dos organismos da Saúde Pública da época. (MENDES, 1996).

No período de 1960 a 1964 articulam-se programas de âmbito internacional, integrando instituições nacionais e internacionais, como o Ministério da Saúde – MS e Organização Mundial de Saúde – OMS. Em 1963, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde, com o tema: Implementação do Sistema único de Saúde, descentralização e municipalização; gestão pública e privada; recursos humanos e modelo assistencial. Naquela época, já existia a idéia de unificação do sistema e a mudança do modelo. (Relatório da VIII Conferência de Saúde, 1988).

Em 1966, ocorre a unificação do sistema previdenciário com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que prioriza a contratação de serviços médicos pela Previdência Social levando a uma maior intervenção do Estado e gerando a uniformização dos benefícios. Através do decreto Lei número 200, de 1967, atribuí-se ao Ministério da Saúde a função de formular a política nacional de saúde, conflitando, no entanto, com um orçamento precário e decadente. O processo de concentração econômica do INPS, foi idealizado pelo governo, pois se realizava a soma de recursos dos IAPs, elevação da contribuição dos empregados e empregadores, havendo em contrapartida a ampliação do número de previdenciários, consequência da acelerada industrialização e urbanização ocorrida neste período. (BRAGA E PAULA, 1981).

Neste período o INPS, chega a ser o segundo orçamento da União, sendo que as principais características do modelo médico assistencial privatista, foram: extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da

população urbana e rural; o privilegiamento da prática médica curativa, assistencialista especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, por meio da intervenção do Estado, de um complexo médico – industrial, desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capacitação da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços (MENDES, 1996).

Com isso, o setor de Saúde Pública atingiu sua estrutura definitiva, no entanto, não estava, em nenhum momento, entre as opções prioritárias da política de gastos do governo, devido à concentração de recursos para o processo de industrialização. Em decorrência disso, os serviços de saúde pública passaram por momentos difíceis, comprometendo o atendimento à população.

A partir da década de 70, o chamado “*Movimento Sanitário*” começou a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre o Sistema de Saúde. Caracterizava-se tal movimento, não apenas por fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos envolvidos, mas também houve propostas para resgatar a atenção primária em saúde, através de discussões da transformação do Sistema de Saúde. Ampliou-se, com a adesão de parlamentares, lideranças políticas, movimentos sindicais e populares, envolvendo, inclusive, técnicos das instituições oficiais de saúde e promovendo debates para a divulgação de suas idéias (COHN, 1996).

Esse modelo de saúde, em que se privilegia a saúde curativa em detrimento da saúde preventiva, traz conseqüências nefastas para a grande maioria da população, além de explicitar seu caráter ideológico que prefere, como fala Luz (1979:60), “...*manter as relações mais estreitas com o setor produtivo, com indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares...*”, acrescentando:

...as ações de saúde do Ministério da Previdência e particularmente do Instituto Nacional de Previdência Social, se realizam, quanto a gastos, em mais de 90% através do setor privado...

Segundo Mendes (1996), em 1979, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS e o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP. Este plano, que teve como alvo principal a integração das ações de saúde, o qual propôs as Ações Integradas de Saúde – AIS, com o objetivo de evitar ações paralelas e simultâneas desenvolvidas pelas instituições de saúde. Com as AIS, ocorreu a unificação dos recursos e serviços de saúde, o atendimento à população foi planejada para ser de acordo com suas reais necessidades, diagnosticadas através de critérios sociais e epidemiológicos, estabelecendo a hierarquização, a descentralização e a universalização.

Ampliaram-se os debates e a produção teórica nos congressos e encontros de saúde pública. Outro marco conceitual importante foi a conferência de Alma Ata, cidade da antiga União Soviética, onde aconteceu em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, estabelecendo como meta “Saúde para todos até o ano 2000”. Com esta conferência surge então a APS - Atenção Primária à Saúde, como forma de resolver os problemas de saúde, buscando responder uma área dos problemas sociais vividos pela população (OMS/UNICEF 1978).

O I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, organizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES e pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados discutiu publicamente, em 1979, a proposta de reorganização do sistema. As conclusões desse seminário ressaltaram que as modificações procuradas na política nacional de saúde somente seriam realizáveis, na medida em que diferentes setores da sociedade se fizessem representar, através de suas organizações próprias e, especialmente, nos níveis decisórios do sistema de saúde (COHN, 1996).

Entretanto, as propostas do movimento sanitário não conseguiram alterar significativamente os padrões de produção de serviços de saúde, predominando a produção privada e o enfoque medicalizante. Para romper esta lógica, apostou-se

na construção de um modelo que buscasse novos conceitos de saúde e doença, a partir da realidade social das populações, principalmente no aumento do controle social das forças organizadas da sociedade, em nível setorial.

No final da década de 70, os movimentos sociais levaram o governo a propor políticas sociais que atendessem aos movimentos por meio de programas sociais. As políticas sociais, foram marcadas também pela crise, identificada como crise do próprio regime político autoritário e pela reorganização do país, em direção a um Estado de direito, como momento de redemocratização.

Mendes (1996), coloca que os primeiros anos da década de 80 foram marcados por ações efetivas para a mudança do modelo vigente. Como exemplo temos o Ante- Projeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, que apresentava três objetivos explícitos:

- 1) Estender a cobertura de serviços básicos de saúde a toda população;
- 2) Reorganizar o setor público de saúde, pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, o que deveria implicar na redução dos custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis;
- 3) Promover a melhoria das condições gerais do ambiente com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento de água e em medidas sanitárias necessárias ao controle parasitário.

Para Neto (1991), O PREV-SAÚDE serviu de base, em 1982, para a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP. Com esse novo plano, a intenção foi de provocar uma reversão gradual do modelo médico – assistencial, através de uma de suas linhas de ação, o Programa de Ações integradas de Saúde – PAIS.

O PAIS surgiu com o propósito de integrar e unificar os serviços de saúde do setor público, tendo como diretrizes a integração interinstitucional, a integralidade das ações de saúde e a definição de mecanismos de referência e contra - referência, além da descentralização dos processos administrativos e decisórios.

O PAIS evoluiu, e foi transformado em diretriz política, o que ocorre, primeiramente, com o abandono da terminologia programa, transformando-se na estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS, considerada, como um passo importante para a integração institucional, necessária para a viabilização da reforma.

Essa estratégia caracterizava-se pela tentativa de gestão e programação conjunta das três esferas de governo. No período de 1984 a 1987, as AIS viabilizaram a expansão da capacidade instalada da rede ambulatorial pública, mas acabaram se transformando, também, em compra de serviços públicos de estados e municípios, estimulando no setor público a produção de uma assistência médica individual, em detrimento das ações coletivas que já eram precárias (LUCHESE, 1996).

Nesta época, o Movimento Sanitário Brasileiro começava a destacar-se na luta pela transformação do sistema vigente, procurando discutir as relações entre saúde/sociedade e saúde/Estado, assim como denunciar a mercantilização da saúde no Brasil.

É nesse contexto sócio – político que ocorre em Brasília, de 17 a 20 de Março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação da sociedade. Foi o ponto alto da articulação entre os profissionais da saúde e a população, tendo como temática o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor em um Sistema Único de Saúde – SUS. A VIII Conferência marca a expressão “*Reforma Sanitária*” como bandeira de luta dos setores progressistas da sociedade.

Esta conferência analisou os seguintes pontos básicos relacionados com o setor saúde, ou seja, saúde como direito de todos e dever do Estado, reorganização dos sistema de saúde e de seu financiamento. Ainda obteve encaminhamentos em dois aspectos de trabalhos técnicos, pois na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, sua doutrina, constitui-se em instrumento que influenciaria de forma determinante, dois processos que se iniciaram, simultaneamente em 1987; ou seja, no Executivo, houve a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; e no Congresso nacional, a elaboração da nova Constituição Federal (Mendes, 1996).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, concretizou as propostas oriundas do debate democrático, possibilitando aos representantes da sociedade civil organizada, técnicos, intelectuais, profissionais de saúde, políticos e representantes de todas as classes, chegar ao consenso da necessidade urgente de uma ampla e inegável reforma sanitária no país (Luchese, 1996).

Segundo Neto (1991), embora tenha representado um marco importante para o avanço de uma proposta comum aos setores que defendiam a perspectiva da seguridade social, as resoluções aprovadas na VIII Conferência pouco foram implementadas na prática. Foi enfrentando dificuldades para por em prática as definições do Sistema idealizado, a partir da redefinição das relações e responsabilidades entre municípios, estados e federação, que o SUDS avançou para a descentralização estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços.

Portanto, segundo o Ministério da Saúde, a Reforma Sanitária, aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde, é o conjunto de propostas que tem por objetivo mudanças nos aspectos que determinam o estado de saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, tais como: emprego, habitação, educação, alimentação, serviços de saúde, saneamento básico, condições de trabalho, lazer, etc. É também o nome dado ao movimento que reúne parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, além de profissionais de saúde, na luta pela

melhoria da saúde do povo brasileiro.

A Constituição de 1988, contém princípios, conceitos e diretrizes, consagrando a conquista do movimento sanitário. Reconheceu e incorporou as aspirações da população brasileira de construir uma sociedade mais justa, menos desigual, com uma única categoria, a de cidadão brasileiro. Os direitos sociais e a seguridade social (onde a saúde está incluída), inscritos no texto constitucional são o alicerce para a construção dessa sociedade, confirmados em 1989 pela Constituição do Estado de Santa Catarina (Brasil/Constituição de 1988).

A Constituição aprovada em 1988, resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado, posteriormente, pelas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, número 8.080/90<sup>3</sup> de 19/09/90 e número 8.142/90<sup>4</sup> de 28/12/1990, instituído nos artigos 196 e 200, no capítulo II da Seguridade Social.

O conceito ampliado de saúde, consolidou-se então, com a promulgação da Carta Magna, o SUS, com diretrizes de universalidade<sup>5</sup>, integralidade<sup>6</sup> e equidade<sup>7</sup> no atendimento; direito à informação sobre sua saúde; a participação

---

<sup>3</sup> A Lei 8.080/90 dispõe sobre os princípios do SUS, ou seja, universalidade, integralidade e igualdade de assistência, direito a informação, participação da comunidade no controle e avaliação dos recursos investidos, descentralização político-administrativo das ações de saúde, organização dos serviços para evitar duplicidade das ações, dispondo, também, sobre os recursos para o financiamento das atividades a serem desenvolvidas.

<sup>4</sup> A Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, nas conferências e conselhos de saúde. Ela complementa a anterior quando refere à participação da comunidade no sistema de saúde, garantindo assim sua participação em todos os níveis de gestão.

<sup>5</sup> Universalidade – um dos princípios doutrinários do SUS, significa que o Sistema deve garantir a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Todo cidadão tem direito ao acesso a todos os tipos de serviços públicos de saúde, estando incluídos tanto serviços estatais como os privados, conveniados ou contratados pelo SUS.

<sup>6</sup> Integralidade – um dos princípios doutrinários do SUS, roga que, o Sistema considere o todo, intervenha no todo. Cada cidadão seja percebido como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, num meio ambiente.

<sup>7</sup> Equidade – um dos princípios doutrinários do SUS, todo indivíduo é igual perante o SUS, e deve ser atendido conforme suas necessidades, com o importante fator de que as diferenças são consideradas.



popular; com descentralização<sup>8</sup> e hierarquização de suas ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, segundo Carvalho e Giovanella (1992).

No final de 1980, o governo é obrigado a reconhecer o esgotamento do modelo de assistência médica, isto que não tinha como se sustentar financeiramente. Isto significou a transferência da união para os estados e municípios de atribuições e ou responsabilidades com pessoal, equipamentos e prédios, num esforço e prática de descentralização.

O processo de descentralização é efetivado para transferir para o município a responsabilidade da resolução de seus problemas de saúde, em âmbito local, capacitando-o para que junto com seus usuários possa definir as ações e atividades que devam ser realizadas para resolver os fatores de risco de adoecer encontrados em cada região. Acredita-se com isto que a administração do município será mais ágil para resolver os problemas locais, pois, sendo gestor dos recursos correspondente a saúde da população, sua aplicação será de acordo com a realidade e a necessidade local (MENDES 1996).

A decisão das autoridades, em assumir compromissos vem acompanhada da cobrança de retorno, ou seja, maior oferta de serviços e satisfação da população e assim, apresentam-se desafios de produtividade e qualidade nos serviços de saúde. O processo de descentralização dos Serviços de Saúde tem resultado em expressiva ampliação da rede de estabelecimentos básicos de saúde sob responsabilidade das administrações locais das prefeituras municipais.

Diante deste desafio, o Ministério da Saúde, criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O governo brasileiro, enfrentando inúmeros

---

<sup>8</sup> Descentralização - refere-se ao processo de transferência de um nível de governo para outro, ou seja do nível federal para o estadual e o municipal, trata-se de transferir poder de decisão e recursos necessários para que as ações possam ser desenvolvidas (Ortiga,1999).

casos de cólera na região do nordeste do País, necessitava de recursos humanos de saúde para o controle e combate a doença. Após esta experiência, passou a cobertura do PACS do nordeste para todo o território brasileiro, tendo como objetivo central incorporar ao SUS agentes comunitários de saúde – ACS, para desenvolver ações básicas de saúde<sup>9</sup>, a partir de planejamento local/comunitário, onde é a base de todo o programa, sob a supervisão de um enfermeiro supervisor. O ACS é o elo de ligação entre a população e os serviços de saúde e principalmente o aliado para a melhor efetivação da saúde da população, contribuindo, assim com a comunidade, no processo de aprender e ensinar à cuidar da sua própria saúde.

Nesse contexto surge em 1994, a proposta do Programa de Saúde da Família – PSF, com normas e diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, que tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Com o sucesso alcançado pelo PACS, o Ministério da Saúde ao lançar o Programa Saúde da Família, coloca como propósito

Promover o acesso à saúde de milhões de Brasileiros, os quais estão excluídos do processo, expostos a maior risco de adoecer e morrer, portanto, necessitam de oportunidades na promoção da saúde, construção da cidadania, oportunizando melhor condições de vida (MS, Programas...,1993).

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da

---

<sup>9</sup> Ações Básicas de Saúde: cadastrar as famílias de sua área de atuação; identificar fatores determinantes do processo saúde/doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde; planejar as ações; estimular à participação popular; informar as unidades básicas a que está vinculado, os problemas detectados; realizar visitas domiciliares; reuniões de grupos; acompanhar a evolução de gestantes e nutrizes; crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos; orientar a população sobre a utilização dos serviços de saúde(MS, Programas..., 1993).

mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, onde irei apresentar a seguir, pois é a base deste trabalho, a forma de atuação do PSF, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Não esquecendo de colocar também, que em Agosto de 1992, realizou-se, em Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema central "*Saúde: Municipalização é o Caminho*", foi um evento de avaliação da situação de saúde do Brasil e de propostas para formulação de diretrizes da Política de Saúde. Os debates mostraram o claro diagnóstico da situação da saúde no momento: aprofundamento da crise do setor saúde, decorrente do desmonte do setor público; da redução de recursos e do aumento da demanda, devido à deterioração das condições sociais e econômicas da população brasileira.

Foram discutidos os temas Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Um documento que foi aprovado em plenária, recomendou o Sistema Único de Saúde e a Criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, elaborou propostas para a efetivação da reformulação do Sistema de Saúde, entre as quais, direciona-se para o componente SAÚDE, em que:

Saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional sem qualquer distinção, a segunda enfocando a Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, que define a Rede Nacional de Serviços (Caderno da Nona Conferência, 1992, s.p).

A IX Conferência significou um grande esforço de luta e de mobilização política com a reunião de amplas forças sociais para discutir democraticamente os problemas do setor saúde, porém, evidenciou um certo esgotamento de um determinado modo de exercício da política, apoiada em princípios de condução e até um certo vácuo, em termos dos encaminhamentos necessários para a sua

efetivação (GERSCHMAN, 1995).

Dessa forma, a IX Conferência amplia-se, transformando-se num espaço de manifestação da sociedade, no sentido de reafirmar os direitos de cidadania avançar no debate, nos vários níveis do Estado.

O mesmo aconteceu na X Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996 com o tema central *“Construindo um Modelo de Atenção a Saúde para a qualidade de Vida”*, que tinha a obrigação legal de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a política nacional de saúde (Ministério da Saúde - Relatório da X Conferência Nacional de Saúde, 1998 ).

Essa diretriz está assentada na premissa que assim procedendo, todos os segmentos representativos da comunidade, ou seja, com a participação popular poderá haver a escolha da melhor estratégia de saúde, com responsabilidade, atenuando os partidarismos e democratizando a ação política, comprometidos apenas com a saúde (GERSCHMAN, 1995).

E no ano de 1997, intitulado como o *“Ano da Saúde”*, teve como objetivo fazer com que os Estados e Municípios assumissem integralmente suas responsabilidades: prevenir as doenças, controlar e fiscalizar os planos de saúde privados, agir no combate às fraudes e garantir á população um atendimento digno, nos postos de saúde e hospitais.

Hoje, com a implantação da Norma Operacional Básica – NOB/96, trazendo novas alterações, das anteriores NOB/91 e NOB/93, pois a partir da nova constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, nesse sentido, no âmbito jurídico – institucional, as chamadas Leis Orgânicas de Saúde – LOS, o Decreto número 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas – NOB, editadas em 1991 e 1993 implementada em 1995, pelo Ministério da Saúde (MS, Normas..., 1996).

Somente a NOB/96, será referida neste trabalho, com o objetivo de conhecermos a forma de financiamento do município de Florianópolis, e a forma de gestão. O municípios podem optar por duas formas sendo: Gestão Plena de Atenção Básica<sup>10</sup> e Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo a primeira adotada pela Secretária Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis.

A NOB/96 foi regulamentada e operacionalizada com a portaria nº 2.203 de 05.11.96, mas se efetivou, na prática, com repasse para os municípios, em janeiro de 1998, definindo o processo de habilitação de municípios e estados às condições de gestão estabelecidas. As mudanças inseridas dão base ao processo de implementação da descentralização da gestão, no âmbito do SUS, e dizem respeito à definição dos meios e formas de atendimento dos requisitos estabelecidos na NOB, inclusive por parte daqueles municípios ou estados que estão habilitados pela norma anterior NOB/93 (Ortiga, 1999).

O foco central desta NOB/96 é a redefinição do modelo de gestão, o que representa um importante marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam. Com o advento da mesma, alterou-se a forma de distribuição de recursos para a saúde, sendo implantado o PAB - Piso de Atenção Básica, pelo qual o município recebe financiamento por cobertura populacional, sendo uma parte fixa e outra parte variável. A parte fixa é "per capita" por habitante/ano, no valor de dez reais por habitante/ano. E a parte variável do PAB, é composta dos seguintes incentivos: PSF, PACS, Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças e

---

<sup>10</sup> A **Gestão Plena de Atenção Básica** tem como prioridade e responsabilidade, ter e manter: Conselho Municipal de Saúde - CMS, homologado pelo prefeito municipal; Fundo Municipal de Saúde; Formalização junto ao gestor estadual, com vistas à Comissão Intergestores Bipartite, do pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos, referentes à condição pleiteada; Plano Municipal de Saúde: elaborado com base em dados populacionais, perfil epidemiológico e oferta de serviços, compreendendo as metas físicas e financeiras, aprovado pelo CMS da SMS do município de Fpolis/SC, e atualizado continuamente conforme novas situações e necessidades se apresentem;- Relatório de gestão anual, descritivo de todas as ações desenvolvidas, as metas previstas e os resultados alcançados, com respectivos custos financeiros.

## Assistência Farmacêutica Básica.

O Município deve ter equipamento de informática e recursos humanos capazes de operar os seguintes sistemas: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; Sistema de Informação Nascidos Vivos - SINASC; Sistema de Informação Doenças Notificação Compulsória – SINAM; Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e outros que venham a ser determinados pela legislação.

Sendo instituídos também, a partir da NOB/96, novos colegiados de gestão do SUS em nível estadual e municipal, sendo respectivamente, a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, composta por representantes das Secretarias de Estados e da entidade representativa dos Secretários Municipais de Saúde. Em nível federal, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT é formada, por representante do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e da entidade de representação dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Tais comissões tiveram por finalidade estabelecer a parceria entre os gestores do SUS no processo de operacionalização da política de estratégias e de diretrizes para a reorganização do sistema (ORTIGA, 1999).

Gerschman, (1995), coloca que, as conferências tanto municipais, estaduais e nacionais são espaços democráticos legítimos, com intenso processo de conquista da população, em relação à saúde e cidadania. Em Dezembro de 2000, realizou a XI Conferência Nacional de Saúde, trazendo como tema central: *“Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção Básica com Controle Social”*, reafirmando os postulados consagrados na Constituição de 1988, discutindo estratégias para que na prática, sejam alcançadas.

Os conteúdos até aqui abordados tiveram como objetivo, oferecer subsídios que possam contribuir para melhor entendimento sobre o Programa da Saúde da Família e base para o referencial teórico voltado à saúde da família e para o processo metodológico referente a implantação e implementação do programa à nível local.

## 2.2. A saúde da Família: estratégia de organização da atenção primária de saúde

A atenção primária, surgiu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma - Ata<sup>11</sup>, em 1978, que foi um marco para a saúde pública. A Atenção Primária em Saúde – APS, é uma estratégia da Organização Mundial de Saúde - OMS, e Organização Pan-Americana de Saúde - OPS, para o cumprimento dos objetivos, de “*Saúde para todos no ano 2000*”, a APS, como forma de resolver os problemas de saúde, buscando responder uma área de problemas sociais vividos pela população.

Existem variações na interpretação da atenção primária, que se explicam, em uma parte, pela história de como se gestou e evoluiu esse conceito; em outra, pela ambigüidade de algumas de suas definições formais, estabelecidas em foros internacionais e pelo uso diferenciado que fazem, desde longa data, do termo atenção primária, algumas escolas de pensamento em saúde.

Segundo Mendes (1996), as interpretações mais comuns são:

a) atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;

b) a atenção primária, como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos;

---

11 Alma-Ata, na cidade da antiga União Soviética, onde aconteceu em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, estabelecendo como meta “Saúde para todos no ano 2000”. A conferência de Alma-Ata reorientou a Atenção Primária à Saúde em todo o mundo.

c) a atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

A interpretação, citada por Mendes (1996 p.270) é,

de um programa específico, com a definição e o desenvolvimento, dirigidos a populações e regiões marginalizadas e, portanto, significa, na concretude de sua operacionalização, o reconhecimento, explícito ou implícito, de que a função do Estado na saúde é desenvolver políticas compensatórias que vão cristalizar as desigualdades pessoais e regionais presentes.

Em outros termos, interpretar a atenção primária como programa implica reconhecer a impossibilidade de superar as desigualdades relativas, quanto ao acesso aos serviços de saúde e às possibilidades de adoecer, morrer ou incapacitar-se, dos diferentes grupos sociais, nas diversas regiões do país.

Até o momento, segundo Mendes (1996), essa interpretação de atenção primária tem sido, a mais encontrada nos países do terceiro mundo, e está materializada na proposta político - ideológica a atenção primária seletiva de saúde, destinada a populações pobres, a quem se ofereceu tecnologia simples e de baixo custo.

Concordo com Mendes (1996), que ao conceituar saúde da família como estratégia de organização primária, devemos negar algumas versões, encontradas na prática social. Ou seja, embora rotulado como programa, o PSF, por suas concepções filosóficas, foge à concepção usual dos demais programas públicos de Saúde Pública por não ser essencialmente vertical e paralelo às demais atividades em saúde. Permite a participação popular, por isso descaracteriza a verticalização, e nas áreas onde é implantado permanecem todas as demais atividades de saúde pública.

É uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e



resolução dos problemas identificados.

O seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família em 1998, refere que, inspirado no modelo de saúde de Cuba e também no modelo Canadense, a diferença do PSF e do Programa de Atenção Integral à Saúde de Cuba, é que neste País *“o limite geográfico é nacional, de caráter permanente e o universo de trabalho é toda a população residente do País”*. E que no Canadá

vem sofrendo um processo de globalização, atualmente o país reduziu de 14 para 9% do seu produto nacional bruto em despesas relativas à saúde. Sendo que foi previsto uma redução nas despesas às custas de redução na mão-de-obra, fechamento de hospitais e redução de salários.

Neste pequeno relato observa-se que a implantação do PSF, nestes países também enfrenta problemas, pois esta estratégia visa a reversão do modelo assistencial público de saúde vigente. Para que seus objetivos sejam alcançados é necessária a compreensão da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

Acerca desses aspectos, o MS reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras, por se propor a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, junto a população que reside na área de abrangência de sua unidade de saúde.

Conforme, Souza apud Ministério da Saúde (2000),

a Saúde da Família vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção primária/básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996, com a operacionalização da NOB-SUS 96.

Assim, a atenção primária, organizada pela estratégia da saúde da família,

na sua implementação, vai variar de acordo com a realidade local. Devemos ficar atentos e nos preocupar com essa forma de implementação, porque, entendendo que o descumprimento dos critérios definidos pela portaria 1.886/97 (Anexo I) poderá reduzir a estratégia da saúde da família a um simples programa como os outros programas verticais, tornando-o ineficaz e ineficiente, nos locais onde é implantado.

A participação comunitária, possibilita uma avaliação constante das necessidades da população com as ações propostas pela equipe e, conseqüentemente, um ajuste das ações de saúde segundo as necessidades específicas de cada área de abrangência, comunidade, família e indivíduo, a Estratégia Saúde da Família, segundo Negri (2000), tem como objetivo geral:

contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação das unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

E, para atingi-lo, a equipe precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, desenvolvendo um processo de planejamento e avaliação. Quando se investe na atenção básica é necessário avaliar, de forma permanente, os processos de implantação e implementação do PSF nos estados e municípios, definindo o perfil do modelo de atenção que está sendo desenvolvido no país.

O PSF muda o enfoque geral das políticas de saúde e coloca a família como o objeto central de atenção no ambiente em que vive. Mostrando uma nova tendência que delimita um espaço geográfico, objetivando a melhoria das condições de vida, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, a possibilidade de intervenção de maior impacto e significação social.

O Ministério da Saúde (2000), coloca que,

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo PSF não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo voltada à permanente defesa da vida do cidadão.

Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

Atualmente vem se estruturando, em nível internacional, uma nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família, para ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas.

Para reforçar esta temática, apresento a seguir o processo de implantação do Programa Saúde da Família a nível Nacional, Estadual e Municipal.

### **2.3. Programa Saúde da Família e o seu processo de implantação: em nível nacional, estadual e municipal**

#### **2.3.1. Nível Nacional**

O Plano Operacional de 1994, do Ministério da Saúde, apresenta o PSF e sua implantação a nível Nacional, como estratégia para contribuir na resolução da grave situação de saúde da população, por meio da alteração do modelo assistencial atual, centrado na doença, no hospital e no médico, priorizando o atendimento a nível local, em comunidades em situação de risco.

Dentro dos programas apresentados pelo Presidente da República, no conjunto de medidas relativas ao ano de 1994 "*Ano da Família*", este apresenta o PSF como ação na prevenção, com ênfase no atendimento básico á saúde,

colocando que, passou neste período de 847 equipes de PSF em 228 municípios, para 4.945 equipes de PSF em 1.970 municípios no ano de 1999. Para o ano 2000, a meta do Ministério da Saúde é alcançar 11 mil equipes do programa saúde da família. Este processo de expansão de Saúde da Família, vem ocorrendo de forma integrada ao sistema de saúde, articulando as diferentes ações programáticas desenvolvidas, em especial, nos sistemas municipais de saúde (Ministério da Saúde- 2000).

O Programa tem também como propósito, implementar os princípios de equidade, integralidade e universalidade e avançar no processo de municipalização da saúde. Um dos grandes desafios do SUS é a construção do processo de controle social. O PSF é iniciado por adesão espontânea dos Estados e Municípios que cumpram os requisitos sinalizados pelo programa, exercitando, desta maneira, outro princípio do SUS, plena parceria entre União, Estados e Municípios, co-responsáveis na proteção da saúde da população brasileira.

A proposta do PSF consiste em, uma estratégia para contribuir na reorientação

... visa à reversão do modelo assistencial vigente, sendo alcançados seus objetivos através da mudança do objeto de atenção básica, de forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (MS, 1997).

As unidades básicas reorganizadas, segundo os princípios da estratégia da saúde da família, caracterizam-se como a *"porta de entrada"* nos serviços de saúde do município, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência.

Este novo modelo elege a família como o principal objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. A atuação, que agora é feita em

...equipe passa a ter uma delimitação geográfica, por ser neste espaço a construção de relações intra e extra familiares boas e ruins e onde ocorre a luta pela melhoria das condições de vida (MS, 1997).

Conforme o Ministério da Saúde, 2000, o caderno de atenção básica (Anexo II) do PSF coloca que, a unidade de Saúde da Família deve contar, com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área de abrangência. A equipe deve estar, habilitada para desenvolver as atividades, de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção à saúde. É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem ou Técnicos de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde – ACS, outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a essas unidades básicas. De uma forma geral, recomenda-se que cada equipe atende de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Esse critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sócio-econômica e política das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como relevância local.

Muitos gestores optam por iniciar a implantação do PSF em áreas periféricas, que apresentam maior dificuldade de acesso e maiores riscos de adoecer/morrer. Depois vão ampliando a atuação para áreas mais centrais, onde os serviços de saúde são mais “estruturados”.

As diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidade regionais, municipais e locais.

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade, e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculados.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas, o cadastramento possibilita que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando a contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

Tem como objetivo melhorar o estado da saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção à saúde baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS e é dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes do PSF tem como objetivos:

- promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida;
- promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à população, num enfoque comunitário;
- prevenir as doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta;
- fornecer atenção integral, oportuna e contínua de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde, à população da área de abrangência seja a nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar;
- atender a população da área de abrangência, preferencialmente através de agendamento, obedecendo às normas dos programas de saúde existentes,

preservando, entretanto, a possibilidade de atendimento eventuais e domiciliares;

- buscar a humanização do atendimento e, através do relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação aos usuários;

- racionalizar o acesso e fluxo interno do sistema de saúde (do nível de atenção primária até o da maior complexidade);

- estimular a extensão da cobertura e aumento do atendimento no sistema de saúde;

- garantir aos profissionais do PSF, supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamento para aprimoramento;

- divulgar, fundamentalmente, junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como as informações sobre os fatores determinantes das doenças;

- incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, (MS, Saúde da Família..., 1996).

Ainda como é preconizado o PSF, deve realizar a atenção contínua nas especialidades básicas com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação de saúde.

A base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de: planejamento local das atividades, cadastramento das famílias; diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade; programação das atividades da equipe e acompanhamento e avaliação das atividades da equipe, para a organização do trabalho da unidade.

A reorganização dos métodos e da rotina de trabalho da equipe na unidade referem-se a: a organização da demanda; o trabalho em equipe; a atenção domiciliar; a participação em grupos comunitários e a educação permanente. Todas estas atividades tem a finalidade de monitorar a situação de saúde da famílias.

Contudo, entendo que a estratégia da saúde da família, como proposta de organização da atenção primária, apresenta-se como um caminho para a universalização da saúde, enquanto garantia de mudança do paradigma de atenção à saúde e para a construção de um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade e eqüitativo. Ou seja, o PSF, como estratégia estruturante da Atenção Primária de Saúde, visa à prevenção da doença, à promoção da saúde e à participação comunitária e social, que potencializam o desenvolvimento do SUS, através do impacto nos indicadores de saúde da população, além da mudança positiva nos hábitos que condicionam o estilo e modo de vida da comunidade.

A seguir podemos vislumbrar como o programa foi estruturado e organizado em nível estadual. As linhas básicas que normatizam a implantação e implementação do PSF, nos mostram como o programa foi estruturado para atender o seu papel de interlocutor entre o Ministério da Saúde e os municípios.

### 2.3.2. Nível Estadual

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, assinou o convênio nº 817/94 junto ao Ministério de Saúde, em 1994, para formar 28 equipes de Saúde da Família em todo o Estado. Foi criada nessa época a Coordenação Estadual do PSF, com finalidade de coordenar a implantação e implementação do programa em nível Estadual.

Em 1995, o Ministério da Saúde destinou verba para a implantação de equipes, abrangendo de início os municípios de Joinville e Criciúma e depois em Florianópolis, Blumenau, Ascurra e Lages. Em 1994-96, os primeiros convênios



realizados entre o Ministério da Saúde e os Municípios, sem a participação do Estado, destinavam-se à aquisição de equipamentos, reformas de unidades Básicas de Saúde e capacitação de Recursos Humanos.

Conforme a Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde – SES, no início do PSF em 1994, finalizou o ano com 29 equipes no Estado, passando em 1996 para 64 equipes, em 1998 para 87 equipes, e em Setembro de 2000 foram 322 equipes do Programa Saúde da Família implantadas em 293 municípios do Estado de Santa Catarina.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), compete às Secretarias Estaduais de Saúde definir, em sua estrutura organizacional, qual setor terá a responsabilidade de articular a Estratégia de Saúde da Família, cabendo-lhe o papel de interlocutor com o Ministério da Saúde e Municípios, bem como as seguintes atribuições:

- participar, junto ao Ministério da Saúde, da definição das normas e diretrizes da estratégia de saúde da Família;
- planejar, acompanhar e avaliar a implantação da estratégia de saúde da família em seu nível de abrangência;
- negociar com a comissão Intergestores da Bipartite, os requisitos específicos e prerrogativas técnicas e financeiras para implantação e/ou implementação da estratégia de Saúde da Família;
- integrar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para a equipe do PSF no que se refere à elaboração, execução, acompanhamento de seus objetivos e ações;

- promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua área de abrangência; CLAUDIA
- promover articulações com outras instâncias da esfera estadual ,visando garantir a consolidação da estratégia de Saúde da Família;
- identificar recursos técnico - científicos para o processo de controle e avaliação de resultados de impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família;
- contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios, visando à reorientação do modelo assistencial;
- identificar e estruturar parceiros com organização governamentais e não governamentais;
- prestar assessoria técnica aos municípios para a implantação e desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família.

Estas atribuições e práticas devem surtir o efeito desejado, na transformação da prática de saúde nos municípios, visando á reorientação do modelo assistencial, voltado a garantir a melhoria da qualidade dos serviços, oferecendo também segurança ao município em relação a sua organização para o efetivo exercício do controle social.

### 2.3.3. Nível Municipal

Durante o ano de 1994, iniciavam-se as discussões sobre PSF no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis - CMS, para a implantação do mesmo em nível municipal. Na época, o Secretário Municipal de Saúde era Flávio Magajewski, e também presidente do CMS, que aprovou na reunião do dia

25/07/94 com oito votos favoráveis, um contra e duas abstenções a proposta de operacionalização do Programa de Saúde da Família para Florianópolis, apresentada pela Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. O projeto foi enviado nesse mesmo ano para o Ministério da Saúde.

Juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social - SMSDS, foram implantadas, em Fevereiro de 1996, três equipes: uma equipe na comunidade de Vila Aparecida e duas equipes na região do Monte Cristo, através do Decreto Legislativo número 1337/95 que aprova o Termo de Convênio 113/95 (anexo III), celebrado entre as Associações dos Moradores dos Bairros e a Prefeitura Municipal de Florianópolis/ SMSDS, visando à implantação e execução do Programa de Saúde da Família.

Em 26 de fevereiro/96, foi realizado o treinamento dessas equipes com reconhecimento da área a ser trabalhada e o cadastramento das famílias. O convênio entre Ministério da Saúde - MS e a SMSDS previa, na época, recursos próprios, para investimento em reformas dos Centros de Saúde destas comunidades.

Em Novembro de 96, após discussão e aprovação no CMS, foram implantadas mais três equipes, sendo uma comunidade da Tapera e duas no Balneário de Ingleses. Em Fevereiro/99 o município de Florianópolis contava com seis equipes de PSF implantadas, em quatro Centros de Saúde, em Setembro de 2000, são 25 equipes de PSF, lotadas em 22 centros de saúde do município.

#### **2.4. Conhecendo um pouco da realidade do município de Florianópolis**

Além dos temas anteriormente colocados, creio ser oportuno apresentar, embora de forma sintética, um pouco das condições estruturais, econômicas e sociais do município de Florianópolis, dados estes retirados do último Plano Municipal de Saúde de 1997-2000 e no Relatório de Gestão Municipal de 1999.

O município de Florianópolis, com uma população estimada em 273.528 habitantes, sendo 251.646 na zona urbana e 21.882 na zona rural, registrou uma baixa no ritmo de crescimento de 2,8% para 1,2% nos últimos 5 anos. Destes 92% encontram-se residindo em zona urbana e 8% nas áreas consideradas rural. A densidade demográfica de 615,24 hab/km<sup>2</sup>. A maior concentração, 189.132 hab. estão na sede, ou seja, centro e continente, seguido de outras regiões mais populosas, quais sejam: Lagoa, Ribeirão da Ilha, Sto. Antônio de Lisboa, seguido de Ingleses, Canasvieiras e Cachoeira do Bom Jesus, todos com mais de 6.000 habitantes (Plano Municipal de Saude/1997- 2000 e Relatório de Gestão do Município/1999).

O Relatório de Gestão Municipal de 1999 apresenta que, a expectativa de vida do Florianopolitano é de 75 anos de idade, segundo o censo de 1991, indicador este compatível com aqueles encontrados em países desenvolvidos. A população feminina é maior que a masculina, são 132.515 homens e 141.013 mulheres (IBGE/Censo de 1991), sendo que a maioria se encontra na faixa etária entre 20 e 40 anos, aproximadamente 25% da população são crianças menores de 15 anos, e 8% são idosos com mais de 60 anos (Relatório de Gestão, 1999).

No ano de 1999, a média de ocupação por domicílio é de 3,69 pessoas. Do total de domicílios no município, 86.266 domicílios são particulares e 261 são coletivos, sendo que 23% encontram-se desocupados, principalmente nas praias. São considerados domicílios coletivos quando ocupados por mais de três famílias, casa de religiosos, hotéis, quartéis e asilos. Quanto à determinação da chefia de domicílio por sexo, vêm ocorrendo mudanças nos padrões e arranjos familiares, ou seja, 74% das unidades são chefiadas pelo sexo masculino e 26% pelo sexo feminino. Havendo um aumento em 2,7% do número de domicílios chefiados por mulheres (Relatório de Gestão/1999).

A população migrante é expressiva no município de Florianópolis, já em 1980 representava 35,74% da população, ou seja, 1/3 da população é de procedência do interior do Estado e estados vizinhos e mais da metade dos

migrantes (69,82%) procede do próprio Estado de Santa Catarina.

A economia do município está centrada no setor terciário. Recentemente, o setor secundário vem apresentando crescentes oportunidades de empregos e investimentos, principalmente na indústria de vestuário, encontrando-se tradicionalmente concentrada no comércio, na prestação de serviços e atualmente nas atividades voltadas ao turismo pela expansão deste sub-setor.

Como Capital do Estado e de localização do aparato administrativo, com concentração das sedes de entidades e de órgãos públicos (nacional, estadual e municipal) e também de serviços especializados em serviços de saúde e educação, além de polo turístico, determinam a condição de alta dependência no setor terciário.

Com relação as oportunidades de empregos aos trabalhadores em geral, Florianópolis oferece 60,39% das vagas ao sexo masculino e 39,61% ao sexo feminino. Em relação ao rendimento mensal do chefe do domicílio, aponta que 27,85% recebem até 2 salários mínimos; 29,14% recebem de 01 a 05 salários mínimos, 20,19% de 05 a 10 salários mínimos; 13,80% de 10 a 20 e apenas 5,63% dos chefes de domicílios recebem mais de 20 salários mínimos (Relatório de Gestão/1999).

Nos últimos anos a cidade vem aumentando ainda mais os fluxos migratórios, que resultam na formação de bolsões de pobreza, que podem ser considerados como favelas, constituídos em geral por um contingente rural que ficou à margem da modernização do setor agrícola e, dando as dificuldades conjunturais de âmbito nacional, vem para a capital em busca de melhores condições de trabalho e acesso aos bens e serviços, especialmente a saúde e a educação.

O município abriga várias áreas de risco ambiental e epidemiológico, onde a concentram populações de baixa renda, sujeitas à toda sorte de exclusão e que

estima-se representar em torno de 15% da população total. São 48 núcleos populacionais que se situam nas encostas dos morros do centro (porção insular) e mais recentemente, às margens das vias rápidas de acesso à cidade. Algumas comunidades que viviam anteriormente da pesca artesanal também tem absorvido uma parcela do contingente destas populações oriundas basicamente do movimento migratório das regiões rurais do interior de Santa Catarina, deixadas à margem do setor agrícola e que vêm em busca de meios de sobrevivência na capital. A situação é preocupante e têm contribuído muito para a modificação gradativa dos indicadores de qualidade de vida no município.

Florianópolis possui áreas de risco de saúde devido às condições sócio-econômicas e exclusão das políticas sociais. Nas áreas de risco são comuns o lançamento de esgoto à céu aberto e, em outros casos, tanto nas comunidades do interior da ilha como no centro e periferia da cidade, são muito utilizadas as ligações em galerias pluviais ou diretamente nos canais naturais de drenagem. Nos meses de verão quando ocorre um incremento populacional que varia em torno de 30 a 50% por conta do afluxo de turistas, com o conseqüente aumento de movimento nos hotéis, restaurantes, bares e no comércio em geral, ocorre também aumento dos agravos ao meio ambiente, principalmente a contaminação de águas marinhas por ligações clandestinas.

Segundo o Instituto de Planejamento e Urbanização de Florianópolis – IPUF (1995), em 1992, foram contados 46 núcleos de população carente, vivendo em situação precária. Destes, 28 estão localizados no interior da ilha e 18 no continente. Geralmente, encontram-se nas encostas dos morros do centro da ilha, nos mangues, na via expressa ou sobre dunas. Via de regra todas as áreas de ocupação possuem problemas de urbanização.

Quanto à infra-estrutura dessas áreas de risco, 46% possuem abastecimento de água tratada, 55% energia elétrica, 12% iluminação pública e 88% iluminação incompleta, 60% possuem coleta de lixo satisfatório, e apenas 2 comunidades possuem rede de esgoto. Essas comunidades possuem vias de

acesso, embora sem calçamento (IPUF/SMS,1995). Possuem creches, escolas públicas e associações de moradores, como formas de organização.

Quanto ao abastecimento da água, 100% das habitações situadas nos bairros do centro e do continente estão cobertas pelo fornecimento de água tratada, ocorrendo exceção apenas nos pontos mais altos de morros. Existem problemas de abastecimento de ordem qualitativa e quantitativa nas regiões norte, sul e parte da região leste da ilha.

O fornecimento de energia elétrica cobre 95% das habitações e os 5% restantes encontram-se informalmente cobertos por ligações clandestinas. Existem muitos problemas na área de saneamento básico, de modo mais intenso no que diz respeito ao destino do lixo e de águas servidas. Apenas 18% da região urbana do município possui rede de esgotos sanitários. Outros sistemas não operados pela Companhia Catarinenses de Água e Saneamento - CASAN, podem ser incluídos este percentual subindo para 34,5% de residências com rede coletora. Mais de 50% dos domicílios utilizam sistemas de fossas sépticas.

A coleta de lixo cobre 90% dos domicílios, contudo apresenta problemas em virtude de sua periodicidade e de dificuldades de acesso aos logradouros nas comunidades de risco, o que resulta em exposição por tempo demasiado, permitindo a reprodução de vetores e danos à saúde e ao meio ambiente.

O coeficiente de mortalidade geral em Florianópolis em 1995 foi de 5,8, revelando uma tendência de estabilização no período 81/87, mantido no período 91/95. A mortalidade geral proporcional por causas em 1995 foi: Doenças do Aparelho Circulatório com 30,6%, Neoplasias com 18,5%, Causas Externas 12,4%, Doenças do Aparelho Respiratório 13,8%, Doenças Infecciosas e Parasitárias 2,3% e outras (Relatório de Gestão/1999).

A mortalidade proporcional por faixa etária em 1995 ficou com 67,9% com pessoas com idade acima de 50 anos; 22,5% de 20 a 49 anos; 2,4 de 5 a 19

anos; 1,3 de 1 a 4 anos e 5,9 menores de 1 ano de idade. O município em 1999, registrou um índice de 11,2% na taxa geral de mortalidade infantil (Relatório de Gestão/1999).

Quanto a mortalidade infantil, o município apresenta coeficientes anuais (dados da GEINF/SES), incluindo no relatório da Secretaria Municipal da Saúde, período 1997 e 2000, o índice de mortalidade vinha crescendo de 15,70 crianças por mil nascidos vivos em 1991, variando entre 18 a 19 crianças nos anos seguintes e alcançando o ápice de 21,60 crianças em 1996. Estudos que vem sendo realizados pelo município junto ao Programa "Capital Criança", da SMS, demonstram que no período de 97 e 98 este coeficiente apresenta-se em queda. As causas das mortes em menores de um ano estão vinculadas normalmente ao período neo-natal.

O programa Capital Criança, implantado em maio de 1997, como prioridade no município, possibilitou um sistema de referência e acompanhamento específico para mulheres em processo de gestação, parto e puerpério, assim como um acompanhamento periódico à criança, desde o nascimento até um ano de vida e após, este período, trimestralmente, até os 5 anos de vida. Este projeto encontra-se implantado em 32 Centros de Saúde e foram agendados 80% dos nascidos vivos do Município, desde a sua efetivação. No ano de 1999 registrou-se, no Programa Capital Criança, o nascimento de 5699 nascidos vivos (SINASC, 1999). Até maio de 2000 o programa atendeu 18 mil recém nascidos, com a realização de 43.520 consultas pré-natal, 9.400 consultas neonatal, 3.239 ultra-sonografias oferecidas pelo município, segundo estes dados do Relatório de Gestão/1999.

Este programa visa reduzir a morbidade e o número de mortes evitáveis nos grupos materno e infantil, de zero a cinco anos de idade, por meio do redimensionamento e qualificação da assistência à saúde. Apesar do projeto ser importante, existem dificuldades em relação à demanda das demais faixas etárias, pois os Centros de Saúde não conseguem oferecer consultas para os demais.



Os Serviços de Saúde oferecidos pela Secretaria Municipal de Florianópolis, são organizados por regionais (centro, continente, leste, norte e sul) com 27 Centros de Saúde I, 17 Centros de Saúde II e 01 Policlínica.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 818 servidores, sendo 647 do município, 62 do estado, 81 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS e 22 cedidos por outros órgãos, ainda estão subdivididos por categorias profissionais.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde ao todo estão instalados 125 consultórios médicos, com capacidade de produzir, segundo parâmetros adotados no município, uma média de 60 mil consultas mensais, distribuídas em 2 turnos de atendimento. Da mesma forma estão instalados 54 consultórios odontológicos, que têm um parâmetro de produzir 15120 atendimentos odontológicos mensais. Considerando apenas esses dados de capacidade instalada e os parâmetros de produção médico-odontológica, poderiam ser produzidas cerca de 660.000 consultas médicas anuais e em torno de 166.320 atendimentos odontológicos anuais, o que equivale dizer que a rede básica, por si só, possui uma capacidade de oferecer 2,4 consultas médicas/hab/ano e 0,6 atendimentos odontológicos/hab/ano. Entretanto, esses números não representam as metas de produção da rede básica, visto que devem ser considerados outros fatores, tais como: a necessidade de consultas e atendimento odontológico frente à distribuição da população, perfil epidemiológico e distribuição da própria rede, a disponibilidade de recursos humanos, a manutenção da área física e de equipamentos e o modelo de prestação de serviços, que se deseja implantar.

Apesar da oferta de consultas médicas e procedimentos odontológicos produzidos na rede, estar além de sua capacidade teórica, em relação ao atendimento médico pelo padrão esperado de 2,34 consultas/hab/ano, observa-se que apesar de espaço físico e oferta de serviço, a rede básica municipal atende 48% desta demanda específica e 46% de cobertura odontológica de acordo com o parâmetro de uma consultas/hab/ano.

Como referido no plano Municipal de Saúde de 1993, os núcleos populacionais mais numerosos foram os que receberam as primeiras Unidades de Saúde, normalmente instaladas em área física inadequada e sem critérios de acessibilidade. A implantação da maioria das Unidades não respeitou critérios técnicos, acarretando problemas, tais como: o acesso limitado pelo fluxo de transporte coletivo, nem sempre adequado à distribuição da rede, o que contribui para o aumento da demanda aos serviços oferecidos no centro da cidade; o aspecto físico dos Centros de Saúde, em muitos casos, inibe a confiança da população no serviço prestado; o porte da maioria das unidades acarreta baixa resolutibilidade; a maioria das Unidades não dispõe de condições adequadas, do ponto de vista da área física, para prestar assistência com qualidade.

A Secretaria possui serviços de atenção a grupos específicos como: Saúde da Mulher, que funciona nos CSII e Policlínica, Saúde Mental com o NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral, SISVAN – Programa de Vigilância Nutricional do Ministério da Saúde, DST/AIDS – Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Saúde Bucal.

Mesmo com alguns programas que tendem a mudar o modelo assistencial do município, pode-se inferir que, se há investimento nos serviços básicos de saúde, este é direcionado prioritariamente ao modelo tradicional de assistência médica-odontológica, através do método de consultas individuais. Ainda é precária a tentativa de orientar a assistência com base na integralidade das ações e sua integração multiprofissional e de equipe, com a formação de efetivas equipes locais de saúde. Não se mudou ainda o perfil e conduta dos profissionais que trabalham no PSF, o que tem dificultado a implantação deste programa como proposta de mudança do modelo assistencial, assim também como a proposta do trabalho integrado do ACS com o Centro de Saúde e as equipes do PSF.

No processo de Controle Social, o município conta com um Conselho Municipal de Saúde que foi criado em 1989 e rearticulado em 1993, que passa a ter sua atuação mais destacada, constando desta data sua primeira ata de

reunião . O Conselho se reúne mensalmente, na primeira segunda feira do mês, na sala de reuniões do CSII Agrônômica, onde delibera, controla, fiscaliza e aprova as ações de saúde. A composição do conselho é de 26 pessoas, com representantes dos usuários, prestadores de serviço, profissionais de saúde e governo. Atualmente está na sua 4ª composição de conselheiros. O município realizou 4 Conferências Municipais de Saúde, em 1995, 1996, 1998 e 2000.

#### 2.4.1. Conhecendo um pouco da realidade da comunidade estudada

Pudemos conhecer a realidade da comunidade, por ocasião de trabalhos desenvolvidos por Milezzi e por alunos da UFSC em 1984, quando os seguintes aspectos foram levantados, Milezi (1984):

**a) Aspectos demográficos e a história da comunidade:** Por volta de 1980 aproximadamente, começou a povoação maior do bairro, mas continuou sem infra estrutura. Na construção da ponte Colombo Salles houve a remoção dos moradores oriundos daquela área e transferidos para a comunidade. A Companhia de Habitação do Estado - COHAB começou a construir banheiros, construindo a sede da associação e uma capela, ambas de madeira. Junto a sede começou a funcionar um pequeno posto de saúde, mantido pela prefeitura. Em 1984, a comunidade compreendia neste período conforme dados do trabalho de 209 famílias, alcançando uma média de 5,3 pessoas por família. Descontando uma pequena porcentagem referente aos membros relacionados como “outros parentes” e “sem parentesco”, temos uma família média composta pelo casal e três filhos. O bairro, no início se chamava Pasto do Gado, e não tinha moradores, a invasão ocorreu por pessoas de outros municípios.

**b) Aspectos Sociais:** O Bairro, situado numa área de propriedade da COHAB, abriga o maior número de famílias carentes. Com 18,7% dos chefes de famílias desempregados, o índice de marginalização é alto. Constatou-se a existência de atividades marginais, como roubo e tráfico de entorpecentes. Esta última, embora em pequena escala (mais para consumo próprio), envolve também

crianças e adolescentes. Neste bairro, associação de moradores luta pela posse dos terrenos e urbanização do bairro, que não possui nenhuma infra-estrutura sanitária.

**c) Aspectos de cultura e lazer:** Ao se relacionar as opções de lazer com a renda, verifica-se que, a partir de um certo nível de renda, não variam tanto em número, mas em função do tipo de lazer a que têm acesso as famílias classificadas nas diversas faixas de rendimento.

**d) Aspectos econômicos** - Com referência à inserção no setor produtivo, não foi realizado um levantamento profundo sobre a questão do desemprego e do subemprego. Em relação à questão da renda, considerou-se unicamente as rendas provenientes do trabalho, não se considerando outras formas de ingresso material (monetário ou não), como: doações, produção para autoconsumo, entre outras formas.

**e) A questão da renda:** Nesta última situação 13 famílias de tamanho e situações diversas: são em geral, famílias em que o chefe e/ou membros potencialmente ativos estão desempregados ou sem condições (físicas ou outras) de trabalhar. Enquanto estão nessa situação, sobrevivem com ajuda de vizinhos (um único caso constatado), parentes, instituições de caridade, esmolas e, esporadicamente, "bicos", onde conseguem auferir alguma renda, de forma eventual, além, é claro, da redução do consumo e da satisfação de necessidades básicas.

**f) Consumo:** Com relação às despesas familiares, as pessoas entrevistadas revelaram muita dificuldade em precisar os gastos referentes aos diversos itens que compõe a manutenção familiar. Em especial, os gastos referentes aos itens vestuário, saúde e alimentação. Em razão desse fato, os dados coletados a esse respeito não puderam ser considerados na análise.

**g) Educação:** O perfil da educação refere-se diretamente ao nível de renda

da população pesquisada. A despeito da expectativa da população como sendo a educação fator principal de ascensão social, principalmente no que se refere a bons empregos e melhores salários, há uma relação direta entre a renda familiar e o nível de instrução dos componentes do núcleo familiar. Contudo, suas implicações são mais profundas do que podemos supor à primeira vista, pois a educação traz em meio a essa ideologia o caráter legitimador da condição social da população de baixa renda.

**h) Habitação e questões relacionadas:** As famílias vivem em casas de madeira, ou em barracos cobertos por lona. Muitas famílias buscam a melhoria para seu domicílio, construindo novas peças da casa. De urbanização relativamente recente, a região investigada espelha as contradições inerentes ao desenvolvimento da região urbana de Florianópolis. Região típica de periferia, para onde se destinavam os projetos de habitações populares, nos últimos cinco anos tornou-se alvo de especulação e disputa do setor imobiliário.

Na questão da habitação, as famílias carentes da região, praticamente não tem despesas, uma vez que as casas (ou barracos) foram construídos por eles mesmos, em terrenos cedidos ou invadidos. Nesses casos as despesas com a moradia se resumem no pagamento dos serviços de água e luz.

Poderia se afirmar, contudo, que a baixa renda ao limitar as condições de acesso à melhores níveis de vida, determina diversos fatores, levando a ansiedade. É, porém, na população de baixa renda que a ansiedade se evidencia, não tanto pela manutenção do padrão de vida, já bastante precário, mas pela própria sobrevivência.

Com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população, gerou documentos, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção à saúde baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS sendo dirigido ao ser humano, à família e à comunidade, buscando uma

nova perspectiva de atendimento, considero oportuno o capítulo a seguir referente a Assistência de Enfermagem à Família, onde defino Saúde da Família, específico para se trabalhar com família na comunidade.

## **2.5. Assistência de Enfermagem à Família**

Inicialmente, percebe-se que ao se trabalhar com a família, enquanto unidade de cuidado, dentro do processo saúde-doença, como é o caso da enfermagem, faz-se necessário explicitar nossas crenças, valores e entendimento sobre o que é Saúde da Família:

Saúde da Família, é o conjunto de crenças, valores, relações, equilíbrio, deveres e direitos, onde a família busca para normalizar e resolver seus problemas dentro do sistema familiar e dos aspectos sociais, buscando a satisfação de suas necessidades. A partir dos recursos que seus membros, família e comunidade dispõe, envolvendo o cuidado dos profissionais da saúde e de outras áreas.

Este conceito, foi definido a partir das perspectivas e relatos das próprias famílias trabalhadas na comunidade onde atuo, quanto a saúde de seus membros, captando com isto sua realidade. Embora exista dificuldade em conceituar saúde da família, muitas definições envolvem diferentes dimensões podendo ser tanto biológicas, psicológicas e sociológicas como espirituais e culturais. As definições de saúde da família e família saudável derivam-se de uma variedade de marcos conceituais e teóricos.

Nas famílias estudadas por Elsen, em 1984, por exemplo, o cuidado informal, ou seja, aquele prestado pela própria família, envolvia ações de promoção de saúde, de prevenção e tratamento de doenças, incluindo as de reabilitação, e era baseado nos conhecimentos adquiridos a partir de sua cultura e das interações com os profissionais de saúde. Ao se reconhecer que a família assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, cumpre que se reconheça a necessidade de ouvi-la em suas dúvidas, levar em conta suas opiniões, e, mais que tudo, incentivar sua participação em todo processo

profissional de cuidar/curar.

Para Elsen, et al (1994, p.71-72) a família

tem um referencial para compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e doença e que há evidências de que a família funciona como uma unidade de saúde para os seus membros, o que leva a enfermagem a enfrentar um novo desafio de cuidar de quem cuida.

Este desafio torna-se ainda maior, quando se pensa que este cuidar exige conhecer como a família cuida.

Segundo Costa, et al (1986) uma das maiores atribuições da família é o cuidado à saúde. A família é primariamente responsável pela maioria de seus cuidados durante os ciclos de saúde-doença. Tais cuidados incluem tanto o ensinamento das práticas de cuidado à saúde, como também a garantia de suporte social durante a saúde e a doença.

A situação de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde da família. Em seu estudo, Althoff, et al (1998), coloca que a família em nossa sociedade, constitui uma unidade básica e complexa, com ampla diversidade de estruturas e formas de organizar o seu modo de vida. Na complexidade do processo de viver do ser humano, a família é algo muito especial e para a maioria das pessoas, ela é a coisa mais importante. Este ponto de vista parece estar ligado às diversas funções que a família exerce, entre elas, o cuidado da saúde de seus membros.

Ao analisar a relação entre família e saúde, Nitschke (1991), afirma que, ao se formar uma nova família, seus membros trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidade, seus valores referentes à saúde e seus hábitos de saúde, sendo o estado de saúde de cada família único e distinto. À medida que os conflitos surgem, os membros negociam e barganham, tornando a configuração inicial do estado de saúde mais específica daquela família.

As famílias, como afirma Leininger (1991), costumam ter significações de saúde e doença e práticas próprias de cuidar, originadas de seu contexto sócio-cultural. Por este motivo, a autora afirma que a enfermeira só poderá desenvolver ações congruentes se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando, e isto, pôr sua vez, só será possível através do conhecimento da cultura do outro.

Reconhece-se que a família é significativa para a saúde de seus membros, entretanto, quando a família é vista como uma unidade, é essencial um novo nível de entendimento e a necessidade de ampliar estes conhecimentos, na busca de uma maior clareza da sua realidade. Neste momento, torna-se importante acompanhar como este conhecimento está sendo produzido, de modo a contribuir para o desenvolvimento do campo da enfermagem familiar e alcançar resultados eficazes no desempenho das ações práticas.

Elsen, et al (1994), ao estudar famílias de uma comunidade pesqueira de Florianópolis, em Santa Catarina, afirma que a família pode ser considerada como um sistema peculiar do cuidado à saúde, tendo seu próprio referencial para guiar suas ações em situações de saúde e doença no domicílio.

A assistência à família no domicílio, exige do profissional a utilização de recursos e estratégias adequadas a cada situação, só assim o profissional, pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros uma vez que é a situação vivida pela família determina a necessidade do cuidado. O cuidar da família como unidade básica de saúde, portanto, exige conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças.

O Enfermeiro, ao desenvolver a assistência primária de saúde, centra suas ações nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, apoiando-se nas potencialidades do grupo para desenvolvê-las, estimulando-os a participar ativa e conscientemente nas soluções e decisões da comunidade.



Percebe-se que sempre houve uma preocupação da enfermagem em assistir a família. Alguns autores, destacam que a família, enquanto recipiente do cuidado, tem sido identificada como um foco da assistência de enfermagem desde os primórdios da profissão, inclusive através da própria Florence Nightingale.

Considerando a importância da família no âmbito educacional, social, econômico e político, pode-se apontar algumas razões para que esta seja a unidade de assistência à saúde, através de políticas de atendimento, trabalhar com famílias, é o grande desafio, na medida em que se constituem, em programas pré estabelecidos pelas instituições. A preocupação em assistir a saúde da família hoje, não se configura como exclusiva da enfermagem.

Em síntese, a família como objeto de estudo, sujeito de direitos e unidade do cuidado profissional, requer políticas públicas que contemplem a família na sua totalidade e complexidade e, dos profissionais uma ação interdisciplinar com competência técnica, teórica e compromisso político para efetuar as transformações necessárias.

As iniciativas do Governo Federal na área da saúde, tem sentido e significado para a melhoria das condições de vida das comunidades alcançadas, mas que estas merecem e devem ser analisadas e avaliadas, mais do que em seus aspectos de estrutura, em seus aspectos de processos e resultados, e comparadas com os processos e resultados de estruturas convencionais de trabalho, visando a sua validação, sob o enfoque dos clientes internos e externos. Este manejo, permitirá analisar a utilidade do PSF em seu significado maior para aquele que a vive e para aquele que o produz.

Mas o que o resultado desse novo modelo de assistência à saúde mostra que é possível melhorar rapidamente, com ações relativamente simples, ações de promoção, de educação, informação, ações de imunização, de saneamento, de combate à desnutrição. O que o Programa de Saúde da Família do Ministério da

Saúde, 2000, propõe é realmente garantir a saúde, enquanto direito de cidadão, e transformadora da cidadania, da saúde, em qualidade de vida

Usar a estratégia de Saúde da Família buscando, uma nova reorganização das políticas de saúde, aproximando o serviço de saúde da comunidade, permeabilizando seu controle social, para que se possa estar construindo esse paradigma da vigilância à saúde, que, de fato, está na base e na dificuldade de implantar o Sistema Único de Saúde no país.

Com os objetivos voltados para a comunidade, o profissional atua em diversas áreas assistenciais que abrangem toda a população, inclusive a família. Entretanto, como agente no processo de mudança social, deverá reconhecer a necessidade efetiva de integrar de uma forma distinta o grupo familiar a este processo, buscando esforços no sentido de estimular a conduta para uma atuação conjunta.

Não houve aqui a pretensão de esgotar o tema, mas instigar proposições políticas de proteção à família. Finalizando, sabe-se que muitos profissionais, tem desenvolvido uma larga experiência na prática junto às famílias, merecendo destaque, no fato que se exige uma maior permanência do profissional junto à família.

"Aqueles que dizem que uma determinada  
coisa não pode ser feita,  
devem ceder lugar para aqueles  
que estão fazendo"

(Autor Desconhecido)

### 3. O REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste trabalho é constituído pelas articulações de meus pressupostos, pelos princípios e conceitos do GAPEFAM (1992/1995) e de conceitos do Ministério da Saúde (1988/1994).

Para Elsen , et al (1994, p.63),

as teorias e marcos conceituais desenvolvidos na enfermagem e em outras áreas do conhecimento tem vindo em auxílio do profissional em sua tentativa de abordar a família. Eles não oferecem apenas conceitos diferentes de família, mas perspectivas teóricas que possibilitem compreender a família, seus mundos internos, bem como as suas relações com as demais instituições sociais.

Entendo o referencial teórico como sendo um guia para a praxis, e é escolhido para buscar identificação entre seu pensamento e as diversas linhas, e então, decidir em qual delas predomina sua identificação, para construir o embasamento de seu estudo, para orientar a pesquisa, ensino e a prática profissional. (TRENTINI E DIAS, 1994).

O referencial teórico que escolhi para o desenvolvimento deste trabalho foi criado pelo GAPEFAM, sendo baseado em princípios, pressupostos e conceitos. O referencial teórico do GAPEFAM, foi analisado na dissertação de Mestrado por Penna (1993) intitulado de *"Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico"* e reavaliado na disciplina de Teorias e processos de Enfermagem, na Especialização em Saúde da Família – USFC, por Arenas, Morais, Henckemaier e Rosa (1995), com o título de *"Reavaliando o Referencial Teórico do GAPEFAM"*.

Em 1990, o grupo GAPEFAM, formado por enfermeiros, docentes e discentes de graduação e pós-graduação de enfermagem da UFSC, elaborou um projeto de pesquisa intitulado "*Competência da Família para o cuidado de Saúde: uma proposta de metodologia de enfermagem para a assistência*". Tal projeto teve por objetivo

desenvolver uma metodologia de assistência de enfermagem com enfoque na família como unidade de saúde, visando através de sua competência a promoção da saúde e prevenção de doenças (ELSEN et al, 1990, p.13).

A principal atividade desenvolvida no ano de 1991 em relação a esse projeto foi a construção do referencial teórico para subsidiar a assistência de enfermagem do GAPEFAM à família. O referencial foi desenvolvido a partir de discussões feitas pelos membros do grupo e só eram definidos quando havia um consenso por parte de todos os seus integrantes.

Apresento a seguir, os pressupostos, entendidos como crenças e valores, para o trabalho na prática com famílias.

### **3.1. Pressupostos**

Apresento os pressupostos que irão nortear este trabalho, que explicitam minhas crenças e valores adquiridos durante meu desenvolvimento como bolsista do GAPEFAM, no trabalho de especialização de Saúde da Família e na minha prática assistencial na comunidade do Monte Cristo, sendo eles:

Pressuposto 1: "O profissional trabalha com o ser humano e a família em seu ambiente num processo dinâmico de interação";

Pressuposto 2: "A assistência de enfermagem à família requer uma visão interdisciplinar";

Pressuposto 3: “O posto de saúde é um espaço de assistência, cidadania e de participação comunitária”;

Pressuposto 4: “O controle social e a participação popular são suportes para a efetivação do SUS”;

Pressuposto 5: “O PSF, busca dentro de suas atividades a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, dentro da realidade municipal e comunitária” .

Pressuposto 6: “O profissional de enfermagem ao cuidar da família deverá estar atento para a realidade comunitária, para fatores sociais, para valores culturais, inseridos em um ambiente dentro de um sistema de saúde”.

### **3.2. Princípios**

Os princípios do GAPEFAM, que irei apresentar constata a base que norteia o trabalho do grupo, que foram sendo modificados, no decorrer de experiências práticas, podendo ser assim sintetizados:

Princípio 1: “A família é uma unidade constituída por indivíduos”;

Princípio 2: “A unidade familiar é uma instituição social que está organizada estruturalmente e está em constante interação com o meio ambiente em que vive”;

Princípio 3: “A unidade familiar organiza/interage/atua em um ambiente intra, assim como, em um ambiente extra-familiar”;

Princípio 4: “A unidade familiar atende as necessidades de crescimento e desenvolvimento de seus membros”;

Princípio 5: "A família é ativa em sua assistência";

Princípio 6: "A família tem direitos e responsabilidades",

Ao relacionar os pressupostos, princípios e conceitos é possível observar características distintas entre eles, como crenças, valores, família.

### 3.3. Conceitos Utilizados

Os conceitos utilizados para guiar meu trabalho foram elaborados a partir principalmente do: GAPEFAM (1992/1995) e de publicação do Ministério da Saúde (1988/1994), os quais fiz alguns acréscimos e adequações para guiar o meu estudo.

#### SER HUMANO

É um ser único, reflexivo, criativo, com características próprias conferidas por sua consangüinidade familiar, que desenvolve durante o seu processo de viver. É um ser social que interage com outras pessoas, famílias, grupos e instituições, em diversos níveis de aproximação e em condições de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse. Apreende de sua família, e do ambiente em que vive crenças, valores e conhecimentos, adquirindo outros, compartilhando-os e criando novos, desenvolvendo-se em seu processo de viver e constituindo sua história, bem como de sua família. Tem necessidade de expor suas dúvidas e sentimentos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo apoio à sua família e a outros, e também à grupos e instituições, assim como dá apoio ao ser solicitado. Devendo respeitar a individualidade das outras pessoas e ao interagir dinamicamente com seu ambiente, transforma e é transformado, promovendo e provendo meios para o desenvolvimento contínuo de viver assim como o de sua família. (GAPEFAM, 1992 e 1995).

Neste trabalho, o **ser humano** corresponde aos membros da família da comunidade do Monte Cristo, os usuários do Centro de saúde, os líderes comunitários os profissionais de outras áreas, a enfermeira, os agentes comunitários e os membros da equipe do Centro de Saúde, que participaram e integraram direta e indiretamente, neste trabalho.

Este ser humano vive e trabalha em uma comunidade onde interage dinamicamente, com outros seres humanos. Ele aprende e compartilha dentro da família através da sua interação social e cultural.

## FAMÍLIA

É uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, para atingir objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio - econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num determinado ambiente em interação com outras pessoas, famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seu processo de viver. (GAPEFAM, 1992 e 1995).

A família, objeto deste estudo, vive em um ambiente social, interage com outras famílias ou grupos e instituições. Existe uma preocupação em promover meios de crescimento e desenvolvimento de seus membros e do seu próprio processo de viver como grupo, é uma família que busca a qualidade de vida, apesar de seus problemas sociais. Tendo que modificar muitas vezes, seus hábitos e costumes devido ao seu novo ambiente, por ser na maioria constituída de famílias migrantes.

No estudo de, Eckter, et al (1993), realizado na comunidade do Monte Cristo, afirmam também que na relação familiar existe um acordo que não é falado, mas que é sentido e acatado sem muitas discussões, sobre o papel do homem e da mulher. Há uma delimitação em muitas atividades, sejam elas no trabalho, no lazer, no cotidiano familiar, onde o cuidado familiar é desenvolvido principalmente pelas mulheres. A família é o primeiro recurso de ajuda ao doente e, conforme a evolução do problema do familiar, procuram ou não as instituições de saúde.



## **FAMÍLIA SAUDÁVEL**

É uma unidade que se auto estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização flexível para definir objetivos, promove e provê meios para o desenvolvimento contínuo do seu processo de viver. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos; aceita a individualidade de seus membros; crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com a experiência, construindo sua história de vida (GAPEFAM 1992/1995).

A **Família Saudável** é aquela que consegue, com seus recursos sócio-culturais, ambientais, físicos, entre outros, manter-se saudável na sua visão dentro desta estrutura social em que vivemos.

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA**

Consiste no desenvolvimento de reflexões, decisões e atividades específicas da enfermagem com a família em um processo de ensino aprendizagem participativo, buscam conhecer-se mutuamente, definindo situações específicas de vida familiar, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores, para agirem sobre as situações, reavaliando-as e encontrando meios para proverem mudanças conscientes no processo de viver, para que esse ocorra de maneira saudável. Os profissionais articulam-se entre si buscando favorecer o processo de viver da família para tomar/mantê-la saudável, através de diferentes estratégias. Auxiliando as pessoas a identificarem e utilizarem seus recursos individuais, familiares, grupos comunitários e instituições. (GAPEFAM, 1992/ 1995).

A **assistência de enfermagem à família** neste referencial e trabalho, é voltado para o cuidado que melhor se adapte à cultura da família, diminuindo assim o choque cultural que pode levar ao conflito entre cuidador e cuidado em determinado ambiente, principalmente em comunidade como a do Monte Cristo. Os profissionais de enfermagem prestam cuidados a pessoas de diferentes culturas. Sob esse enfoque, não se deve esquecer que o profissional de enfermagem também veio de uma família com sua cultura.

A assistência de enfermagem é uma resposta de cuidado, quando um ser humano/família necessita de um certo tipo de ajuda, voltado para o seu bem estar e para a qualidade de vida. A enfermeira e equipe de enfermagem do centro de saúde, participam efetivamente deste trabalho, nas questões de saúde e educação, desempenhando atividades técnicas, supervisionando, trocando idéias e negociando com as famílias o seu cuidado.

## **AMBIENTE**

É o meio físico, social, cultural, econômico, político e simbólico com o qual a família, grupo, centro de saúde e comunidade interagem dinamicamente. É constituído por todos os seres e as relações existentes entre eles, formando um conjunto de crenças, valores que determinam o processo de viver, sem negar a própria condição humana reflexiva de autodeterminar-se e reagir, conhecendo e criando novos valores e crenças que podem provocar mudanças onde estão inseridos. Nele, a família e os indivíduos que a constituem, interagem com outros, e as demais instituições e comunidade em diversos níveis de aproximação, em condição de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse, em um processo dinâmico e contínuo para transformarem o ambiente e serem transformados por ele, construindo histórias de vida, que determinam a qualidade de vida do ambiente (GAPEFAM, 1992 e 1995).

O **ambiente** favorece ou não a interação entre a família, enfermeira, equipe, comunidade e centro de saúde. No entanto, no trabalho do Centro de Saúde existe pouca interação com alguns grupos que atuam na comunidade e em outras instituições (na questões de referência e contra referência), e se existe alguma transformação, é pela família, que procura soluções para seus problemas.

## **SAÚDE**

Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1988).

A **saúde** permeia todo o processo de viver da família, é portanto, onde o

profissional de saúde busca, como coloca Leininger “*manter, negociar ou repadronizar o cuidado*”, pois a enfermeira cuida imbuída de seus valores culturais, crenças e conhecimentos pessoais e profissionais.

## CIDADANIA

É um processo, e como tal, é dinâmico e se dá sempre através da relação entre o ser humano, família, equipe, grupos e a coletividade. Nessa relação o indivíduo ou está desfrutando de suas conquistas, ou está assumindo responsabilidade com o outro. É somente à partir da participação que a cidadania é conquistada. O exercício da cidadania requer a existência de pré-requisitos tais como: ter alimentos, ter teto, ter acesso a educação e a assistência à saúde, ter trabalho digno, entre outros (GAPEFAM, 1995).

No plano da **cidadania**, o cotidiano da família, em seu nível privado, é o *locus* do exercício das relações democráticas entre seus membros enquanto grupo para, a partir desta socialização, serem capazes de vivenciar o nível de esfera pública.

Quando a família tem acesso ao sistema de saúde de sua comunidade, ela consegue satisfazer algumas de suas necessidades e serve para o desenvolvimento de sua cidadania. Do partilhar e do relacionar-se com os outros, o ser humano encontram o significado para a sua existência e experiência em comunidade, buscando assim sua cidadania. A família da comunidade onde o trabalho foi desenvolvido vivem em condições precárias, sendo que muitas vezes não tem alimento, ou estão desempregados, não tem casa própria, muitas vezes seus filhos tem que ficar em casa para cuidar dos irmãos. A maioria não teve acesso a educação. Lutam pelo que acreditam e buscam seus direitos, participam de grupos da comunidade.

O direito à cidadania está intrinsecamente ligado ao direito à vida. Ter cidadania exige alimentação adequada, condições de trabalho, moradia digna, saneamento básico, meio ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, informação. É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes.

Garantir a saúde da população é tarefa de todas as áreas do governo e de toda a sociedade.

## CONTROLE SOCIAL

O controle social é um processo no qual a população participa, através de seus representantes, na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas, as políticas de governo. É dever da população participar e garantir seus direitos (Ministério da Saúde, 1994).

Para isso existem as diversas instâncias da participação popular na fiscalização e **controle social** sobre as ações do Estado e do governo. São vários os mecanismos de controle social, destacando-se na área da saúde, as Conferências, os Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo, na comunidade dentro do Conselho Local de Saúde e Associações de Moradores.

Observa-se, então, que a participação popular, garantida pela Constituição de 1988, é vista como uma das mais importantes conquistas na construção de uma sociedade democrática participativa que permite sustentar a pertinência do SUS como um processo social de construção da saúde, com poder de influência na gestão e produção de políticas de saúde.

A participação popular manifesta-se freqüentemente como contribuição voluntária em determinados grupos, conselhos comunitários, associação de moradores e movimentos sociais. É importante que a população se organiza, possibilitando assim, que as famílias da comunidade do Monte Cristo, se reúnam e levem adiante ações coletivas, para não atuarem isoladamente. A participação, quando é resultado da conquista e da luta dos movimentos populares, constitui-se em um verdadeiro exercício de cidadania e construção do controle social.

Esse conceito direciona a saúde como resultado das condições de vida, de igualdade social, na medida em que é determinada pôr um conjunto de direitos, não apenas formais, mas direitos efetivamente exercidos pelos cidadãos e

garantidos pelo Estado. O *controle social* busca, condições dignas de trabalho, de renda, de alimentação, de educação, de moradia, de saneamento, assim como o acesso a esses bens e serviços essenciais, e o reconhecimento dos direitos do indivíduo, como sujeito das ações e serviços de assistência em saúde. Torna-se claro que a conquista da participação e da cidadania, necessita de uma constante construção e transformação da realidade concreta.

Todos esses princípios, pressupostos e conceitos, proporcionaram-me uma base para o desenvolvimento deste estudo. Embora os conceitos apresentados possam ser agrupados, revelando um conjunto de idéias sobre ser humano, família, saúde da família, assistência de enfermagem à família, ambiente, saúde, cidadania e controle social, penso que não há limites demarcados, para a interrelação desses conceitos, portanto, apresento a visualização de sua aplicação na prática.

"Uma jornada de mil milhas  
começa com um simples  
passo"

(Lao Tzu)

## 4. RELATANDO A EXPERIÊNCIA

### 4.1. Metodologia

Considerando a importância do Programa Saúde da Família como nova estratégia e voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase na melhoria de atendimento de atenção básica à saúde, ou seja, proporcionar saúde para o usuário, família e comunidade e de todo o trabalho descrito até este capítulo, torna-se claro que a busca pela participação comunitária, a cidadania e por consequência, o controle social, para que as políticas de saúde tenham caráter igualitário, universal e integral.

Portanto, para o desenvolvimento do trabalho, optei pelo método de pesquisa denominado de **“Pesquisa Convergente - Assistencial”** de Trentini e Paim/1999, que propõe uma articulação entre o conhecimento teórico e a prática, como afirmam as autoras que, pesquisa convergente – assistencial se

articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois os seus resultados são canalizados progressivamente, durante o processo da pesquisa, para as situações práticas,

portanto, o tema deve emergir da prática profissional cotidiana e está associado a situação do problema da prática. As autoras colocam também que a pesquisa de campo é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social, este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do

contexto social pesquisado.

A pesquisa convergente – assistencial não se propõe a generalizações; pelo contrário, é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial; portanto se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto.

A pesquisa convergente – assistencial requer uma explicitação ética, não só para retratar as situações vividas, mas também para descobrir os avanços possíveis do conhecimento e novas ações a partir delas. Entendo ser essencial, o compromisso moral e ético no trabalho com família/comunidade/equipe, o qual procuro vivenciar quotidianamente. Percebo a partir das experiências anteriormente vivenciadas na prática junto às famílias e do trabalho desenvolvido atualmente dentro do PSF que, a assistência à família caracteriza-se por uma intervenção profissional “aberta”, de construção mútua e quotidianamente com as mesmas.

A enfermagem deve dirigir suas ações sempre priorizando os direitos de cada indivíduo/família. Para isto, a enfermeira precisa ter conhecimento sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Souza (1992), conforme o cap.II do artigo 18,

O enfermeiro é responsável por manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício do cliente, coletividade e da profissão.

Morais (1998), coloca que, quando trabalhamos com famílias, toda e qualquer ação deve ser planejada eticamente, pois a princípio estamos “*entrando*” no seu ambiente físico e simbólico privado e, por mais que façamos uma boa interação com a mesma, podemos estar, aos olhos da família, investidos de um conhecimento próprio, técnico, profissional que nos coloca na situação de



*“estranhos no ninho”.*

Os compromissos éticos vivenciados nesta proposta são: estar em sintonia com a realidade das famílias; compartilhar saberes; oferecer oportunidade e valorização desta, para, o desenvolvimento da família, da equipe cuidadora; propor e implementar referenciais teóricos – metodológicos para o cuidado profissional à família que promovam uma interação saudável entre seus membros, utilizando o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização para o desenvolvimento do trabalho do empregador (associação de moradores) e Conselho Local de Saúde (anexo IV).

Estabeleci um acordo com a família, a associação de moradores e o Conselho Local de Saúde, sobre os aspectos éticos, relatando que havia uma preocupação na continuidade e efetiva utilização deste estudo, para o planejamento das ações de saúde e para a melhoria nas condições de vida da comunidade, esclarecendo o direito de permitirem ou não e se retraírem a julgarem o momento.

Este trabalho, foi desenvolvido com usuários, família e comunidade da região do Monte Cristo. Acredito que utilizando a metodologia da pesquisa convergente – assistencial possa permitir o reconhecimento e identificação das situações vividas pelas famílias da comunidade.

Para a coleta de dados, utilizei como estratégia para a obtenção das informações depoimentos escritos e orais, pesquisa de documentos e relatórios. O desenvolvimento da pesquisa, processou-se e se concretizou em três etapas distintas, interrelacionadas. Apresento a seguir não só o percurso metodológico, mas toda a minha vivência e observações com a equipe no centro de saúde, com as famílias, com o conselho local de saúde e com o trabalho das assistentes sociais da comunidade, durante este período de quase nove anos, como bolsista e como enfermeira do Programa da Saúde da Família.

Apresento a seguir as três etapas:

A primeira intitulada “**Descrevendo e Desenvolvendo Projetos na Comunidade**”, desenvolvida durante o período de atuação como bolsista do Gapefam, com base nos trabalhos deste grupo realizados na mesma comunidade, onde atuo hoje como enfermeira. Ao descrever o desenvolvimento de projetos na comunidade, colocarei meu contato inicial na comunidade onde realizei meu trabalho de mestrado, anterior como membro do grupo de pesquisa com famílias, no período de 1990/1994. No final desse primeiro momento analiso as condições da comunidade no período anterior à implantação do PSF, a luz do Referencial Teórico, e da visão dos usuários.

A experiência desenvolvida, junto ao grupo Gapefam, tem uma história própria e particular; única, pode-se dizer. Nasceu a partir dos questionamentos teórico - metodológicos do grupo e da necessidade da comunidade, mais especificamente, do desejo de alguns profissionais da escola do bairro para que ali fosse desenvolvido um programa de saúde. Esta comunidade, onde o trabalho foi desenvolvido tem algumas características, que interferiram e determinaram a sistematização dos trabalhos no transcorrer do processo investigação – educação - ação.

Na segunda etapa “**Introduzindo o Programa Saúde da Família**”, destina á relatar a história da implantação e implementação do PSF nesta comunidade. Este é o momento de entrada na comunidade e de aproximação, como enfermeira do Programa de Saúde da Família, onde pude colocar em prática todo o conhecimento adquirido em comunidade nestes quase cinco anos como bolsista de um grupo voltado para o trabalho com famílias.

A Região, destaca-se à nível do Município de Florianópolis, por se tratar de uma área com grande concentração de pobreza, com população estimada em 2.000 famílias (conforme dados dos Presidentes das Associações, no ano de 1996). A região enfrenta graves problemas como: desemprego, insuficiência de

alimentação, desnutrição, precariedade de moradias e infra-estrutura urbana, evasão escolar, mendicância, crianças em situação de rua, drogadição e tráfico de drogas, violência em todos os níveis e doenças de todas as ordens, gerando um quadro caótico e preocupante, porém realista da periferia de uma grande cidade.

A terceira etapa, intitulada “**Analisando o PSF na comunidade**”, retrata o período da experiência vivenciada no trabalho da comunidade. O PSF foi implantado na Unidade de Saúde, em fevereiro de 1996, e nessa ocasião, a equipe técnica do Centro de Saúde I mudou. Na época, o Departamento de Ação Comunitária ficou responsável em promover a discussão com a comunidade em relação à proposta do PSF. O papel do assistente social, nesse momento, foi de articulação com a comunidade para conhecer essa nova proposta.

O processo de implantação do PSF, ocorreu por meio de discussão com as lideranças, compostas pelos presidentes das associações de moradores de cada comunidade. Essas lideranças foram instrumentalizadas para compreender a proposta e tomar decisões. A primeira decisão foi a compreensão e aceitação de que o PSF seria bom para a região. Outra discussão foi a forma de contratação dos profissionais que iriam fazer parte da equipe do PSF, foi resolvido que seria via associação de moradores. O maior problema apresentado, no momento, foi o receio de assumir essa responsabilidade, pois temiam que a Prefeitura (Secretaria da Saúde) não honrasse com seu compromisso, principalmente em relação ao salário dos profissionais, e a associação fosse penalizada.

Após várias discussões, houve um consenso de que, na época, a Associação de Moradores onde o Centro de Saúde está instalado, apresentava todas as condições para assumir essa atribuição. Porém, todos estavam cientes de que esse processo era de participação de todas as comunidades dentro do desenvolvimento do trabalho do PSF, e as comunidades teriam de se organizar para participarem, deliberarem sobre questões referentes ao planejamento das ações do posto, dentro da região, definindo quais as prioridades, quais os grupos

vulneráveis e quais as área de risco. Assim, a proposta do PSF foi disseminada nos vários grupos de associações comunitárias.

## 4.2. Primeira Etapa

### 4.2.1. Descrevendo e Desenvolvendo Projetos na Comunidade

É uma comunidade da periferia da capital, muitas das quais migrantes da região do Oeste do Estado, não se tendo um dado concreto de quantas famílias neste período. Nossa atuação na comunidade data de 1990/1994.

As famílias não são proprietárias da terra, ocupando-as em função da dificuldade de moradia que estavam enfrentando. Refletindo sobre nossa experiência de pesquisa participante com as famílias e a comunidade, podemos constatar que o mesmo foi um processo progressivo, não linear, onde idas e vindas eram comuns. O que mais chama a atenção, no entanto, neste processo foram o que denominamos de "*momentos significativos*", que marcaram a evolução dos trabalhos. O primeiro momento que pudemos identificar foi o de "*sendo sensibilizado*", quando mantivemos contato isolado com três famílias e com alunos e professores da escola da comunidade. Foi por meio, destas visitas tanto na comunidade quanto na escola e na busca de uma forma de trabalho conjunto e participativo com as famílias e professores que surgiram nossos questionamentos teórico - metodológicos.

As discussões resultantes nos levaram a outro momento, o de "*pensando a proposta*". Pensamos nas etapas e nas equipes de trabalho, como também na operacionalização da primeira etapa de trabalho atuação junto às famílias e à comunidade. (Hense, 1991:17-21). Na época o GAPEFAM desenvolvia outros projetos, tais como: "*Famílias nos seus Domicílios*" e o de "*Educação Continuada*". Acreditávamos que seria importante que estes projetos fossem desenvolvidos de forma articulada para o enriquecimento do grupo e aproveitamento máximo de nosso potencial de trabalho.

Foi quando, iniciamos as tentativas de conhecer a comunidade. Para isso entramos em contato com os profissionais, organizações e instituições que desenvolviam algum tipo de trabalho na comunidade. Entramos em contato com o CAPROM (Centro de Promoção e Apoio ao Migrante) que, estava desenvolvendo um trabalho junto às lideranças e moradores no que se refere à urbanização e organização da comunidade. Em seguida buscamos identificar os líderes da comunidade e entrar em contato com eles para expor e discutir nossas idéias. Este foi um momento de suma importância, pois possibilitou um conhecimento preliminar sobre a comunidade, visualizando um pouco de sua história, processo de organização, dificuldades e questões problemáticas, potencialidades e possíveis pessoas que pudessem vir a integrar o grupo do GAPEFAM.

O momento seguinte foi o *“procurando formas de se aproximar da família/comunidade”*. Os projetos *“Necessidades de Saúde de Famílias Migrantes em Florianópolis”* e o *“O Processo de Viver das Famílias: questões de saúde/doença”*, entre outros, também foram realizados, para melhor conhecimento da comunidade.

4.2.2. Analisando as condições da comunidade no período anterior à implantação do PSF, a luz do Referencial Teórico e da visão dos usuários

O processo de trabalho na comunidade iniciou-se com as famílias migrantes, buscando a construção de sua relação com a busca da **cidadania**. O “mudar” para as famílias migrantes é permeado de dificuldades de toda natureza, trazendo igualmente conseqüências negativas para a **saúde** das pessoas e da **unidade familiar**. Devido ao problema financeiro, geralmente a migração se dá em etapas, sendo o pai geralmente o primeiro a sair em busca de trabalho e moradia. Sua partida agrava a situação econômica da família, altera as relações intra - familiares, determinando mudanças na organização e funcionamento da família, na busca de uma **vida de melhor qualidade**.

Para o profissional compreender o processo migratório e suas vinculações

com a saúde, deverá integrar o **conceito cidadania** em sua prática, compartilhar seu saber com as famílias durante todo o processo migratório, posicionar-se em relação aos serviços de saúde e seus programas. E, finalmente, requer um posicionamento ético de trabalhar com as famílias pelo seu **direito** a vida com saúde e qualidade.

Neste período as principais necessidades identificadas junto às famílias foram posse da terra, moradia, saneamento, luz, recursos financeiros, recursos da comunidade, serviços de saúde e de educação e organização comunitária.

As condições de **saúde da população**, como em outras questões relativas ao nível de vida da população investigada, as condições de saúde variam em função da renda média observada em cada comunidade. Nos agrupamentos da comunidade, confirmou-se a pressuposição de um estado de saúde da população, de modo geral, bastante precário. Sem infra estrutura sanitária, com uma grande concentração de pessoas em espaço físico restrito, os habitantes dessas comunidades acham-se expostos à diversos fatores insalubres, conforme relata uma usuária:

... eu e minha família ocupamos esta área no dia 29 (vinte e nove) de julho de 1990, quando chegamos aqui não tinha água, luz, nem casa; a vida era muito precária, faltava tudo e nós não sabíamos a quem recorrer. Na saúde era pior ainda, o primeiro posto de saúde que conhecemos foi o da Coloninha. Era muito longe, era difícil conseguir um médico, não tinha ninguém influente na comunidade para nos ajudar...(USUÁRIA).

As famílias migrantes se apresentam, em sua maioria, extremamente fragilizadas e como tal, em situação de risco. Organizam-se para reivindicar seus **diretos** torna-se um desafio, uma vez que se encontram em ambiente ilegal, por ser terreno de invasão e desconhecido e por se tratar de famílias migrantes. Despertando esta para a participação comunitária levando ao **Controle Social**, a usuária coloca o quanto foi difícil mudar, e lutar pela sua cidadania,

...Vim morar na comunidade na época da ocupação passamos por

muitas dificuldades, inclusive com a falta de saneamento básico. Lutei muito juntamente com os demais moradores em busca de melhor condição de vida depois de muita luta conseguimos energia elétrica, água e por último o esgoto que ainda não supre todas as necessidades da comunidade...

A fase de assentamento, para a maioria das **famílias**, amplia suas necessidades de **saúde**, agravadas pelo fato de enfrentarem um **ambiente** desconhecido, inseguro e insalubre. As más condições de vida, trabalho e saúde no lugar de origem, tem levado a ansiedade, conflitos e estresse nos diferentes **membros da família**, levando a decisão de migrar na esperança de encontrar um novo **ambiente**.

No seu processo de viver, o **ser humano** poderá vir a sentir necessidade de migrar de um ambiente para o outro. No processo de migração, o indivíduo, grupo ou família sofrem mudanças bruscas de **ambiente**, gerando necessidades e cuidados gerais e específicos deste momento, voltados para a **assistência de enfermagem tanto individual com familiar**.

Assim, como coloca o Presidente da Associação de uma das comunidade, que a saúde:

...De início não havia posto de saúde neste bairro, tinha somente o Centro Comunitário. As famílias iam em outros postos em busca de médico. Só em 1986 que foi providenciado um consultório, no próprio Centro Comunitário e como enfermagem uma voluntária do próprio bairro; ficamos 05 (cinco) anos nesta agonia. Foi abaixo de muita luta que conseguiram o convênio da Associação com a Prefeitura, para aumentar o posto e conseguir verdadeiros profissionais. No ano de 1991, foi construído o posto, de começo era muito bom porque não tinha tantas comunidades e o atendimento era melhor...

Esta demonstrada a importância de conhecimento prévio da comunidade, para sabermos em que questões e quais os problemas devemos enfrentar no início do trabalho, na comunidade.

### 4.3. A Segunda Etapa

#### 4.3.1. Introduzindo o Programa de Saúde da Família

A região onde foi realizado o trabalho, encontra-se na área continental do município de Florianópolis e compreende seis comunidades onde as apresento de A/B/C/D/E/F, em anexo coloco o mapa das comunidades (anexo V), tendo como vizinhos os bairros de Capoeiras, Sapé, Jardim Atlântico e Procasa, este último pertencente ao município de São José.

Apresento as comunidades atendidas pela Unidade de Saúde da Família da região, sendo elas:

**Comunidade A:** Originada do processo de ocupação em área pública (COHAB), tendo similaridades em relação às configurações das demandas sociais, mas com história de ocupação diferenciada. Esta comunidade teve sua formação a partir de 1991, de forma desordenada.

**Comunidade B:** Formou-se a partir de uma ocupação organizada, assessorada por movimentos sociais ligados à questão da terra em 1989.

**Comunidade C:** É a comunidade de formação mais antiga, a partir de 1975.

**Comunidade D:** Conjunto Habitacional com aproximadamente 800 apartamentos da COHAB .

**Comunidade E:** conjunto residencial da COHAB.

**Comunidade F:** A sua ocupação foi por volta de 1980, sendo ela e as duas últimas as mais estruturadas e organizadas, na questão de ruas, saneamento e domicílio.



Essas comunidades são formadas em sua maioria, por pessoas oriundas do Oeste e Planalto Serrano do Estado. Segundo dados do Relatório da Situação Sócio-Econômica da Região do Continente, evidencia-se que nessa região a inserção no mundo do trabalho é através do sistema informal, visto que predominam os serviços autônomos, relacionados aos "biscates", não regularizados, provocando instabilidade e fragilidade da renda familiar e conseqüente pauperização, além do desemprego que agrava os problemas sociais. Em relação à renda familiar, a predominância é de dois salários mínimos, o que denota o nível de carência das famílias. Em relação à saúde, a desnutrição é um problema grave na região.

Outros problemas citados nesse diagnóstico realizado pelo DAC – Divisão de Ação Comunitária do Continente, é a questão de segurança, sendo que drogas, roubos, violência, são ao mesmo tempo causa e efeito das precárias condições de vida dessas populações, destacando-se o baixo índice de escolaridade, o desemprego, falta de perspectiva profissional para jovens e adultos e desestruturação afetiva do núcleo familiar.

Com a ampliação do espaço físico da Unidade de Saúde, em 1996 e com a implantação de duas equipes do Programa Saúde da Família, acreditou-se, num primeiro momento, terem sido resolvido alguns impasses. Entretanto, a realidade local e o cotidiano do atendimento, vêm demonstrando que há muito que se investir para garantir aos moradores acesso adequado e digno à saúde, bem como para implementar trabalho educativo/preventivo as demandas específicas (crianças, desnutridos, gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, as famílias em situação de risco, etc.).

Apresento por tópicos a introdução do programa saúde da família:

**a) O convênio:** O convênio entre Ministério da Saúde e SSDS prevê recursos próprios, investindo dinheiro do Fundo Municipal de Saúde para a reforma dos Centros de Saúde. Este convênio 113/95, firmado entre a SMS e a

Associação de Moradores do Bairro, celebram a implantação do PSF, na comunidade.

**b) A seleção:** O processo de seleção dos profissionais da equipe do PSF deu-se através de um convênio com as associações comunitárias. A SMSDS repassa os recursos e as associações contratam os profissionais. O processo de seleção dos profissionais realizou-se de dezembro de 95 a janeiro de 96 e, em 26 de fevereiro, iniciou-se o processo de treinamento das três equipes de Saúde. Juntamente com esse processo, as equipes desenvolveram reconhecimento da área a ser trabalhada e o cadastramento das famílias. Em 25 de março de 96, foi efetivado o atendimento no Centro de Saúde e no domicílio. Foram dois meses de treinamento, depois de um trabalho de conhecimento da área de abrangência<sup>12</sup> e cadastramento<sup>13</sup> das famílias em suas comunidades, para que as duas equipes do PSF do bairro começassem a planejar as ações, dentro das micro áreas<sup>14</sup>, uma micro área de saúde está definida pela área de responsabilidade de um ACS.

Coloco a entrevista concedida no dia 11/04/2000, pela Assistente Social, M.S.P, da Divisão de Ação Comunitária – DAC de Florianópolis, que vivenciou melhor todo este processo de implantação do PSF na Região, pois acredito ser uma maneira de formular e entender melhor a dinâmica de implementação, que irei abordar a seguir. A assistente social M. tem uma vivência de dez anos de trabalho nesta comunidade, sempre buscando a participação comunitária das famílias:

---

<sup>12</sup> **Área de abrangência:** significa a área de responsabilidade de uma unidade ambulatorial de saúde quanto as suas tarefas de vigilância à saúde. Delimita-se em função do fluxo e contra-fluxo da população num determinado território e de critérios de acessibilidade aos serviços. Após a implantação do PACS/PSF, uma Área de Abrangência encontra-se concomitantemente formada por setores censitários e por micro-áreas de saúde, coincidentes ou não.

<sup>13</sup> **Cadastramento:** primeira etapa de trabalho do agente comunitário de saúde, que consiste na visita aos domicílios de sua micro-área pré estabelecida e que se dará através do preenchimento da ficha cadastral, instrumento de coleta de dados estabelecido pela SMS para atender tanto ao SIAB quanto aos interesses específicos do município.

<sup>14</sup> **Micro-área:** no manuseio da micro-área pelo ACS se dá pelo percurso programado de logradouros, mediante a utilização da mapas e plantas cadastrais utilizados na atualização cadastral do IPTU, alcançando-se assim a 100% das unidades domiciliares do município. Cada Micro-Área poderá possuir entre 130 e 250 famílias, exceto em casos excepcionais.

Nós tivemos oportunidade de acompanhar esse processo desde o início, pois já fazíamos um trabalho na região. Quando começamos a trabalhar, existia apenas um posto de saúde funcionando precariamente, com sérios problemas, principalmente de pessoal, e de relação com a própria comunidade. Primeira providência foi de articulação do posto de saúde com a comunidade, por considerarmos que a saúde da população está diretamente ligada às condições de vida, partindo do entendimento de saúde de forma mais global. De uma forma muito incipiente, juntamente com a médica e a coordenadora do posto, montamos várias atividades. Essa época é precursora do PSF. Fizemos, inicialmente, um trabalho junto às creches, semanalmente as crianças eram consultadas, para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento. Outro trabalho realizado foi de formação de agentes de saúde, onde foram treinados 03 moradores da comunidade. Esses agentes comunitários de saúde foram, posteriormente, trabalhar no PSF e, atualmente, um deles ainda faz parte da equipe. Também foi iniciado, nesse período, pela Prefeitura, o Programa "Leite é Saúde" para crianças desnutridas, e com orientação às famílias, que tiveram acesso a muitas informações de saúde, da organização comunitária e questões como saneamento básico e meio ambiente. Foi uma época bastante fértil de trabalho, apesar de todas as dificuldades que o posto apresentava. Nessa época, a Prefeitura Municipal de Florianópolis juntamente com a Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, iniciou um processo bastante revolucionário de descentralização, através de oficinas de territorialização, dentro de uma nova ótica de saúde. Fomos chamados para participar dessas oficinas, fazendo diagnóstico e planejamento das ações a nível local. Todo esse processo de discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde foi bastante enriquecedor. As Oficinas de Territorialização, do ano 94 realizada, pela Secretária de Saúde e Desenvolvimento Social/Divisão de Ação Comunitária - SSDS/DAC, tinham como objetivo articular os técnicos da saúde e as lideranças das comunidades, a fim de que percebessem a realidade da região sob sua responsabilidade, numa visão político-social, realizando um diagnóstico das doenças de maior incidência nas unidades e sua relação com a realidade local. Foram discutidos os seguintes temas: O que é saúde? Quem pensa em saúde e como fazer? A primeira oficina realizada em 16/12/94 foi denominada "Diagnóstico Local", e a segunda realizada em março/95 foi denominada de "Oficina de Planejamento e Programação", que tiveram como objetivo identificar e explicar os principais problemas da área de abrangência. Com o resultado dessas oficinas foram priorizados algumas questões como: lixo e desnutrição infantil. Diante de toda essa situação de carência, as regiões do Monte Cristo e Vila Aparecida, foram escolhidas pela SSDS para iniciar o trabalho com o PSF.

Os critérios de escolha dessa região, segundo M., devem ter sido pela precariedade do próprio posto, poucos profissionais e porque ninguém queria trabalhar naquela região. Também em razão dos resultados obtidos através da realização das oficinas de territorialização, que possibilitaram o conhecimento dos reais problemas sociais da região, principalmente na área da saúde. Todo esse quadro demonstra que a interferência nas questões de saúde deve ser realizada

de forma mais ampla e com a comunidade.

Em razão dos resultados obtidos através da realização das oficinas de territorialização<sup>15</sup> que possibilitaram o conhecimento dos reais problemas sociais da região, principalmente na área da saúde. Todo esse quadro demonstra que a interferência nas questões de saúde devem ser realizados de forma mais ampla e com a comunidade.

#### 4.3.2. Implantação e Implementação do PSF na Comunidade

Após a caracterização da comunidade explicitada nos itens anteriores e com a realização do cadastramento das famílias, realizado pela equipe do programa saúde da família no início de Fevereiro de 1996, inicia nosso trabalho relacionado a implantação do PSF. A história da implantação e implementação do PSF, na comunidade, refere-se ao período de 1996/2000.

**a) As Soluções Locais:** Buscando encontrar soluções coletivas para os problemas de saúde da comunidade, a capital de Florianópolis, implantou equipes de trabalho, em áreas carentes para fazer atendimento domiciliar e criar grupos de debate sobre a saúde. Em Florianópolis, foram implantadas três equipes: uma na Vila Aparecida e duas na região Monte Cristo (que fazem parte as seguintes comunidades de Chico Mendes, Novo Horizonte, Promorar, Nossa Senhora da Glória, Panorama e o próprio Monte Cristo), conforme mapa da comunidade no (anexo V).

**b) A organização:** Inicialmente, os profissionais fizeram o reconhecimento da região, visitando as comunidades. A primeira atividade do PSF foi o cadastro realizado de casa em casa, sendo também interpretado e divulgado, e aos poucos

---

15 Oficina de Territorialização: Nela a equipe de saúde vai ter a oportunidade de conhecer melhor a comunidade.

a comunidade foi sendo informada do novo modo de atuar dos profissionais da saúde na região. Participamos dos treinamentos realizados para os profissionais que integravam as duas equipes de PSF no Monte Cristo e uma equipe na Vila Aparecida. A seguir foi organizado o programa de trabalho no Centro de Saúde. Uma agenda de marcação de consultas foi implantada para facilitar o atendimento à população, tanto para atendimento no Centro de Saúde, grupos e no domicílio. Além disso, buscou-se facilitar o processo de conhecimento do paciente e do controle na continuidade do seu tratamento.

**c) A Comunidade:** A partir do resultado do cadastro iniciado pela equipe do PSF, e após o recadastramento realizados pelos agentes comunitários de saúde – PACS, obtivemos o seguinte diagnóstico da comunidade. A pobreza, a marginalidade e falta de infra-estrutura convivem lado a lado com esperança, no trabalho realizado pela equipe do PSF da SMS. São uma média de 3.000 famílias cadastradas (no ano de 1999 pelos Agentes Comunitários de Saúde) e acompanhadas no ano 2000 esta mesma média pelos agentes, totalizando um universo de mais de 15 mil pessoas, sendo que a maioria desta população é atendida e encaminhada para o centro de saúde, onde atuo. Totalizando 1.325 crianças até 5 anos; 265 crianças desnutridas; 111 gestantes; 438 hipertensos; 212 diabéticos, etc. O programa foi planejado para trabalhar com prevenção de doenças e promoção da saúde, mas o cotidiano da equipe é bem diferente, devido ao grande número de pacientes em condições graves, geradas principalmente pela situação social. Escondido em uma ruela, o pequeno posto atende todas as comunidades do bairro. Por atender um número de pessoas acima da capacidade prevista no programa, dificuldades de pessoal e de recursos são frequentes.

**d) Composição familiar:** A média de pessoas por domicílio cresce quando incluímos os parentes que, em alguns casos, são mais numerosos do que a família nuclear original composta pelos pais e filhos. Incluindo todos os moradores, a média de pessoas por domicílios chega a 5,3. Podemos constatar que as famílias, tem muitas vezes de 08 a 14 membros. Esses números ganham

mais significado quando relacionados com condição da moradia e as condições econômicas dessas famílias. Ou, uma família com 8 pessoas, vivendo num barraco de 2 cômodos e com renda familiar de um salário mínimo mensal, relacionando esses dados com a idade geral dos moradores, praticamente 38% estão na faixa de 0 a 14 anos de idade, felizmente são poucos os idosos nessa comunidade.

**e) Procedência das famílias:** O fenômeno da migração interna no Brasil iniciou-se sobretudo na década de 70, como resultado da política econômica da ditadura, também chamada de “milagre econômico”. Para grande massas de trabalhadores, especialmente do campo, o maior “milagre” foi o de conseguir “sobreviver”, uma vez que teve de abandonar sua terra, seu trabalho, sua família, amigos e suas raízes, enfim, fixou-se nas periferias de cidades, submetido a condições precárias de moradia. Desde então o movimento migratório não parou, acompanhando as características da economia de cada Estado. Contudo, é importante salientar, que esse período migratório nesta região começou nos últimos 14 anos, ou seja, na década de 80 e 90. A maioria dos migrantes veio em busca de trabalho e melhores condições de vida. Parece um paradoxo, mas até mesmo famílias que viviam em barracos à beira da Via Expressa, dizem que a vida aqui melhorou, pois é mais fácil conseguir algum tipo de trabalho, mesmo que seja biscate. Porém, com uma renda familiar que vai desde meio salário mínimo, esta melhora não foi significativa, embora, nas falas dos usuários “aqui é melhor porque é sempre possível fazer alguma coisa, ou receber alguma ajuda”.

**f) Situação de Trabalho e Rendimentos:** As mulheres que trabalham na faxina dizem que no interior não conseguiam trabalho e, quando conseguiam uma faxina, as patroas não pagavam mais que R\$15,00. Apenas algumas pessoas tem emprego regularizado, os demais realizam trabalhos irregulares, sem nenhuma estabilidade, referindo-se cheios de incertezas. Os biscateiros e papeleiros não tem nada assegurado, como também parte das faxineiras e, dependem principalmente da “sorte”. As famílias tem como renda entre 1 e 3 salários mínimos. É nesta faixa que se situa a maioria das famílias. Também existem

famílias sem nenhum tipo de rendimento. São famílias numerosas e que, provavelmente, fazem parte das muitas que lançam mão “pedindo ajuda” nas esquinas, nos terminais, nas portas das panificadoras, supermercados, etc.

**g) Habitação:** A situação de moradia é típica das ocupações. Trata-se de uma área, entre muitas outras, de ocupação desordenada, sem nenhum planejamento urbano. É o que os autores chamam de “espoliação urbana” que vem acompanhando o processo de exclusão social e econômica desses brasileiros. A ocupação se deu sem prévio delineamento dos terrenos, sem traçado de rua, a construção das casas também não seguiu nenhuma regra. Muitas delas foram construídas nos finais de semana ou à noite, para que não fossem derrubadas, antes mesmo de serem construídas. Portanto, esses bairros são aglomerados de casas (muitas delas são apenas barracos), separadas por “becos” que mais parecem “labirintos”, que “abrigam” centenas (ou milhares) de trabalhadores.

**h) Água/Luz/Saneamento:** Algumas das comunidades do bairro, possuem peculiaridades quanto a problemas básicos de infra estrutura e saneamento básico de acordo com a forma de ocupação da terra pela população. Estas ocupações podem ser mais organizadas, ou desordenadas, dependendo da comunidade e moradores que ali vivem e de como migraram.. Desconsiderando as especificidades, as comunidades tem se organizado sistematicamente na luta pela aquisição dos direitos básicos, citados. Atualmente os problemas são graves, principalmente com relação ao sistema de esgoto, ultrapassado em sua capacidade. Em algumas, foi recém implantada a rede de esgoto. O esgoto a céu aberto é um elemento de incremento às principais doenças da população. O lixo é uma das dificuldades sérias enfrentadas em todas as áreas. Problemas na coleta e necessidade de trabalho educativo/conscientização, são os pontos chaves da situação. A água da região é servida pela rede da CASAN, mas é contaminada, em muitos casos pelas precárias situações das “mangueiras”, no caso dos encanamentos clandestinos. Ocorrendo falta de água sempre, principalmente nas temporadas quando o abastecimento é voltado quase que, exclusivamente para

as praias. Com relação a luz, existem muitos “rabichos”, colocando em risco a segurança dos moradores. As condições de infra estrutura e saneamento básico nas comunidades é fator determinante na saúde da população.

**i) Educação:** Na questão educacional, algumas situações chamam mais à atenção. As crianças de 0 a 6 anos de um modo geral, não estão em berçários, creches ou pré-escolas. Se considerarmos tratar-se de uma comunidade onde o número de mães desempregadas é alto e um dos motivos é não ter onde deixar as crianças, este é um fato relevante que merece ser tratado devidamente. A existência de creches suficientes, não só permite que as mães trabalhem, como também, em muitos casos, possibilita uma alimentação mais adequada. A rotatividade das famílias, como também suas precárias condições de vida acabam prejudicando a freqüência regular à escola.

**j) Alimentação:** A realidade nutricional das famílias com base alimentar no arroz, ou no arroz e feijão, revela grande vulnerabilidade frente as mais variadas doenças, reforçada por pesquisas que mostram a relação da patologia com os grupos ou classes sociais a que pertencem. O fato das autoridades sanitárias terem colocado a desnutrição na ordem das doenças de notificação compulsória, foi o primeiro passo, para combatermos a desnutrição infantil, juntamente com os Programa Leite é Saúde e Cesta Nutricional, específica deste município.

Relaciono a seguir, a análise do processo da implantação do programa saúde da família, a luz do referencial teórico e da visão dos usuários.

#### 4.3.3. Relacionando o Processo da implantação do PSF, como Referencial Teórico

Chegamos a um perfil típico dos **usuários** e das **famílias** residentes na periferia da cidade, com traço marcante nas carências sócio - econômicas, motivo principal que os trouxe à cidade. Embora insistam em afirmar que suas vidas



**melhoraram** no espaço da cidade, vivem precariamente, ligados ao subemprego, com uma renda mensal que demonstra o grande malabarismo em fazer para viver, a luta que travam para sobreviver num espaço em que necessitam de adaptação constante. Estas carências são visíveis também nas condições de infraestrutura da região em estudo, na falta de redes educacionais da pré escola, que impossibilitam a participação feminina na renda familiar.

A situação das **famílias** é também caracterizada por problemas sociais de natureza diversa, tais como atentados freqüentes aos **direitos humanos**, exploração e abuso, barreiras econômicas, sociais e culturais ao desenvolvimento integral de seus membros. Faz-se necessário um contínuo acompanhamento do processo de mudanças que as afetam, em seu **ambiente** bem como o desenvolvimento de perspectivas e abordagens teóricas que possibilitem a sua compreensão, cobrindo não somente os aspectos relacionados ao mundo intra - familiar, como também os relacionados à dinâmica das **políticas sociais** no país.

A questão da **saúde** e da **doença** é, acima de tudo, uma questão social. As políticas do governo não tem questionado as causas da fome, da doença e da mortalidade. Os motivos de internação das crianças desnutridas, estampam com clareza, sem esforço de análise, um perfil epidemiológico típico do país, onde se apresentam doenças como a pneumonia, bronquite e infecções intestinais que, num contexto de desenvolvimento social, são doenças que já não necessitam de internações, pois são preveníveis e facilmente tratadas. Indicadores de saúde revelam a queda da mortalidade infantil, desnutrição e outras patologias sempre que há incremento do saneamento básico (tratamento de água, coleta de lixo, sistema de esgoto).

Esse fato indica a necessidade de **assistência** voltada ao indivíduo/família/comunidade e de ações coletivas de cunho preventivo, no âmbito da vigilância à saúde, como também de políticas que ataquem as causas geradoras desta situação. O mesmo se repete em relação às doenças mais freqüentes em adultos. Muitas pesquisas já demonstraram que o tipo de patologia mais freqüente

varia de acordo com os grupos ou classes sociais (Ortiga, 1999).

Para o profissional compreender o processo migratório e suas vinculações com a saúde, deverá integrar o **conceito cidadania** em sua prática, compartilhar seu saber com as famílias durante todo o processo migratório, posicionar-se em relação aos serviços de saúde e seus programas. E, finalmente, requer um posicionamento ético de trabalhar com as famílias pelo seu direito à uma vida com saúde e com qualidade.

Neste período as principais necessidades identificadas junto às famílias foram posse da terra, moradia, emprego, saneamento, luz, recursos financeiros, recursos da comunidade, serviços de saúde e de educação e organização comunitária.

As condições de **saúde da população**, como em outras questões relativas ao nível de vida da população investigada, variam em função da renda média observada em cada comunidade. Nos agrupamentos de comunidades carentes e no bairro Monte Cristo, confirmou-se a pressuposição de um estado de saúde da população, de modo geral, bastante precário. Os habitantes dessas comunidades acham-se expostos à diversos fatores insalubres, como por exemplo, sem infra estrutura sanitária, com uma grande concentração de pessoas em espaço físico restrito .

Objetivando a conclusão da análise do perfil Sócio/Econômico das famílias atendidas pelo PSF, podemos identificar a **família** da região, a partir de várias características. Não se poderia deixar de referir os aspectos econômico/financeiros para viabilizar **políticas** dirigidas às famílias. Na realidade, quando esta deixa de cumprir suas funções básicas junto a seus membros, acaba gerando custos sociais e financeiros adicionais, na medida em que iniciativas públicas e privadas compensatórias, que nem sempre são eficazes, tornam-se necessárias para cobrir demandas dali originadas.

#### 4.4. Terceira Etapa

Nesta última etapa apresento a análise do PSF, como enfermeira de campo trabalhando com famílias.

4.4.1. Analisando a Implantação e Implementação do PSF, através de suas ações na comunidade

Fazem parte deste programa as seguintes ações:

**a) Atendimento na Comunidade:** É uma das atividades realizadas durante o cadastramento das famílias, na identificação dos fatores de risco, nos levantamentos e análises de dados, nos momentos de ações educativas, na promoção e participação no controle social e em muitas outras atividades, que envolvem a comunidade. Uma das formas atendidas é a oficina de territorialização, em que são levantados os problemas da comunidade e elencados o que a equipe irá trabalhar, buscando a eficiência e eficácia aos trabalhos do PACS e do PSF.

**b) Diagnóstico de saúde da Comunidade:** a equipe realiza o cadastramento e o diagnóstico de saúde da comunidade de sua área de abrangência, de modo que possibilita organização e planejamento das atividades de proteção, promoção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, bem como, gerar informações para atualização, análise e diagnóstico da situação local.

**c) Visita domiciliar das famílias na comunidade:** Como ponto diferencial do PSF está a visita domiciliar. Pasta na mão, disposição para caminhar pelas ruelas e morros das comunidades. A atuação das equipes nas visitas domiciliares tem como finalidade monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe realiza visitas programadas ou voltadas ao atendimento das demandas espontâneas, sendo quando solicitadas por qualquer membro da família, pelo o agente comunitário ou quando a equipe tem qualquer família em situação de risco

(doenças, negligência, prevenção, etc). As visitas domiciliares podem ser realizadas por qualquer membro da equipe, sempre acompanhada pelo agente comunitário da família. É uma ação essencial ao processo de vigilância à saúde e integração entre a equipe do PSF e a comunidade. As visitas são realizadas pela equipe de forma programada e solicitadas, pela família ou principalmente pelo ACS, pois é este que acompanha as famílias e repassa para a equipe as condições de saúde das famílias.

**d) Participação em grupos comunitários:** A partir dos problemas levantados na comunidade, a equipe e os ACS deverão estimular a participação em atividades de grupo, abordando temas pertinentes, à organização e ao controle social. Para isso, a equipe do PSF organizou e reorganiza a formação de “grupos de saúde com problemas específicos” como, por exemplo, a criação de um grupo de pessoas com Diabetes, Hipertensão e Desnutridos e os grupos encerrados por falta de espaço físico no centro de saúde ou centros comunitários como o grupo de gestante, cozinha alternativa. Sob a orientação de um profissional do Centro de Saúde, os pacientes se reúnem mensalmente para discutir o processo da doença e as formas de tratamento e medidas preventivas. Deste modo, é possível ampliar a cobertura da assistência de saúde na comunidade. A proposta é ampliar estes grupos para que eles se tornem multiplicadores de informações e formem novos grupos com o apoio da equipe, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a solução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades. A participação de entidades na comunidade, como: Pastoral da Criança; Pastoral da Saúde; entre outros é de extrema importância para todos os processos do Programa.

**e) Atendimento nas unidades básicas de saúde:** O PSF e o PACS, deverão estar vinculados a sistemas locais de saúde, que tem suas atividades, mas que é fundamental para contribuir com todo esse processo novo de atendimento. Sendo que cada programa de saúde deverá se adequar as necessidades locais, priorizando os problemas levantados nas oficinas de territorialização e pelos Conselhos Locais de Saúde, pela equipe e pelos ACS.

Esta unidade de saúde atende também sua área de abrangência tanto em demanda espontânea como organizada. Atualmente a situação da unidade de saúde onde o trabalho foi desenvolvido é grave pois, o espaço físico da Unidade de Saúde onde atuo é extremamente limitado para o atendimento da demanda, não oferecendo condições de trabalho e atendimento, nem aos profissionais da unidade, nem aos usuários. O número de profissionais técnicos (médico; enfermeira e auxiliar e técnico de enfermagem) é deficitário, considerando a relação estabelecida entre o número total de famílias (média de 3.000) e o número de equipes do PSF (duas equipes), sendo uma relação de 600 a 1.000 famílias por equipe, ficando 1.000 famílias a mais para a equipe atender, pois não podemos limitar nosso atendimento as famílias escolhendo quais iremos beneficiar. Esta defasagem tem contribuído para o desgaste máximo dos profissionais, que estão permanentemente trabalhando no limite de suas capacidades, bem como tem inviabilizado a produção de ações de cunho educativo/preventivo que vem ser a tônica da proposta do PSF. As poucas ações que estão em andamento dentro desta lógica tem revelado que são necessárias e fundamentais para alterar a realidade vigente. Falta estrutura para atender grande número de pacientes, profissionais da equipe técnica, apontam a grande demanda dos serviços como principal causa de dificuldades no atendimento:

As autoridades estaduais e federais precisam entender a pressão social que a cidade recebe, pelo deslocamento migratório.

No centro de saúde trabalham duas equipes técnica do Programa de Saúde da Família, sendo a equipe composta por: dois médicos, duas enfermeiras, uma técnica e três auxiliares de enfermagem e duas agentes comunitárias do PSF (incorporadas pelo centro de saúde na parte administrativa). E também com funcionários da Secretaria Municipal da Saúde sendo: um médico, um odontólogo, uma auxiliar de dentista, uma auxiliar de serviços gerais. Os trinta e seis agentes comunitárias do PACS, atuam na comunidade na vigilância à saúde de: crianças, gestantes, diabéticos, hipertensos, hansenianos, tuberculose e nas demais famílias. Por ser uma área de risco cada agente comunitário de saúde não segue a regra do Ministério da Saúde até 120 famílias, sendo que cada agente

acompanha uma média de 80 famílias.

**f) Conselho Local de Saúde:** Com a implantação do PSF, foi criado o primeiro Conselho Local de Saúde - CLS de Florianópolis. Com o decorrer das reuniões, foi criando uma instância de deliberação local sobre as questões de saúde, levando suas propostas e reivindicações para o Conselho Municipal de Saúde, até porque, precisamos tomar consciência da importância desse fórum de saúde, coisa de que, até então, no início dos trabalhos não tínhamos muito conhecimento. Hoje, a comunidade, conta, com representação de membros dentro do Conselho Municipal de Saúde. Na região existem organizações comunitárias em todas as comunidades das associações de moradores legalmente constituídas. No final do ano 2000 o CLS não teve encontros e reuniões devido a participantes deste, serem candidatos a vereador pelo município.

**g) Sistema de Avaliação e Controle:** Não existe nada oficial até a presente data, somente o SIAB em relação a produção das equipes. As equipes do PSF e do PACS trabalham dentro da realidade apresentada no cotidiano da comunidade. O SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, segundo a portaria GMMS número 157, de fevereiro de 1998, no seu artigo 12 estabelece que os recursos previstos para o incentivo que os municípios estão recebendo do Ministério, para manutenção do PACS e PSF, só será repassados ao Fundo Municipal da Saúde, se o município alimentar este Sistema em nível nacional. Se o município deixar de alimentar o Sistema com os seus dados referente (consultas da equipe, procedimentos de enfermagem, visita domiciliar, vigilância à saúde dos ACS, entre outros), por dois meses consecutivos, ou três meses alternados os incentivos na NOB/96, serão suspensos. Esse banco de dados do SIAB se faz necessário para a manutenção e implementação das ações a serem desenvolvidas pelo município.

4.4.2. Relacionando o Processo de Avaliação dos Usuários referente a

## Implantação e Implementação do PSF, na comunidade, com o Referencial Teórico

No sentido de conhecer mais amplamente como vem sendo operacionalizado, na prática, o PSF, foi realizando pesquisas, trabalhos na busca de uma amostragem para analisar a visão dos usuários, conselheiros de saúde, da equipe técnica a respeito da implantação e implementação do PSF, que apresenta diferentes e contraditórias perspectivas sobre o seu processo no município de Florianópolis, mais especificamente na comunidade.

Uma das pesquisas realizadas a pergunta foi lançada pela equipe do CSI, para 100 usuários, com objetivo de detectar o nível de assimilação dos usuários acerca dessa nova proposta de trabalhar a saúde naquela região. Tendo como base os seguintes aspectos: O que é o PSF? Se houve melhora após a implantação do Programa, tanto, em nível do atendimento médico, atendimento da equipe de enfermagem, das assistente sociais, atendimentos de enfermagem, visita domiciliar, grupos, entre outras famílias.

A base de atuação da equipe do PSF são as unidades de saúde, incluindo as seguintes atividades: cadastramento, atendimento médico e de enfermagem, atendimento básico de enfermagem, a organização da demanda, o trabalho em equipe, a atenção domiciliar, curativos domiciliares, internação domiciliar, o trabalho com grupos comunitários e a educação permanente.

No depoimento, o usuário apresenta uma visão ainda assistencialista e paternalista do atendimento à saúde:

*Já ouvi falar na televisão, é ajudar as pessoas carentes, sopas, ir nas casas, fazer curativo... (USUÁRIO/99)*

Percebemos, claramente, através dos usuários entrevistados, que mesmo nos dias atuais, grande parte das pessoas são levadas a pensar saúde numa visão assistencialista, como um favor e não como um direito social.

Quanto aos depoimentos dos conselheiros sobre sua concepção do PSF, percebemos uma visão mais ampliada e crítica sobre o programa:

PSF é um programa de trabalho na comunidade, nas casas, de prevenção a doenças, que, na verdade, não está funcionando como era para funcionar, porque a demanda é maior que as equipes que existem. Para funcionar bem, teria que ter mais equipes. Porque o plano do PSF é para ser desenvolvido no trabalho com a comunidade (Conselheiro de Saúde/2000).

Segundo o Ministério da Saúde, uma equipe de PSF deverá atender entre 600 a 1.000 famílias ou até 4.500 pessoas. Na região, há 02 equipes de PSF que, segundo informações das associações de moradores e resultados cadastrais parciais pelos ACS, possui uma população aproximada de 3.000 famílias. Na verdade, as equipes atendem o dobro da população da sua área de abrangência. E os próprios profissionais da equipe tem que exercer outras funções como: administrativas, de coordenação, indo além de deveria ser sua atribuição dentro de uma equipe de PSF para melhor funcionar.

Nesse depoimento, o conselheiro não percebe nenhum resultado positivo do trabalho do PSF e critica dizendo que os profissionais devem trabalhar na comunidade e não desenvolver um trabalho apenas burocrático. Por outro lado, o trabalho na comunidade, fora do posto de saúde, é apenas uma das atribuições, mas também a equipe deve garantir os outros atendimentos de atenção básica de saúde que são inerentes a uma unidade básica de saúde.

De acordo com Rezende (1989, p.104),

*a falta de uma política que priorize a promoção de saúde e prevenção de doenças converge para fixação de esforços no atendimento da demanda sentida, eminentemente curativa, em detrimento das ações que visem a antecipar as necessidades de saúde.*

A fala acima é relevante na medida em que aponta a necessidade de uma revisão das ações de saúde, que devem extrapolar os limites da unidade de saúde. No entanto, é importante salientar, a dificuldade quanto à demanda que é



maior do que o número de equipes que existem na unidade. Esses aspectos apontados pelo conselheiro, constituem o espaço para a criação de estratégia de trabalho que oportunize o debate e a reflexão com os mesmos sobre ações de natureza preventiva, como, pôr exemplo, reuniões, trabalho com grupos, palestras.

De acordo com os depoimentos de alguns usuários, a falta de profissionais e da implantação de mais equipes do PSF, pois temos um excedente de mil famílias, para atender toda a população adscrita daquela região, resulta na não efetivação de ações de saúde que sejam suficientes para atender toda a demanda do posto de saúde. No entanto, nas unidades de saúde, a equipe tem procurado, apesar das dificuldades de todas as ordens, se empenhar no desenvolvimento de ações voltadas ao atendimento pelo menos dos usuários. Ou seja, enquanto a equipe tem procurado referenciar a demanda que necessita de atendimento especializado, esta não encontra oferta de serviços suficientes para tratamentos tais como: oftalmologia, neurologia, ortopedia, etc, especialidades estas não disponíveis nas unidades de saúde e que são agendadas via central de marcação de consultas.

Além disso, para acontecer uma efetiva reorientação do modelo assistencial:

*É necessária uma reformulação das concepções e das práticas de administração sanitária e dos modos de se organizar a atenção à saúde de acordo com as prioridades locais: expansão da rede pública e incorporação de recursos humanos, não só para atendimento clínico individual, mas também especialistas em Saúde Pública, capazes de realizar vigilância sanitária e epidemiologia, bem como ações de caráter preventivo e de educação em saúde (MENDES, 1998).*

Alguns expressaram a importância do programa para a comunidade e citaram em suas respostas algumas atribuições da equipe de saúde da família como:

PSF é o acompanhamento às famílias, o cadastramento e as visitas em

casa (USUÁRIO).

Os entrevistados não revelam uma compreensão clara do que é PSF e qual sua atuação naquela região. O PSF não tem a responsabilidade, apenas, de acompanhamento, visitas e cadastramento, mas sim de:

Desenvolver atividades de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, com as seguintes atribuições: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, identificar os problemas de saúde; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral, resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (Ministério da Saúde, 1997).

O Ministério da Saúde preconiza, teoricamente, uma série de critérios para a viabilização e implantação de uma equipe de PSF. Tais pressupostos, no entanto, para serem efetivados ainda necessitam de muitas condições de infraestrutura, de apoio por parte da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Essas questões são imprescindíveis para a atuação e efetivação da verdadeira proposta do PSF, tão preconizada e defendida pelo governo federal.

A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento das demandas espontâneas, estimulando a **participação** em grupos comunitários, através de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a solução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades. Para o processo de visitas domiciliares, são priorizados os pacientes que não podem deslocar-se até o Centro de Saúde e as famílias com problemas sociais graves e principalmente os agentes comunitários de saúde, no seu acompanhamento mensal ou diários, na atividade de vigilância à saúde da população, conforme as necessidades dessas famílias.

Para divulgar o trabalho do PSF nas comunidades, no início da organização, foi criado o jornal da comunidade, *comunicando vida* (anexo VI), com exce-

lente absorção por parte das famílias no período inicial, da divulgação referente ao programa e as atividades do centro de saúde, este jornal não continuou, devido a falta de verbas.

Entre as **famílias** cuidadas, a **saúde** também é mencionada como

estar em condições de trabalhar de realizar atividades, como ter coragem e disposição para o trabalho e para a própria vida (USUÁRIO).

sendo a **doença** representada como "incapacidade para o trabalho" (USUARIO).

Estar com **saúde** relaciona-se estar produzindo, trabalhando, agindo. Ao contrário, estar **doente** relaciona-se à incapacidade para o cumprimento de tarefas entendidas como obrigatórias.

O **direito à saúde** está intrinsecamente ligado ao **direito à vida**. Ter **saúde** exige alimentação adequada, condições de trabalho saudáveis, moradia digna, saneamento básico, meio **ambiente** protegido e conservado, possibilidade de lazer, informação. É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes. Garantir a **saúde** da população é tarefa de todas as áreas do governo e de toda a sociedade.

Já o depoimento a seguir, do conselheiro, aponta o PSF como um avanço para aquela Região:

O PSF foi uma conquista grande para a região, pois trouxe importantes mudanças no atendimento à saúde da população. As visitas domiciliares, o atendimento aos desnutridos, gestantes, hipertensos e outros grupos são algumas das atividades deste programa que beneficiam a comunidade. Também é relevante o trabalho das agentes comunitárias, feito na própria localidade, que permite melhor conhecimento da realidade e melhor atendimento.

O conselheiro indica pontos positivos do trabalho desenvolvido pela equipe

do PSF na região e enfatiza o resultado de alguns trabalhos desenvolvidos, apontando algumas mudanças no atendimento da **saúde**, como pôr exemplo: as visitas domiciliares e o trabalho com grupos desnutridos, gestantes e hipertensos.

Ficou melhor o atendimento, são educadas e o pessoal é bem atendido, não são brutas, mesmo sem ficha, elas fazem de tudo para consultar a gente e a criança (USUARIOS).

Outro depoimento de um conselheiro reforça a importância do grupo dos desnutridos, como indicador no combate à desnutrição infantil naquela região:

A comunidade está satisfeita, atualmente; só existe uma minoria de crianças desnutridas.

Mesmo tendo uma média de 260 crianças desnutridas, diminuir muito este índice tanto em número como em grau de desnutrição.

O conselheiro, quando entrevistado, refere-se ao PSF e à formação do Conselho Local de Saúde - CLS, como conquista, quanto ao reconhecimento da realidade dos problemas do posto:

O PSF foi uma conquista, pois com ele surgiu o CLS para as comunidades e a Região; com o PSF deu para conhecer as causas mais graves dentro do Posto, que é o atendimento à comunidade.

Neste depoimento, evidencia-se a importância da criação do CLS, na região, como um espaço de **participação**, avaliação, educação e controle da comunidade e de conscientização em relação aos seus direitos sociais:

O CLS surgiu com a implantação do PSF em 1996. O Conselho busca uma integração direta com as comunidades, suas organizações e espaços de luta, no sentido de garantir formas para que cada morador tenha direito a uma vida digna, com bom atendimento à saúde e um meio ambiente saudável (CONSELHEIRO).

As alterações no atendimento do posto de **saúde**, percebidas pelos

conselheiros de saúde, assim se expressam:

O atendimento ao público melhorou, e o Conselho Local de Saúde começou a participar das questões do Posto, dando sua opinião.

Outro depoimento afirma:

Hoje é melhor, antes era pior, porque ficava na fila e não conseguia ser atendida, preferia ir para o hospital.... O mais importante foi o atendimento que melhorou muito, sempre tem médico e se consegue sempre ficha para consultar (USUÁRIA).

Através desse depoimento, constatamos, ainda, que a percepção de saúde dos usuário está centrada muito na **questão da doença**, na figura do médico e no atendimento do posto em nível ambulatorial. Isso nos leva a questionar que, apesar dos avanços em termos de discussão e planejamento das ações de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, evidenciam-se muitos entraves na operacionalização do novo modelo assistencial, principalmente quando se refere ao excesso de demanda nas emergências dos nossos hospitais e ambulatórios dos postos de saúde da rede.

O que preconiza o Ministério da Saúde é que a unidade de saúde da família caracterize-se como porta de entrada do sistema local, que deve substituir as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

Agora está melhor, e dão fichas, mesmo não tendo mais ficha naquele dia... antes tinha que vir de madrugada e não conseguia pegar ficha para consultar (USUARIA).

Embora percebamos no depoimento acima, que aumentou o número de fichas e o acesso às consultas, o trabalho que a equipe está conseguindo desenvolver é, ainda, muito voltado para a recuperação da saúde, carecendo de ações mais ampliadas junto à comunidade, de prevenção e promoção da saúde.

É nesse contexto, que enfatizamos a importância da atuação do PSF, quando é respeitada a sua área de abrangência e sua adscrição da clientela, para o desenvolvimento de ações de maior potencialidade educativa e do trabalho com atenção primária em saúde. É pôr meio dessa atuação voltada para o coletivo ou para os grupos populares mais organizativos que o PSF se aproxima de uma ação realmente transformadora.

Quanto às mudanças percebidas no atendimento do Posto de Saúde, com a implantação do PSF, os usuários sinalizam:

Melhorou bastante, as pessoas do posto estão atendendo de forma diferente, e existem mais médicos. Antes, para conseguir consulta tinha que andar muito, ia e voltava; agora é mais fácil.

Mudou principalmente no atendimento, na relação do posto com a comunidade e vice-versa, que ajudou a aproximar ambos, automaticamente, essa aproximação aumentou a demanda, hoje, apesar do grande número de usuários, ficou difícil do posto administrar seus serviços, mas mesmo assim melhorou o atendimento.

Mudou, sim, no atendimento dos médicos e das moças que atendem a gente, falam bastante e explicam as coisas. Onde eu morava, usavam bastantes aparelhos na consulta, mas não falavam com a gente (USUARIA).

Nesse depoimento, notamos a importância do esclarecimento, da viabilização de informações que possibilitem a participação do usuário. Ou seja, a equipe sai de sua postura técnica e se aproxima da população, fazendo com que a mesma compreenda o processo saúde - doença.

Antigamente não existia o total de famílias como tem agora, a população hoje é muito grande, sobre a saúde em geral melhorou muito apesar que o posto de saúde é muito pequeno para tanta gente (USUARIO).

Os entrevistados evidenciam que, mesmo com a falta de oferta de alguns

serviços de saúde, a grande mudança sinalizada é referente ao atendimento humanizado com os usuários. Embora a realidade da saúde demonstre, ainda, que é escassa a garantia de acesso aos serviços em toda a rede, principalmente quando se refere às especialidades, ao atendimento de alta complexidade e à garantia do sistema referência e contra - referência.

Os médicos fazem visita aos doentes que não podem ir ao posto médico, antigamente os médicos não faziam visita nas famílias, elas tinham que procurar recursos sozinhas para levar os doentes ao médico (USUÁRIO).

A questão do acesso aos serviços de saúde, caracterizado como um dos princípios do SUS, é percebido pelos usuários, ainda como um favor e não como um direito, conforme podemos verificar:

As pessoas são boas para atender; quando a criança está com febre o médico atende mesmo sem ter ficha (USUÁRIO).

De acordo com os depoimentos dos usuários, os **direitos** preconizados pelo SUS são percebidos por eles como um favor. A estigmatização da carência faz com que a lógica do direito se transforme em ajuda. Fica evidenciado, ainda, que não há consciência por parte dos usuários, da saúde enquanto direito constitucional, e a transformação do “direito” em “favor” reforça o processo de exclusão:

A cultura da tutela e do apadrinhamento, tão enraizada no conteúdo brasileiro, nada mais é que a ratificação da exclusão e da subalternização dos chamados beneficiários das políticas públicas. Pôr mais que discusemos sobre o “direito”, na prática, os serviços das diversas políticas públicas ainda se apresentam aos excluídos e subordinados como um “favor” das elites dominantes (CARVALHO,1995).

Nesse sentido, estamos longe de atingir o verdadeiro exercício da **cidadania**, que possibilite a garantia dos **direitos sociais** e a autonomia da vida dos cidadãos. Um dos desafios que se coloca na superação dessa realidade é o rompimento da relação de subordinação, discriminação e subalternidade que se

apresenta em nosso país, onde coloca um usuário:

Hoje nós temos igrejas, padre, casa da cidadania, agente de saúde, frente de trabalho, ruas iluminadas, pessoas com casa própria, posto excelente, várias creches, mercados, campo de futebol, reforço escolares, programa da hora de comer, visita domiciliares com os médicos e os enfermeiros. Precisamos de um posto maior e de segurança.

Esses depoimentos enfatizam a questão da **participação**. Porém devemos buscar efetivar a participação nas decisões referentes à saúde da população. Segundo Carvalho (1995, p. 23)

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de "incorporação do saber e da experiência popular" ou de aproximação com a comunidade, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde.

Essas falas não carecem muito de análise, pois, pôr si só, expressam as condições atuais do Posto de Saúde da comunidade. Esses depoimentos revelam a luta diária da equipe, para a manutenção das condições mínimas de atendimento à saúde da população.



"O ato verdadeiro da descoberta  
não consiste em descobrir novos territórios,  
mas sim vê-los com novos olhos."

(Marcel Proust)

## 5. CONSIDERAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO TRABALHO

Compreender a família enquanto um sistema dinâmico exige alteração na maioria dos programas existentes, que costumam refletir o processo de especialização ocorrido no conhecimento científico.

Enquanto objeto de políticas públicas a família ainda carece de um lugar mais privilegiado e central nas diretrizes e nos programas contemplados na agenda da política social brasileira.

Ou seja, a família e não apenas os seus membros deverão merecer uma atenção competente. Para tanto, é preciso um pacto inter-políticas setoriais de forma a garantir a totalização das atenções hoje setorizadas e fragmentadas.

Não houve aqui a pretensão de esgotar o tema, mas instigar proposições políticas de proteção à família, percebo a partir das experiências anteriormente vivenciadas na prática junto às famílias e do trabalho desenvolvido atualmente dentro do PSF que, a assistência à família caracteriza-se por uma intervenção profissional “aberta”, com uma construção diária em contínua evolução.

Quero frisar que este foi o motivo pelo qual este trabalho ganhou vida e foi desenvolvido; sendo inviável a elaboração de um roteiro ou modelo pré-determinado pelo profissional para ingressar na família/comunidade e desenvolver com ela uma prática assistencial, isto é, fazer-ser presente na realidade desta, ajudando-a pela busca de uma melhoria na sua qualidade de vida.

Sinto-me realizada por vivenciar este momento da minha vida, em que consigo articular conhecimento e prática através da participação em um grupo de pesquisa na área da saúde da família, e a atuação no PSF. Reconheço que este programa específico da família possui limitações e sei da grande responsabilidade que assumo ao coordenar tal programa a nível local e comunitário; mesmo assim trabalho com prazer acreditando que desempenho o papel de agente multiplicador de saúde, segundo o referencial da saúde da família que enfoca a pessoa no seu âmbito familiar, comunitário e em equipe.

Percebo, no decorrer do processo histórico, que as políticas de saúde desenvolvidas no Brasil têm privilegiado muito mais as práticas curativas do que as preventivas, comprometendo a saúde da população de baixa renda, surgindo a necessidade de uma política social embasada em um novo modelo de assistência, resgatando os direitos sociais básicos e a pessoa em sua condição de cidadão.

Inseridos nesse contexto, encontram-se vários segmentos de classe enfrentando as contradições de um sistema sócio-político sustentado em um modelo injusto que exclui milhares de cidadãos, gerando doenças, desemprego, fome, miséria.

Após ter desvelado o fenômeno deste estudo sinto a necessidade de tecer algumas considerações que, embora não se tenham enquadrado nas etapas anteriores, estão diretamente relacionadas a elaboração do estudo.

Nesta trajetória percorrida, aprendi e compreendi muito mais que minhas dúvidas iniciais, à medida em que me foi possível repensar os conhecimentos produzidos e a vivência experienciada no âmbito pessoal e profissional. Numa posição privilegiada, de sujeito, de ter vivido momentos, como no grupo de pesquisa em saúde da Família, na Especialização em Saúde da Família e por estar trabalhando no PSF, onde desenvolvi, esta minha dissertação de mestrado, acrescida da etapa de reflexões que este trabalho me possibilitou, sempre

dirigindo o meu olhar para a profissão de enfermagem, buscando uma nova perspectiva para o papel do profissional enfermeiro.

Reconheço que a família é significativa para a saúde de seus membros, entretanto, quando a família é vista como uma unidade, é essencial um novo nível de entendimento e a necessidade de ampliar estes conhecimentos, na busca de uma maior clareza da sua realidade. Neste momento, torna-se importante acompanhar como este conhecimento está sendo produzido, de modo a contribuir para o desenvolvimento do campo da enfermagem familiar e alcançar resultados eficazes no desempenho das ações práticas.

Embora algumas vezes, os termos família e familiar se confundem como objeto do estudo, dificultando a compreensão do foco, se está sendo dirigido para a família ou para o indivíduo, é importante seguir em frente, passo a passo e enfrentar os obstáculos e os desafios do conhecimento, alguns autores como Penna, comentam, ao refletir sobre a teoria e a prática da pesquisa de Enfermagem com famílias,

...nós precisamos debater sobre a natureza e o núcleo do nosso trabalho, mostrar os reais resultados de nossa prática de Enfermagem à família, pois estes oferecem uma base importante para o desenvolvimento teórico...

Deste modo, é importante que se desenvolva um estudo voltado para esta área e se promova um diálogo crítico entre os interessados, a fim de contribuir para o desenvolvimento de uma enfermagem para a saúde da família.

Considera-se que a função concreta do papel do Enfermeiro de Saúde Pública implica na definição de suas funções, levando-se em conta as condições sócio-econômicas da região e as diversas situações de trabalho apresentadas.

O Enfermeiro, ao desenvolver a assistência primária de saúde, centra suas ações nas necessidades da família e da comunidade, apoiando-se nas

potencialidades do grupo para desenvolvê-las, estimulando-os a participar ativa e conscientemente nas soluções e decisões da comunidade.

Observo que, no contexto comunitário, a população, freqüentemente, tem dificuldade ou desconhece alguns acessos aos serviços apropriados. O enfermeiro deve atuar neste processo, como elemento facilitador ou mediador de contato entre o usuário e as instituições.

O desempenho deste papel é considerado como uma extensão das funções atuais do Enfermeiro e realiza-se através do desenvolvimento e da utilização mais eficaz da capacidade e das habilidades técnico-científicas inerentes à profissão e ao profissional. Pode-se ainda citar que o enfermeiro experiente, conhecedor do ambiente em que vivem os seus clientes, detém as condições essenciais para influenciar, educar e assistir aos familiares, encorajando-os a agirem de modo inteligente na solução dos problemas, solicitando aos serviços de saúde, as ações de promoção, prevenção, cura e recuperação da saúde nos domicílios.

O papel do Enfermeiro de Saúde Pública, junto as famílias, é de vital importância. A representatividade deste significado justifica as ações de implementação de uma metodologia assistencial, com vistas à sistematização das intervenções de Enfermagem a partir das reais necessidades deste grupo.

Ao se considerar as áreas de funcionamento da família, pode-se inferir que a atuação do enfermeiro está explícita e/ou implicitamente na proteção da saúde, recuperação, segurança emocional, proteção psicológica e ensino de atitudes relativas à saúde. O enfoque destes aspectos constitui-se em componentes básicos de análise para o Histórico de Enfermagem da Família, cuja finalidade é o levantamento e a identificação de dados relativos às necessidades biopsicossociais afetadas e aos recursos da família.

Porém devemos buscar efetivar a participação nas decisões referentes à

saúde da população. Segundo Carvalho (1995, p.23)

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de "incorporação do saber e da experiência popular" ou de aproximação com a comunidade, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde.

Descobrir aquelas pessoas que se relacionam com o maior número de moradores da área, passa a ser uma meta importante da enfermeira de saúde pública. Discutir com elas o tema ou o problema -centro de interesse levantando-se suas cognições e confrontando-as entre si, para identificar dissonâncias e consonâncias é outro ponto no processo iniciado.

A avaliação do programa realizou-se mediante a utilização de métodos de análise das práticas em saúde, no intuito de verificar o impacto do programa, em nível comunitário, pelo fenômeno da progressão, mas, sobretudo da família quanto a um posicionamento independente na adoção de medidas de proteção à saúde, com a utilização dos recursos materiais existentes, e o momento certo para utilização das instituições formalizadas do sistema saúde, as quais buscam, entre outras, aprimorar as ações de vigilância epidemiológica, programação de saúde e a participação responsável dos profissionais e usuários nas atividades de interesse social, tendo-se a família como ponto propulsor.

A dimensão política é afetada pelo universo das representações sociais, isto é, símbolos, idéias e imagens compartilhadas pelo coletivo. Tais representações dos problemas relativos à pobreza acabam por determinar a aprovação ou desaprovação de ações e programas desenvolvidos pelo poder público.

A minha chegada na comunidade se deu em Fevereiro de 1996. Este período foi dedicado a interação com as famílias, me fazer conhecer e conquistar a confiança desta, por meio do cuidado de enfermagem, buscando

preservar os compromissos éticos e profissionais, respeitando os direitos da família como princípio básico, junto com a participação comunitária no conselho local de saúde.

A minha prática profissional tem me proporcionado diversos sentimentos e questionamentos como trabalhar o cuidado familiar, domiciliar e comunitário em uma comunidade extremamente carente, onde as necessidades ultrapassam os limites da capacidade de assistir. Toda essa minha caminhada consolida, cada vez mais a escolha pelo tema família, busco neste espaço, da dissertação a reflexão sobre o papel do enfermeiro no cuidado voltado a família.

Lacerda (1996, p. 80) coloca que o

enfermeiro tem como base o cuidar dos seres humanos, tentando compreendê-los no contexto sócio – político - cultural em que estão inseridos. Desta forma, considera a família como sua principal âncora de atuação, descobrindo-a como dinâmica do cuidado profissional e como um elemento do processo transformador do seu viver.

A Enfermagem há algum tempo começou a estudar, pesquisar e assistir às famílias, entendendo estas como unidade de cuidados e/ou como cuidadoras nas situações de saúde/doença.

Ao reconhecer a importância do movimento de Reforma Sanitária para a conquista de novas políticas de saúde no Brasil, registro a implantação do SUS e a proposta do PSF, como estratégia de reorientação do novo modelo assistencial preconizado pelo mesmo.

Este programa traz consigo uma nova proposta de trabalho, quando aborda a existência de uma equipe. Supõe a divisão de tarefas, a troca, a entre ajuda, o compartilhar, tendo como resultado um melhor atendimento à família. O trabalho em equipe é:

...um exercício em busca de aceitar o outro e a si mesmo, de ser flexível

e ao mesmo tempo, saber argumentar e defender suas posições; de trabalhar arduamente, mas também de saber esperar; de ensinar e de aprender... (ELSEN, 1993, p.17).

A exigência de um novo modelo se faz também pela necessidade de impacto sobre a saúde da população. No caso do PSF, pôr suas características prioritárias de reestruturação do modelo assistência dominante, ele é parte integrante do Sistema de Saúde Local, tendo como objetivo e elegendo como estratégia, além da já referida ampliação do horizonte de compreensão dos vários elementos relacionados ao processo saúde/doença, o aprofundamento dos laços de compromisso e co-responsabilidade entre instituições, profissionais de saúde e população.

Não basta definir algo como prioridade, elaborar algumas portarias, criar uma lei para que isso aconteça. Neste momento, o Piso de Atenção Básica (PAB) oferece a possibilidade de se avançar nesse processo de fazer com que Saúde da Família seja realmente o modelo de atenção básica estruturante do sistema. Neste momento, em que o PAB já se encontra implantado em mais de 4 mil municípios, é preciso que se comece a vincular à organização dos Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família. Estes programas não podem ser apenas incentivos do PAB, têm que ser parte constituinte do sistema. Os recentes ajustes nos incentivos que o Ministério da Saúde concedeu foram extraordinários, viabilizando inclusive a possibilidade de se reincorporar a enfermagem ao PACS assim como dar impulso ao avanço do PSF.

Concluimos que o Programa de Saúde da Família é uma proposta viável, como estratégia de reorientação da porta de entrada dos sistema, desde que o acesso aos serviços prestados pôr esse Programa seja eficiente, eficaz e estendido a toda população, para não ferir com o princípio da universalidade preconizado pelo SUS. Porém tal proposta constitui-se ainda num grande desafio, do ponto de vista da viabilização de suas diretrizes.

Ao concluir mais uma etapa, enquanto mestranda, gostaria de registrar que



o processo constante de aprendizagem, aperfeiçoamento, especialmente as descobertas teórico-práticas que experimentei, nesses quatro anos como enfermeira foram de fundamental relevância para a minha formação profissional.

Não tenho a pretensão de ter esgotado um tema amplo e complexo, como é o da Saúde da Família, haja vista que essa proposta é muito recente em nosso país, não havendo ainda produções substantivas de análise sobre o mesmo.

A experiência aqui relatada é, antes de tudo, um processo dinâmico, construído a partir da interação com família/comunidade. Uso o presente e não o passado pôr acreditar que este processo ainda está em constante desenvolvimento; representando um passo inicial; podendo portanto ser ampliado e aprofundado. Sendo assim, o que trago aqui não são conclusões fechadas ou definitivas, pois também refletem um determinado momento da minha forma de pensar e interpretar, podendo ser mutável já que não é possível deixar de ser influenciada pelo contexto dinâmico no qual estou inserida.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; LAURINDO, A. C. – Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 320 – 327, maio/agosto. 1998.

ARENAS, Dévora J. M.; et al. **Reavaliação do Marco Teórico do GAPEFAM**, Trabalho apresentado para a disciplina “Teorias e Processos de Enfermagem”, no curso de Especialização em Saúde Familiar – UFSC Florianópolis 1995.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988 – Brasília, Javoli Editora, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Referências para o Controle Social: Manual do Conselheiro**. Brasília: IEC. 1994 .

BRASIL. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília. IEC, 1994.

BRAGA, C. de S., PAULA, G. de, **Saúde e previdência, estudos de política social**, São Paulo: CEBES – HUCITEC, 1981.

CADERNO DA NONA CONFERÊNCIA. **Descentralizando e democratizando o conhecimento**. Brasília : UNB. agosto/1992.

CARVALHO, Aiba M. Pinto e GIOVANELLA, L. **A IX Conferência Nacional de Saúde**, Rio de Janeiro, pag. 11 – 21, Agosto, 1992.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **A família contemporânea em debate**. Segunda Edição, Editora Cortez, São Paulo, 1995.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação**

**cidadã e Controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM 1995.

CIANCIARULLO, Tamara I. et al, Cidadania e Qualidade de Vida. In: **A Hemodiálise em questão: opção pela Qualidade Assistencial** – Editora Ícone, São Paulo, 1998.

COHN, A., ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organizações de Serviços.** São Paulo: Cortez, 1996.

COSTA, Z. S. et. al. A participação do enfermeiro de saúde pública na saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 2/3. P. 107 – 118, 1986.

DEMO, Pedro. **Participação é Conquista: noções de política participativa.** São Paulo: Cortez: 1994.

ECKERT, Elisabeta, et al. **A família buscando saúde: um estudo com famílias sobre o conhecimento e utilização dos recursos existentes em sua comunidade.** Projeto de Pesquisa. Florianópolis: UFSC/GAPEFAM, nov, 1993.

ELSEN, Ingrid, et al. Cidadania: um novo conceito para a prática de enfermagem com famílias. **Revista Texto & Contexto.** Enfermagem – UFSC, Florianópolis, v.1, n.1, p. 106 - 115, Jan/Jun,1992.

ELSEN, Ingrid, et al. **Competência da família para o cuidado de saúde: uma proposta de metodologia de enfermagem para a assistência.** Florianópolis, UFSC/GAPEFAM/CNPq 1990. Projeto de Pesquisa (mimeo).

ELSEN, Ingrid, **A trajetória de um grupo voltado à saúde da família.** Trabalho submetido à banca para concurso de professor titular, UFSC, 1993.

ELSEN, Ingrid et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias - **Série Enfermagem Repensul** , Florianópolis, Ed. da UFSC, 1994.

GAPEFAM - Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família. **Princípios e Conceitos.** Florianópolis, 1992 e 1995.

GELAIN, Ivo. **Deontologia e Enfermagem**, 3 edição, Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo, 1998.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

HENSE, Denise S. S. **Interagindo com famílias de uma comunidade marginalizada em seu processo de viver**. Florianópolis: UFSC/GAPEFAM, 1991. Projeto de Pesquisa.

IBGE. **Conceitos Necessários à Delimitação das Unidades Territoriais de Coleta de 2000**. Capítulo 5., 1998. (mimeo.).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Censo Demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

IPUF - Instituto do Planejamento de Florianópolis. **Boletim, Perfil das Famílias do Bairro Monte Cristo**, 1995.

JARDONOVSKI, Elio. GUIMARÃES, Paulo Cesar V. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Revista Saúde em Debate**. n. 42, março/1994. 10-15.

KALOUSTIAN, Sílvia M.- **Família Brasileira: a base de tudo** - São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994.

LEININGER. **Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing**. New York: Natinal League Nursing Press, 1991.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" – anos 80. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p.77 – 94, 1991.

LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUCHESE, P.T.R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do sistema único de saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 4, dez.1996.p.76-156.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **A Organização as Saúde no Nível Local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde**. Hucitec/ABRASCO, São Paulo, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Portaria MS/545 de 20 de maio de 1993 – **Norma Operacional Básica SUS 01/1993**. Diário Oficial da União, 24/05/1993b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**, Brasília, Nov. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Programa de Saúde da Família - Bases do Programa**, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Portaria MS/1742 de 30 de agosto de 1996 – **Norma Operacional Básica do SUS 01/1996**. Diário Oficial da União, 30/08/1996a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde da Família: uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. - Documento Preliminar**, Março/1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação de Saúde da Comunidade - **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Décima Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**, Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação de Atenção Básica. - **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF**. Brasília, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Secretaria de Assistência à Saúde – I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família – Relatório Final**, Brasília, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Revista Brasileira da Saúde da Família – Departamento de Atenção Básica – Brasília**, 2000.

MILEZZI, Gilmar Carlos – **Projeto Procasa: Levantamento Sócio – Econômico da Periferia Urbana de Fpolis** – UFSC, Fpolis, 1984.

MIOTO, R. C. – **Família e Serviço Social: Contribuições para o Debate**. In: Serviço Social e Sociedade, Editora Cortez, São Paulo, 1997.

MONTE CRISTO - Equipe do Programa de Saúde da Família - **Relatório das ações desenvolvidas no treinamento e planejamento das equipes do Programa da Saúde da Família**. Florianópolis, Junho, 1996.

MORAIS, Eliane Pinheiro de. Negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes: uma proposta para atuação da enfermeira com famílias. **Dissertação de Mestrado** – UFSC, Florianópolis, SC, 1998.

NEGRI, Barjas – **Avaliação da Implantação e Funcionamento do PSF** – Secretaria de Assistência à Saúde – MS, Brasília, 2000.

NETO, J. M. – Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus Atores. **Revista Saúde em Debate**, n. 31, p.54 – 66, Março 1991.

NITSCHKE, R. G. Nascer em Família: uma Proposta de Assistência de Enfermagem para a internação familiar saudável. Florianópolis. UFSC, 1991. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**. UFSC, Programa de Pós – Graduação em Enfermagem.

OMS/UNICEF – Organização Mundial de Saúde - **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. ALMA-ATA, URSS, 1978.

OSÓRIO, Luis C. **Família Hoje**. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1996.

ORTIGA, Angela M. B. Efeitos da Municipalização no acesso e na Integralidade dos Serviços de Saúde, Blumenau, SC. 1994 - 1998. **Dissertação de mestrado**. Pós Graduação em Saúde Pública. UFCS.1999.

PENNA, Claudia Maria de Mattos. Repensando o Pensar: Análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.2, n.1, p.128, jan/jun.1993.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – **Gestão 1997/2000**, Florianópolis 1997.

RELATÓRIO Final da - **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1988.

RELATÓRIO DA GESTÃO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, 1999.

REZENDE, Ana L. M. **Dialética do Pensar e do Fazer**. Quinta Edição – Cortez Editora, São Paulo, 1989.

ROSA, da Maria Catarina. **Abordagem Interdisciplinar e Familiar: um desafio do Programa da Saúde da Família. Trabalho de Conclusão da Especialização da Saúde da Família**. da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 1996.

ROSA, da Maria Catarina, et al. **Relatório das Ações Desenvolvidas no Treinamento e Planejamento das Equipes do Programa da Saúde da Família**. Florianópolis, Junho, 1996.

SILVA, Lídia Maria M.R. **Serviço Social e Família: A Legitimação de uma Ideologia**. Terceira Edição. Editora Cortez. São Paulo, 1987.

SOUZA, Ivone Moura de Melo, et al. - **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 1992. (mimeo).

SOUZA, A V.. **As Unidades Espaciais de Planejamento de Florianópolis**. IPUF/PMF, Florianópolis, 1996. (mimeo).

TAKASHIMA, G. M. K.. **O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis - uma questão de postura**. In: Kaluostian, S. M. - **Família brasileira - a base de tudo**. São Paulo, Cortez; Brasília, UNICEF, 1994. P. 77-92.

TRENTINI, Mercedes, DIAS, Ligia Paim. **Meu Primeiro Projeto Assistencial**. Casa Vida & Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 1994.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Ligia. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente - Assistencial**. Editora da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina . Série Enfermagem – Repensul -Florianópolis, 1999.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. Editora HUCITEC. São Paulo, 1997.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 23 (53), 6-19, 1999.

XAVIER, Iara de Moraes, et al. A reforma sanitária e a participação do enfermeiro, **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. no. 41. julho/1988.

WERNECK (1987) - **Gestão dos Temas de Serviços do SUS - Desafio é descentralizar implementando mecanismos de controle e avaliação**, Ministério da Saúde, Brasília, 1987.



## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Portaria 1.886/97 de 18/12/97, que Aprova as Normas e Diretrizes da Implantação da Estratégia da Saúde da Família.

## ANEXO - I

PORTARIA Nº 1.886. DE 13 DE DEZEMBRO DE 1997

Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando que

O Ministério da Saúde estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão;

O Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas.

Art. 2º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

## ANEXO 2

### NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

#### RESPONSABILIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

1.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.

1.2. Estabelecer normas e diretrizes para a implantação do programa.

Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento tripartite do programa.

1.3. Definir mecanismo de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção das unidades de saúde da família, de acordo com os princípios do SUS.

1.4. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais no programa.

1.5. Negociar na Comissão Intergestora Tripartite os requisitos específicos e prerrogativas para implantação e ou implementação da estratégia de saúde da família.

1.6. Regulamentar e regular o cadastramento das unidades de saúde da família no SIA/SUS.

1.7. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios para o processo de implantação e de gerenciamento do programa.

1.8. Promover a articulação entre as instituições de ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família.

1.9. Assessorar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.

1.10. Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "sensu lato".

1.11. Disponibilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família.

1.12. Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação:

1.1.3 Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.

1.1.4. Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios da alimentação do banco de dados do sistema de informação.

1.1.5. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família.

1.1.6. Contribuir para a criação de uma rede nacional / regional de intercâmbio de experiências no processo de produção e conhecimento em saúde da família.

1.17. Promover articulações com outras instâncias da esfera federal a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família:

Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

## RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

2. No âmbito das Unidades da Federação a coordenação do PSF, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde, está sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Compete à esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional.

3. As Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

3.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.

3.2. Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e as diretrizes do programa.

3.3. Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.

3.4. Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa.

3.5. Definir mecanismo de alocação de recursos que compoem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa.

3.6. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos estaduais ao programa:

3.7. Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão de Intergestores Bipartite os requisitos específicos e prioridades para a implantação do programa.

3.8. Cadastrar as unidades de saúde da família no SLVSUS

3.9. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e gerenciamento do programa.

3.10. Promover articulação com as instituições de ensino superior para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos de saúde da família:

3.11. Integrar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações:

3.12. Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação "sensu lato".

---

3.13. Assessorar os municípios na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, enquanto instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família;

3.14. Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional;

3.15. Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação;

3.16. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família no âmbito do estado;

3.17. Participar de rede nacional / regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família;

3.18. Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua abrangência;

promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família;

3.19. Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

## RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

4.1. Conduzir a implantação e a operacionalização do PSF como estratégia de reorientação das unidades básicas de saúde, no âmbito do sistema local de saúde.

4.2. Inserir o PSF nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde.

4.3. Inserir as unidades de saúde da família na programação físico financeira ambulatorial do município, com definição de contrapartida de recursos municipais.

4.4. Elegger áreas para implantação das unidades de saúde da família, priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais.

selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família.

4.5. Garantir a capacitação e educação permanente da equipes de saúde da família, com apoio da secretaria estadual de saúde.

4.6. Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (SIAB).

4.7. Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais.

4.8. Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação, aos conselhos locais e municipal de saúde.

4.9. Garantir a infra estrutura e os insumos necessários para resolatividade das unidades de saúde da família.

4.10. Garantir a inserção das unidades de saúde da família na rede de serviços de saúde, garantindo referência e contra-referência aos serviços de apoio diagnóstico, especialidades ambulatoriais, urgências/emergências e internação hospitalar.

### REQUISITOS PARA A INSERÇÃO DO MUNICÍPIO NO PROGRAMA

5. O município é o espaço de execução da estratégia de saúde da família enquanto projeto estruturante da atenção básica, portanto cabe a este nível definir os meios e condições operacionais para sua implantação.

6. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa de Saúde da Família:

6.1. Estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/96

6.2. Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde aprova-se a implantação do programa;

7. A adesão ao PSF deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.

### PRERROGATIVAS

8. São prerrogativas do município:

8.1. O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelas unidades de saúde da família, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

8.2. As Secretarias Estaduais definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

### DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

9. Aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de

---

trabalho nas unidades de saúde da família:

- 9.1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização.
- 9.2. Adscrição de população/territorialização.
- 9.3. Programação e planejamento descentralizados.
- 9.4. Integralidade da assistência.
- 9.5. Abordagem multiprofissional.
- 9.6. Estímulo à ação intersetorial.
- 9.7. Estímulo à participação e controle social.
- 9.8. Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.
- 9.9. Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

10. Caracterização das unidades de saúde da família:

10.1. Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

10.2. Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garante resolutivezade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.

10.3. Trabalha com definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade.

10.4. Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade.

10.5. As equipes devem realizar o cadastramento das famílias, com visita aos domicílios, segundo a definição territorial pré-estabelecida:

11. Caracterização das equipes de saúde da família:

11.1. Uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde resida, no máximo, 1000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.

11.2. Recomenda-se que uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas).

11.3. Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

11.3.1. Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou

11.3.2. Médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.



## **ANEXO II**

Caderno de Atenção Básica - A Implantação da Unidade de Saúde da Família – MS, 2000.

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Departamento de Atenção Básica

**CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA**  
Programa SAÚDE da FAMÍLIA

Caderno 1

A Implantação da Unidade de Saúde da Família

Brasília  
2000



## 1. A Unidade de Saúde da Família - USF<sup>2</sup>

A Unidade de Saúde da Família (USF) é o novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência.

A USF deve se constituir no primeiro contato do usuário com sistema de saúde, isto é a "porta de entrada" do sistema. Mas essa imagem de "porta de entrada" é apenas parcial e dá margem a alguns equívocos. Uma USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral. É necessário promover a mudança de hábitos e costumes alimentares, promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas ESF em conjunto com a comunidade.

Desta forma, a melhor imagem para a USF é a de um funil, no qual apenas uma pequena parte dos casos (cerca de 15%) precise ser encaminhado, para serviços mais especializados. E, mesmo nesses casos, a USF não atuará simplesmente como "porta de entrada", uma vez que terá sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico, mesmo que ele seja realizado, em parte, em outros serviços mais especializados. A USF jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas "referências" necessárias, contatando os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na "contra-referência", para continuar atuando no nível dos cuidados básicos.

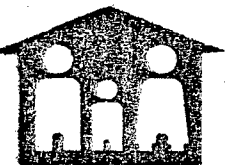
A USF deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria Unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

## 2. Cobertura

Uma Unidade de Saúde da Família pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área. Recomenda-se que o número de equipes por unidade não seja superior a três, facilitando a identificação das equipes e organizando melhor o fluxo dos usuários.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham como uma população adscrita,

<sup>2</sup> Para elaboração deste capítulo, tomou-se por base o documento produzido pela Coordenação de Saúde da Comunidade, do Ministério da Saúde, em 1998, intitulado: "Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial".



ou seja, com um número fixo de famílias. De uma forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe cobre uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias. Essas definições dependem das realidades geográfica, econômica e sócio-política da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à Unidade.

### 3. Instalação e equipagem

Implantar uma USF não significa construir novas unidades, mas readequar o funcionamento das existentes. Preferencialmente, a USF deve ser instalada em uma unidade básica de saúde já existente, seja um Centro de Saúde ou um Posto. Porém, poderá haver adaptações em outras unidades, desde que sejam obedecidos os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população. Estes aspectos são extremamente importantes para o seu adequado funcionamento.

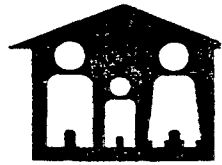
A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) exige, às vezes, estratégias de transição de um modelo a outro. Nesses casos, é necessário manter a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período. Normalmente é um período de conflitos, onde entram em jogo uma série de interesses.

Muitos gestores optam por iniciar a implantação do PSF em áreas periféricas, que apresentam maior dificuldade de acesso e maiores riscos de adoecer/morrer. Depois vão ampliando a atuação para áreas mais centrais, onde os serviços de saúde são mais "estruturados".

Em termos de equipamentos, uma USF deve incorporar a tecnologia necessária à resolução dos problemas nesse nível de atenção<sup>3</sup>, além de garantir o transporte para o deslocamento da equipe quando a área de cobertura for muito extensa. Mas, tecnologia, na atenção básica, significa também a permanente revisão dos saberes e práticas. É necessário um processo de educação permanente que se traduza numa atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, onde indivíduo, a família e a comunidade são as bases de uma nova abordagem.

Além dos equipamentos essenciais, cabe lembrar que os ACS costumam usar bicicletas (ou barcos, animais etc.) como meios de transporte, e alguns equipamentos básicos, como balança, cronômetro, fita métrica, termômetro, entre outros. Os ACS precisam também de materiais que facilitem seu processo de trabalho: prancheta, lápis, caneta, caderno e uniforme (jaleco, boné e camiseta), para sua identificação na comunidade.

<sup>3</sup> Encontra-se em fase de elaboração, pelo Ministério da Saúde, uma listagem dos equipamentos básicos de uma Unidade de Saúde da Família.



#### 4. Composição e atribuições de uma Equipe de Saúde da Família - ESF

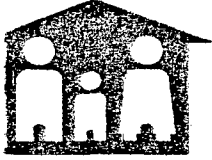
É recomendável que a ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis Agentes Comunitários de Saúde.

Outros profissionais de saúde, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com esta proposta de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

Os profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde precisam residir nas respectivas áreas de atuação.

As atribuições básicas de uma ESF são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDS, de doenças infecto-contagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais



existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;

- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde

### Atribuições específicas do médico

Preferencialmente, o médico da equipe deve ser um clínico geral, que atenda todos os membros das famílias, independente de sexo e idade. Em face do escasso número desses profissionais no mercado<sup>1</sup>, é preciso trabalhar com profissionais que se aproximem do perfil desejado, ou seja, que tenham interesse em se habilitar na clínica geral e vocação para trabalho em equipe e em comunidade.

O fundamental é a postura do profissional, que precisa se comprometer com as pessoas, conhecendo mais sobre aspectos de suas vidas particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde.

O conhecimento aprofundado da realidade local deve levar à identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realização de ações, enquanto os indivíduos estão saudáveis.

Ao lado das atribuições partilhadas com a ESF, o médico tem também algumas atribuições específicas:

- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especificidades da vida: criança, adolescente, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de deficiências específicas e idoso;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar partos, se as condições locais o permitirem.

<sup>1</sup> Os currículos das Escolas de Medicina privilegiam, em sua grande maioria, a formação de profissionais voltados para as especialidades. O Ministério da Saúde, com o objetivo de reforçar a organização das ações e serviços de atenção básica no país, está envidando esforços no sentido de ampliar a formação de médicos generalistas. Uma das estratégias utilizadas é a criação de Pólos de Formação, Educação Permanente e Capacitação de Profissionais em Saúde da Família, que articulam instituições de ensino superior (públicas e privadas) e secretarias estaduais e municipais de saúde.



### **Atribuições específicas do enfermeiro**

Este profissional desenvolve seu trabalho em dois campos essenciais: na USF e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio.

Suas atribuições específicas são:

- Executar, no nível de suas competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso.
- Organizar as rotinas de trabalho à nível de USF e de comunidade
- Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções

### **Atribuições específicas do auxiliar de Enfermagem**

As ações do auxiliar de enfermagem são desenvolvidas nos espaços da USF e nos domicílios, quando necessário.

Suas atribuições específicas são:

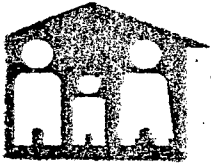
- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde;
- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco;
- Realizar procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS

### **Atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde**

O ACS funciona como elo de ligação entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O ACS desenvolve na USF atividades de programação e de supervisão de suas atividades. Mas, o seu trabalho cotidiano é junto aos domicílios de sua área de abrangência. Suas atribuições específicas são:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos às situações de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde,



encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário;

- Realizar, através da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites.





## PARTE II

### DEFINIÇÕES OPERACIONAIS



## 1. Passos para a implantação de Saúde da Família

### a. Debate amplo da proposta do PSF e divulgação de experiências de outros municípios.

A sensibilização visa a disseminação da proposta. É fundamental que gestores, profissionais de saúde, políticos e a população em geral compreendam que o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reorganização da atenção básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, o que exige a participação de todos nesse processo de mudança.

É importante promover fóruns de debates e usar todos os meios de divulgação para envolvimento de instituições formadoras de recursos humanos para a saúde, da Câmara de Vereadores, dos Conselheiros Municipais e profissionais de saúde, das organizações existentes na comunidade e da população em geral. É também uma oportunidade para a divulgação de experiências bem sucedidas, que ajudem a dar credibilidade e a mostrar como Saúde da Família funciona na prática.

Como toda proposta inovadora, a implantação da estratégia de Saúde da Família para ser bem sucedida depende de uma firme decisão política do gestor municipal e do aprovação e apoio do Conselho Municipal de Saúde – CMS.

Para isso, é preciso iniciar a discussão no CMS e elaborar o Projeto de Implantação. Esse Projeto deve observar os princípios básicos que orientam o PSF, ainda que sua operacionalização possa apresentar variações necessárias em função das diferentes realidades e recursos locais e regionais.

### b. Elaboração do Projeto de Implantação

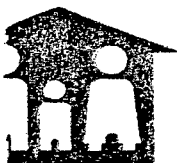
O Projeto de Implantação do PSF deve prever a adequação física, os recursos humanos e os equipamentos necessários para garantir que a USF possa efetivamente responder aos problemas da população da área.

Elaborar o Projeto de Implantação é tarefa do Município, que, para isso, pode contar com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde. O processo possui várias etapas, sendo que algumas podem ser simultâneas:

#### i. Identificar as áreas prioritárias

O primeiro passo na elaboração do Projeto de Implantação é a definição das áreas prioritárias a serem cobertas pelo PSF. A prioridade número um é que todos tenham acesso aos serviços de saúde para garantir o princípio da igualdade de todos os cidadãos. Isso se traduz na necessidade de alguns municípios de expandir a rede básica para assistir periferias urbanas e zonas rurais.

Outro critério fundamental na escolha da área prioritária é o risco social (altos



ndices de desemprego, criminalidade, prostituição, crianças fora da escola e outros), que normalmente vêm associados a um maior risco de adoecer/morrer.

Em locais onde a rede é "melhor estruturada", e há resistência à mudança de modelo, pode-se optar também por um critério de consenso, ou seja, começar por onde há maior adesão das equipes de saúde à proposta.

Mas não se esqueça: a implantação de equipes isoladas, que não cobrem 100% das áreas consideradas prioritárias, tende a ter pouca eficácia e baixo impacto.

#### *ii. Levantar o número de habitantes*

Esse levantamento deve ser feito buscando-se as fontes de dados disponíveis. Às vezes, as áreas escolhidas não correspondem aos setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além do IBGE, podem haver dados nas Secretarias de Planejamento da Prefeitura, Secretaria de Ação Social, Associações Comunitárias, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), EMATER e outros.

#### *iii. Calcular o número de ACS e de ESF*

Cada Equipe de Saúde da Família deve acompanhar de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 pessoas. Cada ACS (5 a 6 por equipe) é responsável pelo acompanhamento de uma microárea, onde residem de 400 a 750 pessoas.

A definição do número de ESF e de ACS depende do número de famílias/pessoas que irão acompanhar. E essa definição depende das características do território: a distância das casas, as barreiras de acesso (rios, montanhas, inexistência de transporte adequado), a natureza e a dimensão dos problemas (área de risco social ou ambiental). Assim, o cálculo do número de equipes e de ACS em uma área é feito dividindo-se a população da área ou município pelo número de pessoas que cada equipe ou ACS irá assistir.

Mas, não se esqueça: o número máximo de Equipes de Saúde da Família financiadas pelo Ministério é calculado dividindo-se o total de habitantes do Município por 2.400. No caso da Região Norte, este número está sendo revisto e deverá ser menor, em razão do grande número de pessoas que vivem dispersas em áreas extensas.

#### *iv. Mapear as áreas e microáreas*

Definido o número de equipes e de ACS, é hora de mapear as áreas e microáreas de atuação. Esse mapeamento pode ser elaborado copiando-se de uma planta atualizada do Município, em papel manteiga, as áreas consideradas prioritárias para implantação. Feito isso, faz-se a divisão das áreas de atuação de cada equipe que, por sua vez, serão divididas em microáreas, nas quais os ACS deverão atuar. As áreas são o conjunto de microáreas contíguas.



### c. Aprovação do Projeto de Implantação pelo CMS e encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite

Após a aprovação do Projeto de Implantação pelo CMS, a Secretaria Municipal de Saúde deve solicitar adesão ao Programa Saúde da Família, através de ofício para a Secretaria Estadual de Saúde, para que sejam pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) os recursos federais a serem alocados para o município, sob a forma de incentivos<sup>5</sup>.

O Município deve se qualificar para receber os recursos dos incentivos através do cumprimento das seguintes exigências:

- Preenchimento de declaração para qualificação aos incentivos, (documento em via original, assinado pelo gestor municipal e pelo coordenador da CIB), que deve ser enviada à Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, para publicação no Diário Oficial da União.
- Logo que as equipes iniciarem suas atividades, o município deve implantar e alimentar o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), requisito obrigatório para recebimento dos incentivos. Se o município deixa de informar o SIAB durante DOIS meses seguidos ou TRÊS alternados, o pagamento dos incentivos é automaticamente bloqueado.
- Os recursos dos incentivos são repassados ao município por mês, com base em informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde à Departamento de Atenção Básica/SPS/Ministério da Saúde.

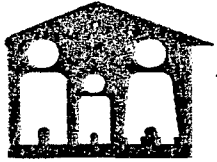
A Secretaria de Estado da Saúde realiza a análise do Projeto de Implantação e da documentação complementar assim como o posterior encaminhamento para apreciação da CIB, onde a inclusão dos incentivos ao PSF será compatibilizada com as metas de implantação do PSF e os respectivos tetos orçamentários previstos para o Estado, como um todo, e para cada um dos municípios. A CIB é também o fórum onde deverá ser negociado o apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde ao processo de implantação do PSF.

### d. Os processos de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família

*"Com tempo suficiente, oportunidade suficiente e desejo suficiente, é provável que qualquer habilidade possa ser desenvolvida por qualquer indivíduo". (Dr. Robert L. Ebel)*

Depois de definidos a composição e o número de equipes, o Município deve planejar e executar o recrutamento e a seleção dos profissionais, contando para isso, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e/ou instituição formadora de recursos humanos para a saúde.

<sup>5</sup> Os recursos federais para apoio à implantação do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são alocados e repassados aos municípios sob a forma de incentivos, que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB).



Atenção especial deve ser dada à identificação de profissionais com do perfil adequado, principalmente no que se refere à postura profissional, que deve ser de muito respeito e compromisso com a ESF e com as pessoas da comunidade.

*i. Pactuação da estratégia Saúde da Família com os profissionais da rede básica*

Muitos conflitos na fase de implantação do PSF se devem à falta de compreensão da proposta, que deve ser amplamente debatida. O envolvimento do maior número de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde irá capacitá-los tanto para a atuação técnica, como para a multiplicação dessas discussões nas comunidades e demais serviços.

No recrutamento de pessoal para o Saúde da Família, pode-se pactuar com o pessoal da rede de saúde uma seleção interna, que dará a oportunidade àqueles profissionais que desejam mudar sua prática de trabalho. Os que não aderirem, ou não se adequarem ao perfil desejado, devem ser, se possível, realocados nos serviços de retaguarda especializada.

Não se recomenda a permanência, numa mesma USF ou numa mesma área, de profissionais atuando no PSF, ao lado de outros, atuando no modelo tradicional. Isso sempre gera conflitos e dificulta a consolidação de uma nova prática sanitária.

*ii. Diretrizes gerais do processo seletivo*

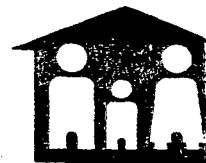
O processo seletivo se inicia com a etapa de recrutamento e termina com a aprovação dos candidatos considerados mais aptos aos critérios e tarefas pré-definidos, com base nos princípios da estratégia Saúde da Família.

Qualquer opção para selecionar os profissionais desejados deve levar em conta as demandas e as disponibilidades de recursos locais (humanos, materiais etc), recorrendo-se às instâncias regionais e/ou estaduais, quando necessário.

Especial atenção deve ser dada à composição das bancas examinadoras, tendo em vista os aspectos técnicos de elaboração das etapas do processo de seleção, a ética inerente a esta atividade, bem como o vínculo com os objetivos e com a própria concepção da estratégia a ser trabalhada.

A programação das provas deve constar nos editais públicos de seleção e contemplar as atribuições gerais e específicas dos membros da equipe.

Durante todas as etapas do processo, é importante, sempre que possível, sensibilizar os participantes para a nova proposta, através de exposições dialogadas. Estas diretrizes gerais do processo seletivo também têm o intuito de respeitar tanto as peculiaridades locais e regionais, como a especificidade de cada categoria componente da

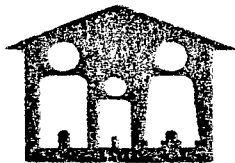


equipe. Assim sendo, outros mecanismos de recrutamento e de seleção que melhor se adequem à situação específica poderão ser utilizados. É o caso dos Agentes Comunitários de Saúde, cuja participação ativa da comunidade na identificação do perfil desejado pode ser de grande utilidade.

### *iii. Passos fundamentais do processo seletivo*

Uma vez contemplados os requisitos do Termo de Adesão ao PSF, o processo seletivo deverá cumprir os seguintes passos fundamentais:

- Identificação, no nível local, do mecanismo de contratação, incluindo a entidade/instituição que será responsável pelo vínculo empregatício;
- Abertura de processo específico, com cópia do Termo de Adesão ao PSF e de documento oficial da entidade contratante;
- Identificação das necessidades de profissionais, conforme o número de equipes propostas e aprovadas;
- Definição do número de vagas por categoria integrante do conjunto de equipes;
- Constituição de uma Comissão Responsável pelo Processo Seletivo que deverá ter as seguintes atribuições:
  - elaborar as normas para recrutamento, inscrição e seleção de candidatos;
  - divulgar o processo seletivo, através da imprensa - rádio, TV, jornais e revistas - em tempo hábil;
  - estabelecer o período para recebimento de inscrições;
  - acompanhar o processo de inscrição que será responsabilidade da coordenação local do PSF, no município proponente;
  - selecionar os objetivos e conteúdos, para a avaliação dos candidatos;
  - elaborar o conteúdo programático e a referência bibliográfica dos temas do processo seletivo;
  - elaborar os itens e selecionar as questões, de acordo com a complexidade desejada;
  - montar a prova escrita;
  - elaborar as instruções e as respostas-padrão;
  - fazer a revisão final da prova escrita;
  - providenciar a impressão final da prova e o seu empacotamento;
  - preparar a lista de presença que deverá ser assinada pelos participantes do processo seletivo;
  - aplicar a prova escrita;
  - corrigir a prova escrita;
  - comunicar o resultado da prova escrita;



- preparar e realizar, se for o caso, as entrevistas, os exames práticos e as análises dos currículos;
- realizar a revisão e análise dos resultados;
- elaborar o relatório final do processo seletivo e encaminhá-lo com a lista dos aprovados às autoridades competentes, visando sua homologação.
- Divulgação da relação dos aprovados no município proponente, logo após o processo de seleção.
- Convocação dos candidatos aprovados para o treinamento introdutório.

### Recrutamento dos profissionais

O recrutamento representa um processo de busca e de encorajamento de um grupo de profissionais para um determinado processo seletivo, objetivando sua candidatura ao cumprimento de um papel específico. Ele visa, no caso, a identificação de possíveis candidatos para o desempenho das ações pertinentes à estratégia Saúde da Família, estimulando-os, com base nos possíveis benefícios advindos da concretização dessas tarefas.

Por tratar-se de uma experiência inovadora, é importante a divulgação desse processo em locais onde prováveis candidatos possam ser encontrados, preenchendo os pré-requisitos necessários para o desempenho das atividades específicas, de forma a não selecionar profissionais que, futuramente, venham a se sentir frustrados ou inadequados para as tarefas de uma ESF. Além da publicação em veículo oficial, essa divulgação precisa ser a mais ampla possível, para que possa atrair também aquelas pessoas que ainda não haviam pensado em trabalhar no PSF, de modo que se sintam motivadas a fazê-lo, a partir do conhecimento da proposta.

Dentre as diversas fontes e formas de recrutamento, destacam-se as seguintes estratégias, principalmente pela sua exequibilidade:

- anúncio em jornais e revistas de grande circulação nas cidades maiores;
- abertura de um cadastro de profissionais indicados ou interessados, visando ao envio de correspondência sobre o processo seletivo;
- contato pessoal e afixação de cartazes e edital nas portarias e demais lugares "estratégicos" de escolas de Medicina e de Enfermagem, serviços de saúde, associações de classe;
- apresentação de proposta em diferentes organizações, em cursos, congressos, explicando a abertura e ampliação do mercado de trabalho.

Deve haver um trabalho especial junto às instituições formadoras de recursos humanos, sem se esquecer dos profissionais que já estão no mercado de trabalho e que se encontram insatisfeitos com sua prática tradicional em vigor.

Por outro lado, é igualmente importante a divulgação junto aos profissionais já



inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), visando também a promoção das indispensáveis articulações para o desenvolvimento das referências e contra-referências locais e regionais. Nesse processo de planejamento e divulgação, é fundamental o comprometimento das autoridades locais, principalmente por meio das Associações de Prefeitos, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Os cartazes, anúncios e outros recursos audiovisuais de propaganda (multimeios) devem incluir as seguintes informações:

- que se oferece e exige;
- definições da estratégia Saúde da Família, seus objetivos, requisitos, a necessária dedicação exclusiva da equipe e as demais características essenciais;
- identificação dos problemas que se quer atingir, destacando-se não só os pré-requisitos para lidar com eles, mas também o perfil necessário de cada membro da equipe;
- reforço aos princípios gerais do PSF, com "chamadas" dirigidas a potenciais profissionais que se identifiquem com estes princípios.

Paralelamente ao recrutamento do público externo, deve-se mobilizar os servidores da própria instituição, para que conheçam as vantagens e desafios da estratégia Saúde da Família, identificando-se aqueles que se aproximam do perfil delineado, atendendo especialmente às demandas dos municípios.

Para minimizar o constrangimento do servidor local não aprovado no processo seletivo, pode-se recorrer a alguns dos seguintes critérios de avaliação, previamente empregados:

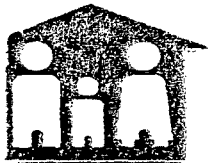
- avaliação do desempenho profissional, inclusive mediante consulta às chefias imediatas;
- análise da conduta e do pensamento crítico e criativo em relação aos problemas de saúde pública;
- resultado das avaliações dos treinamentos/aprimoramentos que o candidato já participou.

### **Seleção dos profissionais**

A seleção é entendida como o processo de identificação dos candidatos mais aptos a desempenhar as tarefas estabelecidas. No caso da estratégia Saúde da Família, devem ser identificados aqueles que apresentam o perfil mais adequado para o desempenho das atividades pertinentes, associado à respectiva qualificação técnica. Dessa forma, o estabelecimento de requisitos, dentre eles o perfil profissional desejado, é fundamental para se dar mais objetividade e maior probabilidade de acerto na seleção.

Existem variadas formas de seleção que habitualmente podem ser usadas isoladamente ou em conjunto:





- prova dissertativa ou subjetiva;
- prova objetiva, de múltipla escolha, contemplando o aspecto da assistência integral à família (do recém-nascido ao idoso), com enfoque clínico epidemiológico;
- prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária, ou prova teórico-prática de descrição do atendimento a uma situação simulada;
- entrevista;
- análise do currículo, visando mensurar o preparo e a experiência do profissional em relação às atividades do PSF.

*i. Prova de conhecimento*

É essencial um planejamento antes de se iniciar a confecção de uma prova:

- O que queremos medir?
- Quais os seus objetivos?
- Como elaborar as questões de forma que elas possam ser respondidas revelando de fato o conteúdo que gostaríamos de avaliar?
- Será que a prova de conhecimentos é suficiente para avaliar o candidato, inclusive seu perfil, frente ao que se deseja de sua atuação futura?

Em primeiro lugar, é preciso ter-se clareza dos objetivos da seleção, isto é, o que se pretende avaliar, para que sejam definidos, então, os próprios critérios da seleção e os instrumentos de avaliação a serem empregados.

Alguns aspectos qualitativos do candidato devem estar presentes, em especial aqueles referentes ao seu comportamento global e relacionados, basicamente, a:

- facilidade de se expressar;
- objetivo de vida;
- interesse em aprender;
- estabilidade emocional;
- nível cultural;
- relações interpessoais e familiares;
- interesses extra-profissionais;
- emprego atual (nível de satisfação).

Alguns aspectos da elaboração de uma prova que não devem ser esquecidos:

- Dados de identificação
- Seleção dos objetivos
- Conteúdos de ensino e tabela de especificação. Por exemplo:



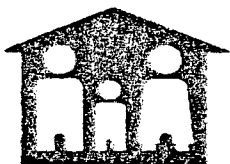
- Questões de conhecimento - 10% - peso 1
- Questões de compreensão - 20% - peso 2
- Questões de aplicação - 30% - peso 3
- Questões de avaliação - 40% - peso 4
- Elaboração dos itens e seleção das questões
- Montagem da prova
- Elaboração das instruções e das respostas-padrão
- Revisão final
- Aplicação
- Correção
- Revisão e análise dos resultados
- Comunicação dos resultados

As provas subjetivas ou de dissertação possuem muitos defensores, pois proporcionam a avaliação de conhecimentos em maior extensão e profundidade que as provas objetivas. É corrente a idéia de que este tipo de prova é de mais fácil elaboração, o que na prática não corresponde à realidade. Justamente por proporcionar ao candidato a livre manifestação de suas idéias, é necessário que o examinador considere alguns princípios técnicos para facilitar a sua correção, através da determinação de critérios justos e eqüitativos.

É preciso evitar a apresentação de respostas rotineiras em que o candidato possa reproduzir literalmente manuais e livros-textos, ou de respostas tão diversificadas que não permitam estabelecer um padrão de correção. Qualquer que seja o tipo de quesito, o objetivo que se quer avaliar, a relevância do assunto e o nível intelectual da clientela-alvo, deve-se evitar questões que levem a respostas superficiais e opinativas.

Nos itens de respostas abertas é aconselhável "amarrar" o enunciado, de forma a situar o candidato quanto ao que está sendo esperado dele como resposta, indicando-lhe de que forma deverá manifestar suas idéias. A redação do item deve conter orientação suficiente para a elaboração de uma resposta estruturada e adequada ao grau de especificidade ou de generalidade exigido. Os aspectos a serem explorados devem estar definidos, de forma clara, evitando-se a utilização de expressões vagas como "o que você pensa", "qual a sua opinião", ou "escreva tudo o que sabe". A questão deve estar estruturada, de modo que o candidato possa selecionar as informações e organizar a resposta num todo integrado.

É preciso lembrar que existem diferenças individuais, em relação à velocidade de reflexão sobre uma questão e sua resposta. A premência de tempo pode deixar o candidato nervoso, inseguro, deteriorando sua caligrafia e a forma de apresentação. Porém, o excesso de tempo pode também ser prejudicial ao candidato, pois começa a querer modificar o que já escreveu, muitas vezes prejudicando a lógica da apresentação. O tempo necessário



para a realização da prova deve ser planejado adequadamente, considerando-se a sua extensão e o grau de dificuldade dos quesitos.

Um instrumento de avaliação deve oferecer igualdade de condições a todos os candidatos, de modo que seus diferentes desempenhos possam ser comparados.

Assim, em questões dissertativas, deve-se evitar colocar itens optativos, pois o candidato selecionará, naturalmente, aquele que julgar mais capaz de respondê-lo, dificultando, sobremaneira, a comparação entre os elementos do grupo testado. Avaliar é, sobretudo, comparar o desempenho em relação ao grupo de referência. Só assim a avaliação faz sentido.

Caso seja escolhido o teste de múltipla escolha – prova objetiva, alguns aspectos precisam ser observados:

- Certificar-se da existência de consenso, quanto à resposta certa de cada questão.
- Construir questões de níveis diferentes de dificuldade .
- Distribuir as questões de forma balanceada em relação à sua dificuldade:
  - 30% perguntas julgadas "fáceis".
  - 40% perguntas de moderada complexidade.
  - 30% perguntas consideradas "difíceis".
- Redigir os enunciados de forma clara e concisa.
- Evitar o emprego de palavras como "sempre", "somente", "nunca", "jamais", "invariavelmente", "todos", "nenhum" etc.
- Dar preferência à apresentação de questão sob a forma afirmativa direta, evitando utilizar questões com negativa dupla.
- Incluir nas instruções gerais o aviso de não deixar questões sem resposta.
- Apresentar a questão sob a forma de pergunta ou de afirmação incompleta, tendo o cuidado de situar todo o problema no enunciado.
- Fazer opções curtas, de extensão aproximadamente igual e independentes entre si.
- Não empregar nas opções "nenhuma das respostas acima" ou "todas as respostas acima".

Quanto ao julgamento, dificilmente pode-se neutralizar sua subjetividade, mas existem alguns procedimentos que permitem minimizá-la, tais como:

- a correção anônima, impedindo que o examinador identifique o candidato;
- a correção de uma mesma questão por todos os examinadores, permitindo dar maior consistência aos escores pela constância no padrão de correção;
- a correção por resposta-padrão, facilitando a análise e a identificação das partes componentes e atribuindo notas em função do grau de relevância de cada parte;
- a correção por várias pessoas, caracterizando, sempre, um resultado mais



fidedigno que o resultado isolado de um único examinador. No caso de concursos ou processos de seleção, é desejável que se constitua uma comissão avaliadora e que seus membros participem desde a elaboração da(s) prova(s) até a sua correção. Isso dilui a responsabilidade em relação à reprovação de candidatos e imprime maior grau de credibilidade quanto aos resultados.

## ii. Entrevista

A entrevista é uma das etapas da seleção que mais influencia na decisão final do aproveitamento ou não do candidato. É necessário que seja realizada com bastante habilidade e tato, para que possa realmente produzir os resultados esperados.

Os especialistas recomendam que a maneira de melhorar a confiabilidade da entrevista é a sua padronização, a fim de corrigir defeitos de subjetividade excessiva. O planejamento da entrevista requer clareza dos requisitos exigidos e das informações que se quer dos candidatos. A entrevista pode ser livre ou dirigida, individual ou em grupo.

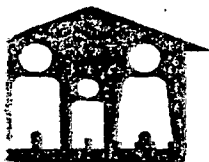
A entrevista é livre, quando segue o curso natural pergunta-resposta-pergunta, ou seja, quando não há um roteiro pré-estabelecido para cada entrevista. O entrevistador não impõe qualquer tipo de resistência e não se preocupa com a seqüência do assunto, atendo-se à profundidade da abordagem.

A entrevista dirigida é condicionada a um roteiro que serve de guia, para a formulação de perguntas a que o candidato deve responder. É criticada pela pressão que exerce sobre o entrevistado, restringindo e limitando sua expressão, mas, em compensação, diminui a subjetividade do entrevistador.

A entrevista coletiva é mais utilizada, quando se quer verificar aspectos como facilidade de expressão oral, liderança, postura em público, etc.

Como sugestão, o seguinte roteiro pode ser utilizado pelos entrevistadores:

- **Observação do perfil do candidato:**
  - Identificação com a proposta do PSF e motivação que o seu trabalho requer;
  - Sensibilidade para as questões sociais;
  - Criatividade e capacidade de tomar iniciativa;
  - Disponibilidade para dedicação integral ao PSF;
  - Disposição para o trabalho com a comunidade;
  - Interesse no planejamento, organização e avaliação da atuação da equipe no tocante à melhoria de saúde local.
- **Informações a serem solicitadas aos candidatos:**
  - Por que se candidatou?
  - Qual o interesse em trabalhar e residir próximo ou na própria comunidade



em que irá atuar?

- Qual a expectativa frente ao trabalho? O que espera obter dele?
  - Qual a sua visão a respeito desta proposta?
  - Como vê o processo de municipalização e de controle social?
  - Como pretende desenvolver suas atividades no PSF?
  - Que experiências anteriores desenvolveu no trabalho com a comunidade?
  - Outras.
- **Itens importantes a serem observados pelos entrevistadores:**
- Evitar críticas e observações sobre a exposição do candidato, mesmo construtivas;
  - Criar um clima de cordialidade e de confiança, para que o candidato não perca a espontaneidade e a liberdade de expressão;
  - Quebrar a resistência e as reações defensivas, criando oportunidade para o candidato falar, sem que sinta "interrogado" ou em "julgamento";
  - Evitar perguntas indiscretas sobre a vida pessoal e afetiva;
  - Referir-se sempre ao desempenho profissional, nunca aos aspectos de sua personalidade ou qualidades pessoais, ao discutir suas qualificações e habilidades;
  - Ouvir o candidato, permitindo que se expresse livremente, bem como, interrompê-lo no momento certo, tendo em vista o tempo previsto para a realização da entrevista e a possível prolixidade do candidato;
  - Fazer observações objetivas, em função do direcionamento da entrevista;
  - Responder ao questionamento do candidato e esclarecer perguntas não respondidas corretamente, pois, apesar da existência de um roteiro pré-estabelecido, nada impede que se aprofunde uma ou outra questão, ou que surja alguma não estabelecida, mas que se torne importante no momento.

O registro de dados da entrevista deve ser feito de forma discreta e sistemática. É necessário anotar de forma clara e objetiva todos os dados considerados importantes, em relação aos aspectos que se deseja identificar, no perfil do candidato. Não se deve tentar melhorar a forma ou o conteúdo do registro, incorporando sua opinião. Isso deve ser feito no laudo ou na interpretação da entrevista.

Logo após a entrevista, os entrevistados deverão atribuir, a partir das anotações, um conceito ou uma nota ao candidato, evitando-se, assim, esquecimentos ou confusões posteriores.

### *iii. Avaliação do Curriculum Vitae*

Na análise do currículo dos candidatos, sugere-se que os seguintes itens estejam presentes:



- Cursos de especialização/aperfeiçoamento em áreas afins;
- Estágio na Área de Saúde Pública e em áreas afins;
- Experiência profissional;
- Trabalhos realizados com a comunidade;
- Monitoria/Supervisão na área;
- Trabalhos publicados na área;
- Participação em congressos e outros.

### **Contratação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família**

Além da opção de seleção interna, normalmente é necessário contratar profissionais de saúde. Médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem devem ser contratados através de regime de CLT. Esta é a via preferencial para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de Governo, observados os limites de despesas estabelecidos pela Lei Camata e pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A contratação de ACS é diferenciada dos demais membros da equipe. Por razões da natureza de seu trabalho, ele deve ser da comunidade e representar seu elo com o serviço de saúde. A recomendação é que sejam contratados por entidade não lucrativa de interesse público, que efetuará contrato de gestão e ou Termo de Parceria com o Município.

Acredita-se que este seja o vínculo institucional mais apropriado para preservar o papel do ACS, embora dependa da disponibilidade local de entidades que tenham experiência na área social.

O contrato do ACS deve ter por base a Lei 9.790/99, que prevê todos os direitos trabalhistas, sob regime de Previdência Geral.



## 2. A reorganização do trabalho nas USF

### a. Planejamento local das atividades

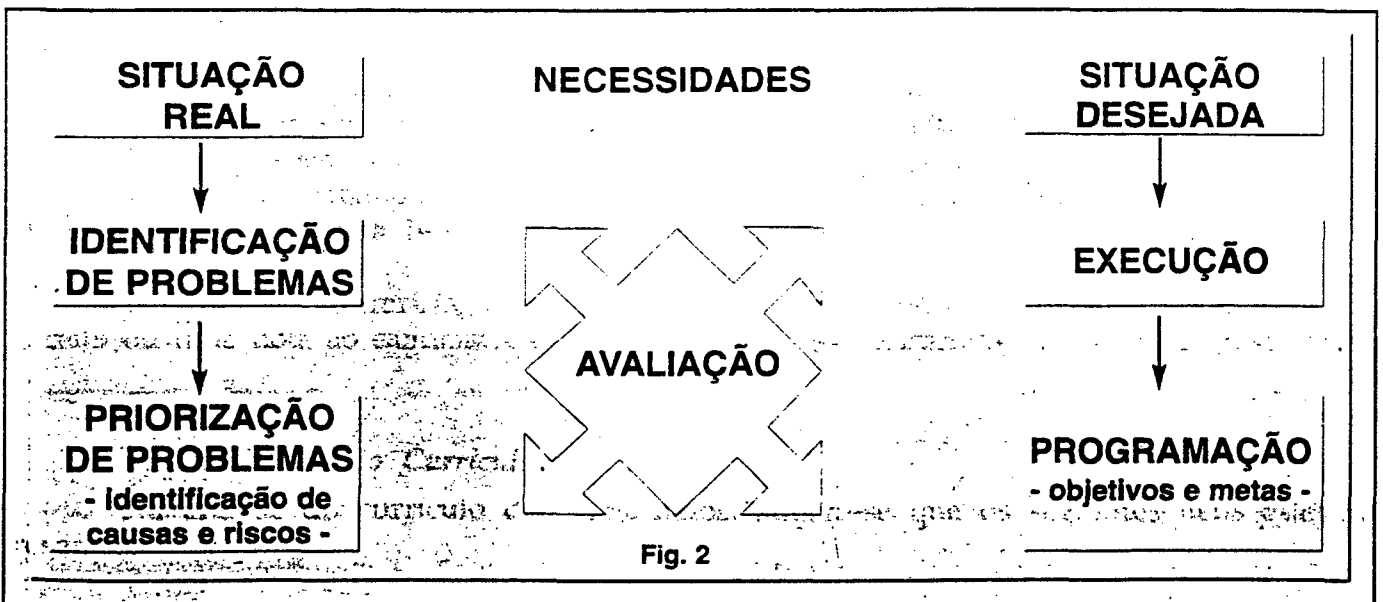
Para que as atividades da ESF respondam às necessidades de saúde da população de uma área é necessário realizar o planejamento das ações. O processo de planejamento deve ser dinâmico e acompanhar as mudanças ocorridas na comunidade, de forma a adequar as atividades às reais necessidades locais (Figura 1).

Ele é composto pelo diagnóstico da realidade (coleta e análise dos dados), identificação dos problemas existentes, suas causas e riscos, escolha das prioridades e planejamento das atividades que serão desenvolvidas. Como parte desse planejamento, é realizada a programação das atividades pactuadas com a comunidade, incluindo-se objetivos e metas a serem atingidas e levando-se em conta os recursos disponíveis (humanos, materiais e financeiros) para sua execução. Da mesma forma, é preciso programar o acompanhamento e a avaliação permanente de todo o processo, incluindo a avaliação do impacto das ações sobre a realidade diagnosticada inicialmente. Este acompanhamento deve ser feito através do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB).

O ponto de partida para um adequado desenvolvimento das ações de uma equipe de Saúde da Família é o diagnóstico da realidade a ser trabalhada. É com base neste diagnóstico que todas as etapas do planejamento são construídas. Pode-se dizer que o diagnóstico tem duas fases fundamentais: a coleta de dados e a análise dos dados coletados.

### b. Cadastrando as famílias

No caso do diagnóstico da comunidade adscrita a uma Unidade de Saúde da Família, a coleta de dados corresponde ao primeiro momento - o cadastramento - que se





inicia com a apresentação de perguntas diretamente à família, associada a informações coletadas pela observação da realidade e por questionamentos a outras instituições que atuam na área.

Para que este diagnóstico da comunidade seja adequado são necessárias informações referentes aos aspectos demográficos, sócioeconômicos, sócio culturais, do meio ambiente e sanitário. Todas as famílias são cadastradas, através de visitas aos domicílios, realizadas pela equipe, em especial pelo ACS. Nessas visitas são observadas as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, a situação domiciliar – condições de moradia, de saneamento e condições ambientais e os possíveis fatores de risco à saúde. São necessárias também informações sobre detalhes dos aspectos familiares como composição da família, sua renda, a ocupação de seus membros, as condições de acesso aos sistemas de saúde e educacional, a mortalidade e a morbidade referidas, bem como outras informações relacionadas aos riscos presentes ou potenciais para integrantes da família ou para a dinâmica de seu funcionamento.

Essa etapa inicia o vínculo dos membros da Unidade de Saúde com a família; é uma relação que precisa ser desenvolvida da forma mais interativa, aberta e amável possível, evitando-se demonstrações de preconceitos, ou posicionamentos pessoais referentes aos hábitos de vida ou à composição da família.

O entrevistador deverá posicionar-se com afetividade, mas com firmeza, não se portando como um mero inquisidor, pois, a partir desse momento, ele passa a ser um novo elemento que interage com aquela família visando a manutenção ou a recuperação da saúde de seus membros e da qualidade da dinâmica familiar.

Como base para a elaboração de roteiros para estas entrevistas e para a coleta de dados pela observação direta da realidade, é importante incluir o seguinte conjunto de informações, que não representam um limite máximo de conteúdo:

*i. Coletando dados*

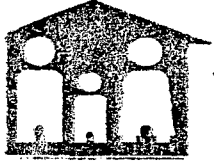
• **Demográficos:**

- Endereço
- Idade
- Sexo
- Origem dos membros da família (nascimento e movimentação geográfica)

• **Sócioeconômicos:**

- Renda (mesmo que em muitos casos não seja confiável).
- Condições de trabalho/ocupação/estudo dos integrantes da família (não confundir desempregado com desocupado; por exemplo, um adolescente que não estuda e nem trabalha não deve ser considerado como desempregado, mas, sim, como desocupado, condição diferente para um adulto na mesma situação).





- Condições de moradia (tipo da habitação, número de cômodos ou peças, energia elétrica e saneamento básico – abastecimento, tratamento e armazenamento da água, destino dos dejetos e do lixo).
- Escolaridade.
- Comunicação (telefone, televisão, rádio e outros).
- Serviços de saúde que normalmente acessam (inclusive planos de saúde).
- Transporte que mais utiliza.
- **Sócio culturais:**
  - Estrutura familiar (composição, papéis, hierarquia, etc. Cuidado no formular tais questões. Em muitos momentos, é preferível observar a maioria desses aspectos durante a entrevista do que formular questões embaraçosas que servirão muito mais para afastar o entrevistado)
  - Religião (atentar para a religião explicitada, bem como, para a frequência e o tipo de participação)
  - Participação de grupos comunitários (associação de moradores, cooperativas, sociedade de classe, clube de serviço e outros)
- **Meio Ambiente:**
  - Referentes à condição das águas (rios, lagoas e mar); da terra (solo e vegetação, uso de agrotóxico); do ar (poluição) e do clima (umidade e temperatura)
- **Mortalidade e Morbidade:**
  - Mortalidade (óbitos na família, com o grau de parentesco, distinguindo os membros da família que moram na mesma casa dos que habitam fora, a causa referida e a data)
  - Morbidade e condições de risco (gestação, alcoolismo, fumo, dependência de outras drogas, deficiência física e mental, hipertensão arterial, diabetes, distúrbios mentais, hanseníase, epilepsia, tuberculose, malária, doença de chagas e outras condições prevalentes na área)

## ii. Entrevistando as famílias

- Leia atentamente a ficha do cadastro, antes de realizar a entrevista. Esta conduta proporcionará uma relação mais segura e dinâmica com o(s) entrevistado(s);
- Ao ser recebido na residência visitada, identifique-se prontamente a quem veio lhe atender, esclarecendo sobre a utilização e a importância das informações que serão coletadas. Caso não possa ser recebido no momento, solicite um horário possível para a entrevista;
- Seja amável, atencioso (a), respeitoso (a), mas, ao mesmo tempo, seguro (a) o bastante para convencer sobre a importância do trabalho que está sendo realizado. Porém, jamais emita comentários pessoais sobre as respostas dadas;
- Antes de preencher qualquer item, pergunte o nome do entrevistado, chamando-o sempre pelo nome. Converse um pouco sobre o trabalho da equipe, a



localização da unidade, aspectos gerais da comunidade, enfim, descontraia o processo da entrevista, interaja com o entrevistado, sem perder, no entanto, muito tempo para tal atividade;

- Preencha o cadastro atentamente, de forma legível e a lápis, para que possa ser corrigido, sempre que necessário, e anote exatamente o que foi respondido. Qualquer dúvida, pergunte novamente, até que a resposta seja clara e compreensível;
- Permaneça sempre atento ao entrevistado, às pessoas presentes e ao ambiente. Existem perguntas que não precisam ser feitas e, às vezes, são até constrangedoras. Nestes casos, basta observar e registrar.

### c. Diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade

A partir do cadastramento a equipe realiza, juntamente com as lideranças comunitárias locais, e com grande participação dos Agentes Comunitários de Saúde, o diagnóstico da comunidade, com o objetivo de:

- identificar os problemas de saúde mais prevalentes na área de abrangência;
- construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial e de saúde, que detecte situações de vulnerabilidade de saúde, social ou familiar, chamadas situações de risco, que deverão ser priorizadas

A equipe deverá consolidar as informações que compõem o cadastramento das famílias e utilizar diversas fontes de informação, que possibilitem melhor identificação da área trabalhada, sobretudo as oficiais, como dados do IBGE, cartórios e secretarias de saúde. Devem também ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade, instituições locais bem como grupos sociais organizados, que possam auxiliar a ESF a elaborar, posteriormente, um planejamento factível e adequado às reais necessidades da população local.

A ESF precisa estar atenta aos fatores causais relacionados aos processos patológicos identificados nos indivíduos, referentes ao seu contexto familiar ou ambiental e, ao mesmo tempo, às respostas desses indivíduos ao seu meio.

É importante identificar as microáreas de risco, ou seja, áreas que possuem fatores de risco e/ou barreiras geográficas ou culturais (tudo aquilo que dificulta ou impede a chegada e a interlocução da comunidade com o serviço de saúde), ou ainda áreas com indicadores de saúde muito ruins. A identificação dessas áreas, pessoas ou famílias que precisam de atenção especial é muito importante para que sejam programadas ações específicas e atividades de acompanhamento mais permanente. Seja porque já existe uma situação de desequilíbrio instalada, ou porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer.

O enfoque de risco traduz a probabilidade de alguém, algumas famílias ou alguma área específica terem mais chance de sofrer um dano à sua saúde, qualquer que seja o risco - físico, ambiental, social ou mental.



Em face do diagnóstico da realidade local, faz-se necessária a elaboração de um plano de ação, a partir de discussões com as famílias envolvidas sobre o enfrentamento dos problemas mais prevalentes, como também de construção de estratégias para sua prevenção. Cabe, ainda, à ESF organizar atividades permanentes de promoção da saúde, tanto nos espaços da Unidade de Saúde quanto do domicílio e das demais áreas disponíveis e potenciais para tais ações.

A atenção à saúde das famílias adscritas deve ser desenvolvida de forma integral, racional e tecnicamente apropriada, estimulando seus membros, sempre que possível, à prática de autocuidados.

#### *i. Consolidando os dados*

Após a coleta dos dados e preenchimento do cadastro, é fundamental que a ESF consolide-os e converta-os em informações a serem analisadas, quando da elaboração do diagnóstico da área, norteador de sua programação e o processo permanente de avaliação da realidade local.

Dessa forma, no final do processo de coleta de dados, devem estar disponíveis:

- a distribuição da população por faixa etária e por sexo e sua distribuição geográfica;
- as condições de moradia, inclusive os aspectos ligados ao saneamento básico;
- o grau de escolaridade e o tipo de ocupação dos membros da área;
- a identificação das lideranças locais, dos grupos religiosos e das formas de organização social da localidade;
- localização de recursos hídricos, de elementos poluentes e de outras informações importantes para o conhecimento da realidade local.

Entretanto, para que o diagnóstico da comunidade esteja completo, é preciso definir as MICROÁREAS DE RISCO, ou seja, áreas que possuem fatores de risco e/ou barreiras geográficas e culturais ("tudo aquilo que impede ou dificulta a chegada da comunidade ao serviço de saúde") e/ou indicadores de saúde muito ruins, para que sejam programadas ações específicas para cada uma delas, assim como atividades de acompanhamento de forma permanente.

Ao se utilizar termos como RISCO, FATORES DE RISCO e MICROÁREAS DE RISCO, é interessante que se esclareça um pouco mais o uso desses termos. Quando se trabalha com o ENFOQUE DE RISCO, objetiva-se a atenção à saúde das pessoas, famílias e comunidades, baseada no conceito de RISCO, o qual traduz a probabilidade de alguém, ou de um grupo populacional, de sofrer um dano em sua saúde. Tal conceito baseia-se na maior probabilidade de um grupo de pessoas adoecer ou morrer, ou seja, de ser mais vulnerável a determinados agravos, como resultado de uma série de características biológicas, genéticas, ambientais, psicológicas, sociais, econômicas e outras que, interrelacionadas, conferem um risco próprio a esse grupo específico.



FATOR DE RISCO à saúde é algo (coisa ou acontecimento) que favorece o surgimento ou o agravamento de uma doença, qualquer que seja ela – física, mental ou social. O grupo populacional que apresenta maior risco à saúde é chamada de GRUPO DE RISCO e caracteriza-se pela possibilidade de adoecimento permanente, de maneira mais fácil que os demais, o qual deve ser merecedor de maior atenção. Para cada risco existe um grupo de risco específico, que deve ser diagnosticado.

## *ii. Mapeando a área de atuação da ESF*

A partir da definição das microáreas de risco e das demais informações contidas no diagnóstico comunitário da área de abrangência da ESF, pode-se elaborar o MAPEAMENTO local, ou seja, a representação (no papel) da área da atuação da equipe, contendo suas principais informações geográficas (residências, ruas, estradas, estabelecimentos escolares, religiosos e de saúde, características geográficas – rios, montes, córregos e outras) e populacionais (grupos específicos a serem priorizados).

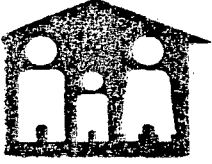
O resultado desse mapeamento – o MAPA da área, contendo as microáreas de risco e as barreiras geográficas, é de suma importância para a programação das ações, para a elaboração do roteiro das visitas, para a execução e o acompanhamento das atividades na comunidade, e para o permanente processo de avaliação dos resultados.

O mapa da área pode ser feito de duas formas. A primeira, que dá origem ao mapa chamado de estático, apresenta as características permanentes da região, ou seja, ele é aquele mapa que, a princípio, modifica-se muito pouco com o tempo, pois contém informações geográficas, institucionais e outras que levam muito tempo para se modificarem.

A outra forma dá origem ao mapa inteligente, caracterizado pelo dinamismo, pela possibilidade de ser modificado permanentemente. Este mapa modifica-se de acordo com as alterações na área, e indica, por exemplo, a localização das gestantes, de menores de 1 ano, dos idosos, dos desnutridos ou dos casos de diarreia. Enfim, representa um retrato momentâneo da área de abrangência que deve servir para estudos sobre a realidade local, para o direcionamento das atividades da equipe, para a apresentação de mudanças positivas ou negativas decorrentes das ações e outros fins.

É importante lembrar que ambos os mapas devem apresentar, com clareza, os limites da área geográfica, ou seja, os pontos de referência que separam as áreas entre si, tais como rios, serras, ruas, estradas e outros. Além desse aspecto, a ESF precisa estar atenta para a utilização de símbolos representativos (ícones) que devem ser acompanhados de uma adequada legenda explicativa ao lado do mapa, assim como para a utilização dos pontos cardinais, com vistas à orientação de sua posição.

Outro aspecto que merece destaque é a possível poluição visual, caso sejam utilizadas muitas informações no mesmo mapa. Nesse caso, recomenda-se a elaboração de



mais de um mapa está indicada, o que facilita a melhor apresentação dos dados, sua visualização e o seu estudo.

#### d. A programação das atividades da ESF

A partir do momento em que a equipe dispõe das informações referentes a sua área de abrangência, sendo possível elaborar um diagnóstico sanitário local, a programação das atividades deve ser realizada, num processo de discussão com a comunidade.

A programação é o plano de trabalho da equipe, contendo suas atividades e as tarefas a serem desenvolvidas em um determinado período e incluindo os recursos necessários para se atingir os objetivos propostos.

A ESF necessita possuir uma programação própria, tendo em vista não só a necessidade de organização das atividades e tarefas a serem cumpridas, como também sua posterior avaliação. Essa programação possibilita ainda a racionalização dos recursos disponíveis.

A programação das atividades da ESF precisa conter:

- os problemas priorizados<sup>6</sup>, já tendo sido identificados no momento do diagnóstico local;
- os objetivos a serem atingidos, de acordo com as necessidades da população e as possibilidades da equipe;
- as atividades a serem realizadas e o detalhamento de sua realização;
- as metas a serem atingidas, que representam os objetivos quantificados;
- os recursos necessários para a realização das atividades;
- o tempo que será despendido com tais atividades, de acordo com um cronograma de trabalho e os resultados esperados.

A programação deve estar sob permanente avaliação<sup>7</sup>, devendo nela serem observados os resultados obtidos frente às ações desenvolvidas, com base nos objetivos e nas metas previamente estabelecidos.

O dinamismo do processo de planejamento faz com que ele acompanhe as mudanças existentes na comunidade, sendo possível, dessa forma, readaptar, sempre que necessário, as atividades da ESF às reais necessidades locais. A comunidade é extremamente dinâmica em seu processo de desenvolvimento e uma equipe de Saúde da Família precisa, assim, manter-se tão dinâmica quanto ela.

<sup>6</sup>Para a priorização de problemas a serem entretidos, cabe a permanente lembrança de sua importância para a população, bem como os riscos nele existentes, da mesma forma a possibilidade de serem passivos de intervenção. De pouco adianta priorizar um problema se ele não pode ser alterado, reduzido ou eliminado.

<sup>7</sup>Sugere-se ser semestral, quando não ocorrer nenhum fato relevante que exija encurtar este prazo.



#### e. Acompanhamento e avaliação das atividades da ESF

A avaliação, assim como todas as etapas do PSF, deve considerar a realidade e as necessidades locais, a participação popular e o caráter dinâmico e perfectível da proposta - que traz elementos importantes para a definição de programas de educação continuada, aprimoramento gerencial e aplicação de recursos, entre outros.

O resultado das avaliações não deve ser considerado como um dado exclusivamente técnico, mas sim como uma informação de interesse de todos (gestores, profissionais e população). Por esta razão, devem ser desenvolvidas formas de ampliação da divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação. É importante ressaltar que os instrumentos utilizados para a avaliação devem ser capazes de aferir:

- alterações efetivas do modelo assistencial;
- satisfação do usuário;
- satisfação dos profissionais;
- qualidade do atendimento/desempenho da equipe;
- impacto nos indicadores de saúde.

Por sua vez, o acompanhamento do desenvolvimento e a avaliação dos resultados da atuação das ESF podem ser realizadas através de um sistema de informações, que permita o monitoramento do desempenho das equipes, no que se refere à sua resolutividade, à melhoria do perfil epidemiológico e à eficiência das decisões gerenciais. Para tanto, deve contar com os seguintes instrumentos: cadastro familiar, cartão de identificação, prontuário familiar e ficha de registros de atendimentos.

O Ministério da Saúde tem colocado à disposição dos municípios, através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o software do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cuja alimentação é obrigatória para o recebimento dos incentivos federais para o PSF e PACS.

Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com os escritórios regionais do DATASUS, apoiar os Municípios na implantação deste software, viabilizando a capacitação das ESF para sua utilização. O SIAB deve ser compreendido pelos municípios como um importante instrumento para planejar e para avaliar o trabalho das ESF. Ele possibilita a imediata identificação dos problemas das famílias e das comunidades assistidas, permitindo que os profissionais de saúde e os gestores locais tomem medidas em tempo oportuno para o enfrentamento destes problemas.

Os Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM; Nascidos Vivos - SINASC; Agravos de Notificação - SINAN, Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e Programa Nacional de Imunização - SIPNI constituem também instrumentos fundamentais para o acompanhamento e avaliação da atenção básica. As Equipes de Saúde da Família precisam, assim, estar comprometidas com a implantação, a alimentação e a utilização local destes sistemas.



### 3. Reorganização dos métodos e da rotina de trabalho

#### a. A organização da demanda

As Unidades de Saúde trabalham atualmente "afogadas" pelo que se costuma chamar de demanda espontânea. Isso se deve, em grande parte, ao fato da sua base de atuação ser a clínica individual.

No início da implantação do PSF é comum verificar um aumento da demanda da Unidade. Isso porque muitas demandas reprimidas começam a ser "descobertas" nos domicílios e referidas à USF. Mas, à medida que os problemas de saúde coletivos vão sendo identificados e uma abordagem coletiva eficiente é colocada em prática, verifica-se uma tendência de "desafogamento" da unidade, por essa demanda espontânea.

A abordagem coletiva pode se dar através do trabalho com grupos na própria USF ou na comunidade, visando realizar trabalhos de promoção da saúde específicos para cada fase da vida: grupo dos bebês, de grávidas, de adolescentes, de idosos. Também pode ser realizado o monitoramento de doenças crônicas através de grupos, como é o caso do diabetes, hipertensão, obesidade, alcoolismo, entre outros. Além do trabalho com grupos, a assistência integral prestada através de consultas médicas e de enfermagem, realizadas de acordo com protocolos de conduta clínica, constitui importante elemento de reorganização das rotinas de trabalho, contribuindo para a organização do fluxo de demanda.

Outro fator que contribui na reordenação dos fluxos de demanda é a assistência domiciliar prestada pela equipe, principalmente as visitas de rotina dos ACS, que através de um processo de educação permanente, vão monitorando as situações de risco, avaliando aquelas as que precisam ser referidas à unidade e resolvendo uma parte, que diz respeito a situações emocionais aflitivas, de aconselhamento, de necessidade de contato social, por exemplo no caso dos idosos.

#### b. O trabalho em equipe

Um dos pressupostos mais importantes do PSF é promover o trabalho de equipe, o que requer o estabelecimento de respeito profissional muito grande entre todos os membros e a percepção de que a formação dos demais profissionais não é subalterna à formação médica.

A concentração de poder e status na figura do médico, associada à sua formação excessivamente técnica, acaba por remeter ao plano secundário a prática clínica e a vivência humanista dos demais membros da equipe. A proposta do PSF visa uma integração mais efetiva entre as práticas clínicas e as abordagens coletivas, incorporando a contribuição clínica da enfermagem e a introdução do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Um equívoco grave é confundir o trabalho do ACS com o trabalho do auxiliar de enfermagem. O papel do ACS não é derivativo da clínica: ele detém enquanto membro da comunidade, um conhecimento ímpar sobre sua dinâmica, seus potenciais, valores, dificuldades. Assim, funciona como um elo de ligação permanente da ESF com as famílias



e a comunidade em geral. O trabalho em equipe exige o estabelecimento de novas rotinas, por parte dos profissionais. A prática evidencia a necessidade de se reservar horários – diários ou semanais - para a discussão e o encaminhamento conjunto de cada caso, naquilo que está ao alcance de cada profissional.

### c. A atenção domiciliar

Elemento central no PSF, a visita domiciliar não inclui consultas no domicílio; isso só acontece quando é estritamente necessário, sendo realizada pelo médico ou pelo enfermeiro (a), de acordo com a situação do doente.

A visita domiciliar é realizada cotidianamente pelo ACS que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade. A visita também tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a USF. A ESF deve agendar as visitas segundo uma programação semanal da USF, priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos ACS. O trabalho dos ACS racionaliza o uso dessa modalidade de atenção.

A internação domiciliar também é uma prática incentivada pelo PSF, mas não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por essa razão, só é indicada quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem, ou assim o exigirem. Deve ser realizada sob anuência do hospital de referência, e a remoção do paciente para este hospital deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da ESF.

### d. O trabalho com grupos

Trabalhar com grupos não é tão simples. Exige alguns conhecimentos básicos, como garantir a voz a todos os participantes e, acima de tudo o respeito e o sigilo das questões tratadas durante as reuniões.

É o respeito e a garantia de que o grupo pode dar suporte a todo o tipo de sentimento que ali é expressado que vai tecendo um vínculo e um espaço para a troca de vivências das pessoas no grupo. Ou seja, o trabalho em grupo é fundamental para a abordagem das questões de saúde coletiva, mas exige capacitação, no sentido de garantir efetivamente uma postura de respeito e troca de vivências, no intervalo das quais, as informações técnicas possam ser transmitidas e elaboradas.

A ESF deve lançar mão do trabalho com grupos de pessoas através dos ciclos vitais. Mas também deve acompanhar os diversos grupos da população mais vulneráveis - crianças, gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais - por meio de ações programadas com o objetivo de minimizar ou reduzir os riscos.





O trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, mas também não é fácil de ser dimensionado e avaliado. Pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um. Geralmente é menos valorizado que o trabalho clínico, talvez devido à dificuldade de mensuração de seus resultados sob uma perspectiva imediatista. No entanto, possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável.

As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeras técnicas de trabalho criativo, de palestras à campanhas, oficinas, teatro, mamulengos, vídeos, literatura de cordel, feiras, caravanas, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, programas de rádio, grupos de auto-ajuda, trabalhos corporais, capoeira, grupos de caminhadas, entre outros. O importante é a utilização de elementos da cultura local para mobilizar e sensibilizar as comunidades sobre cuidados de saúde e situações que interferem nas suas condições de saúde, a exemplo de saneamento básico, problema de drogas, alcoolismo, necessidade de mudanças de hábitos, prática de exercícios, dentre outros.

#### **e. A Educação Permanente**

O processo de educação permanente deve ser realizado, preferencialmente, em serviço, de forma supervisionada, contínua e eficaz, de modo a poder atender efetivamente às necessidades e responder de forma dinâmica aos problemas.

A educação permanente é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional – que caracteriza e fundamenta todo o trabalho do PSF. A Coordenação do PSF, juntamente com a ESF, deve elaborar um Projeto de Educação Permanente visando uma melhor qualificação da equipe em atividades, que digam respeito ao nível primário de atenção.

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas precisa estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e à busca da integração com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos.

A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite a melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. Desta forma, o ideal é iniciar a educação permanente desde o treinamento introdutório da equipe, mobilizando, em função das realidades de cada contexto, os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, a exemplo das técnicas de educação a distância.

## **ANEXO III**

Decreto Legislativo número 1337/95 que aprova o Termo de Convênio 113/95, entre a Associação de Moradores da Comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde.



Nº 113-95

Termo de Convênio que entre si celebram a Prefeitura Municipal de Florianópolis com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social e a Associação de Moradores do Bairro Monte Cristo visando à implantação e execução do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", na forma abaixo

Em vinte e quatro dias do mês de novembro do ano de mil novecentos e noventa e cinco, o Município de Florianópolis, representado neste ato pelo Prefeito Municipal, Sérgio José Grandi, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta Cidade, doravante designado simplesmente Prefeitura com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, neste ato representada pelo seu Secretário Flávio Ricardo Liberali Magajewski, casado, médico, residente e domiciliado nesta Cidade, doravante designado simplesmente Secretaria, e a Associação de Moradores do Bairro Monte Cristo, entidade civil sem fins lucrativos, devidamente registrada no Cartório de Registro Civil das pessoas jurídicas no A-(16) sob nº 720 em 1º de agosto de 1973, em acordo com a Lei nº 6.015 de 30.12.1973 (CC/ 79.424.297/0001-72 sediada a rua Dois de Julho s/n, Monte Cristo neste ato representada na forma do seu estatuto social, por seu Presidente, Arlindo Bitencourt, brasileiro, portador da carteira de identidade nº 2.087.053-1 expedida pelo SSP/SC, CIC nº 004.035.139-44, residente e domiciliado nesta cidade, mediante Ata de constituição e Ata de Eleição da atual Diretoria que passam a integrar o presente instrumento, doravante designada simplesmente ASSOCIAÇÃO, resolvem firmar o presente CONVÊNIO, mediante as disposições das cláusulas abaixo

**PRIMEIRA DO OBJETO**- Constitui objeto do presente CONVÊNIO a implantação e execução do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA-PSF", com apoio financeiro especializado da PREFEITURA/SECRETARIA, de acordo com o plano de trabalho e cronograma financeiro de desembolso que passam a fazer parte integrante deste documento

**SEGUNDA DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA SECRETARIA**- A PREFEITURA/SECRETARIA transferirá mensalmente para a ASSOCIAÇÃO recursos financeiros necessários à manutenção dos Recursos Humanos do PROGRAMA Saúde da Família (PSF), de conformidade com o cronograma de desembolso que passa a fazer parte integrante deste CONVÊNIO

**PARAGRAFO PRIMEIRO** Cada liberação mensal será condicionada a aprovação da prestação de contas referente a parcela mensal anterior

*Ordem do dia*



PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS

**TERCEIRA OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIA DA SECRETARIA**- Caberá à SSIDS

- A) Prestar à Associação a assistência requerida a boa execução do PROGRAMA.
- B) Exercer ampla e completa fiscalização em todas as fases de implantação e execução do PROGRAMA.
- C) Garantir apoio jurídico e financeiro à Associação em todas as questões relacionadas ao PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.
- D) Fornecer as especificações técnicas ao funcionamento do PROGRAMA.
- E) Possibilitar ao Conselho Municipal de Saúde, exercer ação fiscalizadora e condições de propor mudanças visando adequação do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", com as Associações e suas comunidades.
- F) Integrar o PSF ao Sistema de Referência e Contra-Referência em todos os níveis da Rede Pública, visando o acesso pelos usuários do PROGRAMA.
- G) Selecionar e treinar a equipe de pessoal da Saúde que integrará o PROGRAMA, de acordo com critérios estabelecidos por sua área de recursos humanos.
- H) Avaliar o desempenho da equipe de saúde no curso da execução do PROGRAMA, em conjunto com a Associação e representante do CMS.
- I) Integrar as normas e metas da SECRETARIA, todas as atividades da equipe do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", bem como ao Planejamento local realizado nas Oficinas de Descentralização.
- J) Designar uma equipe coordenadora permanente, que ficará responsável pela avaliação dos trabalhos do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", em conjunto com a equipe técnica multiprofissional.
- L) Providenciar a compra e distribuição aos módulos do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", de todo material de consumo e permanente necessário a boa execução do PROGRAMA, que após a sua aquisição passarão a integrar o patrimônio da SECRETARIA.

**QUARTA OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA ASSOCIAÇÃO** - Caberá a Associação

- A) Executar todas as tarefas e atividades inerentes ao objeto deste CONVÊNIO, visando a execução do PROGRAMA.
- B) Encaminhar mensalmente a SECRETARIA os relatórios requeridos ao acompanhamento, avaliação e controle das ações previstas e da aplicação dos recursos na forma estabelecidas neste CONVÊNIO e de acordo com as normas que possam ser editadas posteriormente, com o apoio da SECRETARIA.
- C) Facilitar o acesso dos representantes da SECRETARIA aos locais de execução do PROGRAMA e a documentação a ele correspondente.
- D) Gerir os recursos financeiros, destinados ao pagamento de recursos humanos, repassados pela SECRETARIA através de conta bancária especialmente aberta para este fim, em agência indicada pela Secretaria, para cuja movimentação serão necessárias assinatura de um representante da SECRETARIA e de outro da Associação, este autorizado na forma do respectivo ESTATUTO ou ATA, os quais ficarão solidariamente responsáveis.
- E) Apoiar ativamente o trabalho do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", mobilizando os moradores da comunidade para a participação nas ações de saúde.
- F) Viabilizar o atendimento as solicitações encaminhadas pela comunidade, visando adequar as ações de saúde às necessidades reais da população.

*Carlinhos*



## PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS

G) Adotar providências necessárias à contratação do pessoal médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários necessários ao atendimento da comunidade, conforme critérios previamente estabelecido em comum acordo entre a SECRETARIA e a ASSOCIAÇÃO.  
H) Como contratante de pessoal, poderá demitir a qualquer tempo após avaliação técnica e expressa da SECRETARIA, os profissionais que não cumprirem as exigências relativas ao "PSF".

**PARAGRAFO PRIMEIRO** Só poderão participar do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", os médicos e enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários que preencham os requisitos e critérios estabelecidos pela SECRETARIA.

**PARAGRAFO SEGUNDO** A ASSOCIAÇÃO, mensalmente prestará contas mediante processo tomado para este fim com códigos específicos da SECRETARIA.

**QUINTA** Os recursos financeiros destinados ao presente CONVÊNIO serão aplicados exclusivamente no "PSF", de acordo com o cronograma de desembolso e plano de trabalho elaborado pela SECRETARIA, que são partes integrantes deste CONVÊNIO.

**SEXTA DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**- As despesas decorrentes do presente CONVÊNIO correrão por conta da verba oriunda do CONVÊNIO com o MINISTÉRIO DA SAÚDE - FNS, de outras transferências federais geridas pelo Fundo Municipal de Saúde e recursos próprios da PREFEITURA.

**SETIMA DO ACOMPANHAMENTO** A SECRETARIA acompanhará a execução do CONVÊNIO, que será objeto de prestação de contas, mensalmente apresentada pela Associação.

**OITAVA DOS DOCUMENTOS** Os documentos comprobatórios das receitas e despesas realizadas serão arquivadas pela Associação em ordem cronológica, ficando à disposição dos órgãos de Controle Interno da PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL e do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, bem como do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA e da UNIÃO.

**NOVA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**- O médico do PSF atuará conjuntamente com 01 enfermeira e 01 auxiliar de enfermagem, podendo após ajustes, fazer parte da equipe 02 a 05 agentes comunitários de saúde. Cada grupo prestará assistência médica INTEGRAL ao indivíduo, a família, a comunidade, a diferentes grupos etários em atividades voltadas para a promoção

*Edilson Biteroso*



PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS

da saúde, prevenção, diagnóstico precoce de enfermidades e tratamento adequado, assim como a recuperação e reabilitação, promovendo e estimulando a participação comunitária nos aspectos referentes à saúde individual coletiva e ambiental, cada equipe do "PSF" prestará assistência em média a cerca de 800 a 1000 famílias podendo sofrer alterações de acordo com a realidade de cada comunidade assistida. O atendimento pela equipe de "PSF" é operacionalmente vinculada a rede assistencial de saúde, estendendo o atendimento ao domicílio familiar. Os profissionais do "PSF" exercerão a sua atividade profissional em horário integral, de segunda a sexta-feira, e em caso de necessidade fora do horário previsto.

*PARAGRAFO PRIMEIRO* Para garantir a extensão de potencialidade do desempenho e aperfeiçoamento técnico, a equipe do "PSF", contará com o apoio permanente de uma equipe multiprofissional de saúde, a qual caberá também a avaliação permanente do desenvolvimento da proposta e do desempenho do PROGRAMA.

*PARAGRAFO SEGUNDO* Todo o trabalho da equipe do "PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA" subordinar-se-a a um Programa que padronizara todas as ações específicas a serem implantadas e executadas, assim como os objetivos gerais e específicos de acordo com o Planejamento Geral da Secretaria.

*DECIMA* Em face do estabelecido neste CONVÊNIO não decorrerá qualquer vínculo empregatício entre a PREFEITURA, SECRETARIA e o pessoal contratado pelas Associações, compreendendo-se o profissional médico, o profissional enfermeiro e os demais integrantes do projeto, desde que contratados pela ASSOCIAÇÃO.

*DECIMA PRIMEIRA* Em decorrência do estabelecido neste CONVÊNIO a ASSOCIAÇÃO terá responsabilidade da contratação, acompanhamento e demissão de qualquer profissional da equipe executora do "PSF" com suporte jurídico, administrativo e financeiro da PREFEITURA e da SECRETARIA, sempre que se fizer necessário.

*DECIMA SEGUNDA* O presente CONVÊNIO vigorará por prazo indeterminado ficando assegurado a qualquer uma das partes o direito de rescindi-lo, mediante notificação formal e por escrito com antecedência mínima de 60 (noventa) dias.

*DECIMA TERCEIRA* Os casos omissos relativos a execução deste CONVÊNIO serão resolvidos de comum acordo entre as partes, celebrando-se, sempre que necessários, Termos Aditivos.

*Artur de Brito e Silva*



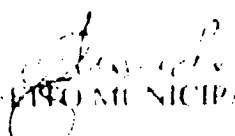
PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS

*DECIMA QUARTA* A PREFEITURA publicará no prazo de 20 (vinte) dias a contar da assinatura o extrato deste CONVÊNIO

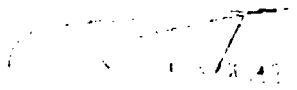
*DECIMA QUINTA* Em complementação aos termos deste CONVÊNIO, poderão ser firmados Termos Aditivos, de acordo com as necessidades de execução de seus objetivos

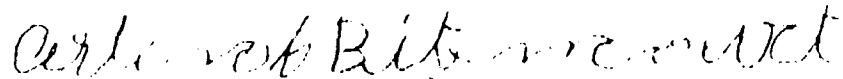
*DECIMA SEXTA* Fica eleito o FORO da Comarca de FLORIANÓPOLIS, como único competente para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente CONVÊNIO. E, por estarem as partes acordadas, assinam o presente em 04 (quatro) vias de igual teor e forma para um só efeito, juntamente com as testemunhas, que também assinam

FLORIANÓPOLIS, 24 DE NOVEMBRO DE 1995

  
PREFEITO MUNICIPAL

Prof. Sergio Jose

  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
Dr. Flávio R. L. Magagewski

  
PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA  
Sr. Arlindo Bitencourt

TESTEMUNHAS

  
-----  
-----

## **ANEXO IV**

Termo do Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização para o desenvolvimento do trabalho.



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de seu conhecimento que a Enfermeira Maria Catarina da Rosa, mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, está desenvolvendo um estudo sobre o **“Programa Saúde da Família – uma nova estratégia voltada para a família, sob a ótica dos usuários”**.

Sua proposta consiste na construção de um processo de reflexão, com a participação dos sujeitos acima mencionados, visando a avaliação da implantação e implementação do PSF.

Eu,..... concordo em participar, de forma livre e espontânea, da pesquisa, conforme datas e horários previamente agendados, podendo desistir a qualquer momento, assim como, ter garantida a confiabilidade e anonimato. Também estou de acordo com o uso de gravador, para registro da entrevista, e de máquina fotográfica para registro das fotos e que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados na referente pesquisa.

Florianópolis,.....de.....de.....

.....

Assinatura

## **ANEXO V**

**Mapa da Comunidade**

# MONTE CRISTO

# SAPÉ

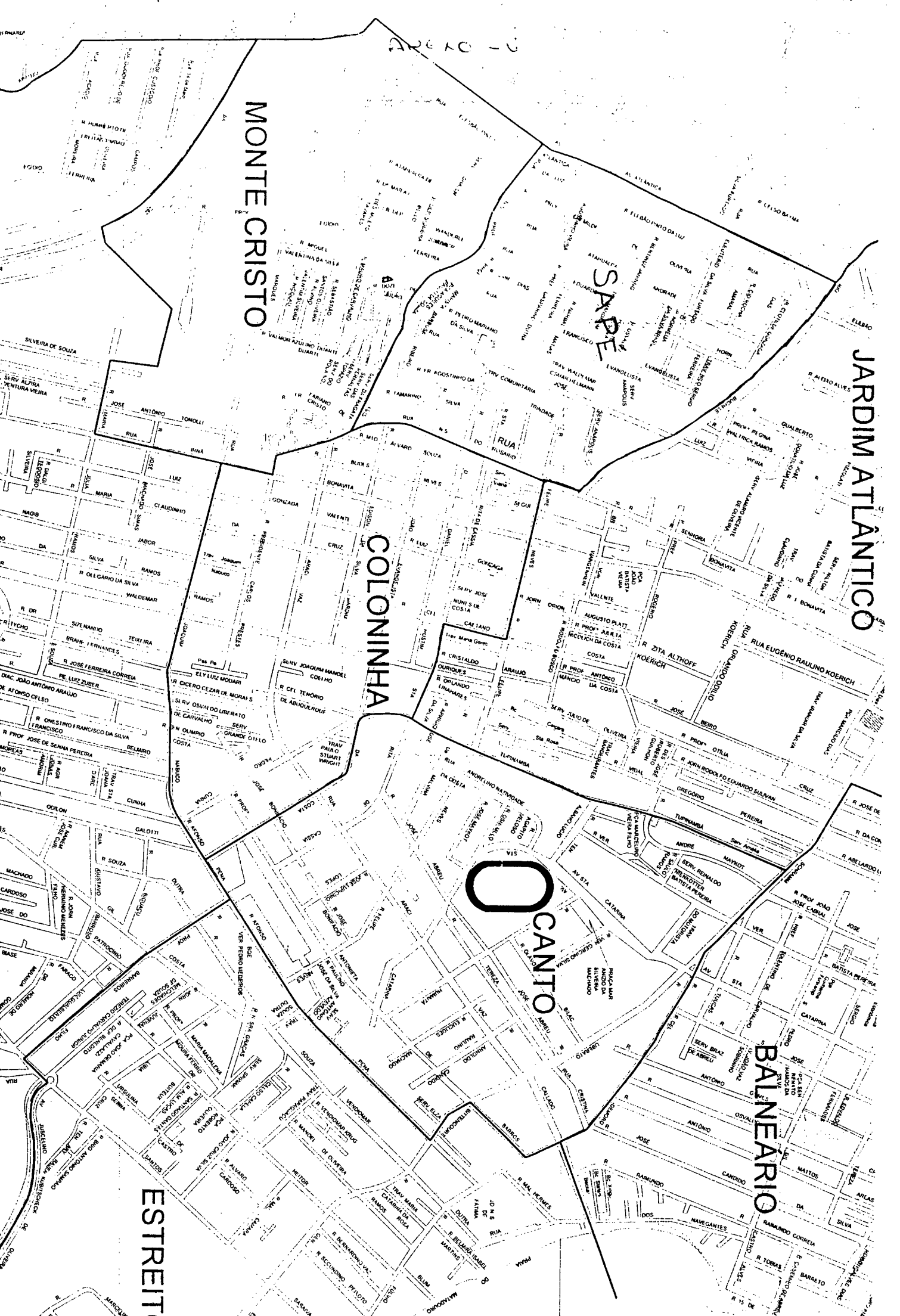
# JARDIM ATLÂNTICO

# COLONINHA

# O CANTO

# BALNEÁRIO

# ESTREIT



## ASSOCIAÇÃO DE MORADORES MONTE CRISTO

Florianópolis, 10 de fevereiro de 1998.

A Associação de Moradores do Monte Cristo, como empregadora do Programa de Saúde da Família, no Centro de Saúde do Monte Cristo, está ciente, e autoriza a participação das Enfermeiras Maria Catarina da Rosa e Teresa Cristina Gaio, contratadas há 2 anos na função, a participarem como alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, a partir de março /98.

Entendendo da importância no aprimoramento do profissional, bem como na melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido pelo PSF desta unidade de saúde é que apoiamos a participação no curso de mestrado.

Sem mais no momento

Atenciosamente

  
Jorge Amorim  
~~Presidente da Associação Monte Cristo~~

# CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO MONTE CRISTO

Florianópolis, 10 de fevereiro de 1998.

O Conselho Local de Saúde do Monte Cristo, em exercício de suas atividades, deixa aqui registrado seu apoio às Enfermeiras Maria Catarina da Rosa e Teresa Cristina Gaio, que há 2 anos participam deste conselho representando o centro de saúde do Monte Cristo, a participarem como alunas do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, a partir de março /98.

Nosso apoio se dá a partir do trabalho já desenvolvido pelas mesmas nas comunidades através do PSF do Monte Cristo, no compromisso de saúde junto ao Conselho Local e na busca do aprimoramento de profissionais comprometido com a saúde pública.

Sem mais no momento

Atenciosamente

*Conselho Local de Saúde do Monte Cristo*

Beatriz Catarina Maestri  
Luis Koppenhafer  
Teresa do Chagas do Santos  
Paulina Kore  
Antonio José de Paula  
maria leonor P. Beneditina  
\* Virginia V. Uta

## **ANEXO VI**

Jornal da comunidade “**comunicando vida**”.

# COMUNICANDO A VIDA!



Boletim Informativo das Comunidades do Monte Cristo – dezembro de 1996 – Ano 1 – número 2

## Jornal agrada a comunidade

Amigos, estamos contentes com a repercussão que o primeiro número do Jornal "Comunicando a Vida" teve em nosso bairro. Todos falaram que gostaram das notícias e da qualidade do material. Seria bom que todos dessem suas opiniões a respeito dessa nova experiência, para que a comissão que organiza o Jornal possa sempre melhorar, respeitando a opinião de todos.

Neste segundo número,

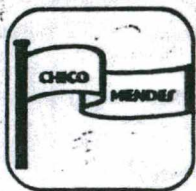
gostaríamos de deixar registrada a alegria de todos na inauguração do Jornal "Comunicando a Vida", que aconteceu dia 24 de agosto no Centro de Saúde do Monte Cristo onde, na oportunidade, também foi inaugurada a ampliação e reforma do Centro de Saúde. Contamos com a presença do Prefeito Sérgio Grando, do Secretário da Saúde Flávio Magajewski, dos presidentes

das Associações de Moradores, do Conselho Local de Saúde e de pessoas da comunidade.

Queremos, nesta segunda edição, continuar nossa comunicação com as comunidades, trazendo notícias, acontecimentos, convites à participação no processo de melhoria da qualidade de vida de todos nós.

*Um grande abraço!*





◆ A Associação de Moradores informa que, a partir de dezembro, começará o trabalho educativo do projeto Pró-Sanear, de implantação da rede de esgoto. Este trabalho será realizado através de visitas nas casas dos moradores, onde se conversará sobre assuntos relacionados à implantação deste projeto.

◆ Depois de muitas reuniões, a Associação constatou que muitas crianças e adolescentes estavam sem atendimento social (sem escola, sem creche, ...). Assim, procurou órgãos que trabalham com esta questão, para juntos criarem um trabalho com estes adolescentes e crianças, aproveitando o espaço que hoje a comunidade dispõe: é onde funcionava a creche Chico Mendes.

◆ A Associação de Moradores está participando das reuniões da Comissão do Meio Ambiente para juntos procurar melhorias para a comunidade.

◆ Informamos também que o senhor Jair Alves (ex-presidente da Associação de Moradores da Comunidade Chico Mendes) foi eleito dia 27 de setembro, por vários representantes de comunidades de Florianópolis para fazer parte da Diretoria do FMIS (Fundo Municipal de Integração Social) – Fundo de Moradia. A posse realizou-se dia 23 de outubro, no auditório da Prefeitura Municipal de Florianópolis, com o atual prefeito e comunidades presentes.

◆ Comunicamos que as reuniões da Associação continuam sendo nos fins de semana. Para maiores informações procure o Presidente, Sr. Antônio Trajano Leite, que mora na rua dos Lírios, próxima à mercearia do Alemão.

◆ O Centro Comunitário está em construção e em breve estará servindo a toda comunidade.

*Antônio Trajano Leite, Presidente da Associação e Jair Alves.*



◆ No Centro Comunitário da Comunidade Monte Cristo, desde o mês de março de 1995 por iniciativa da Diretoria e sua Associação de Moradores, é fornecido um almoço de segunda a sexta-feira para cerca de setenta crianças carentes.

◆ No mês de setembro de 1996 começou a funcionar em uma das áreas verdes do Monte Cristo, de segunda a sábado, por iniciativa da Diretoria da Associação de Moradores, um Cestão do Povo, onde os produtos comercializados tem um preço bastante acessível para a população. É importante salientarmos que este direito da Comunidade foi conseguido com a ajuda da Secretaria do Continente.

◆ Neste ano, a Comunidade do Monte Cristo, através de uma Assembléia Geral realizada com algumas das Comunidades vizinhas como a Chico Mendes, Nossa Senhora da Glória, Novo Horizonte e Promorar ganhou o direito de sediar o Programa da Saúde da Família, pelo fato de ser a Comunidade que estava com a documentação mais completa.

*Arlindo Bittencourt  
Associação de Moradores do Monte Cristo*



◆ A comunidade de Nossa Senhora da Glória não enviou material



# Educação em Saúde

O que nós precisamos para termos saúde? Algum dia você já se perguntou isso? Pois pense bem, e diga o que você acha que precisamos ter e fazer para levarmos uma vida saudável. Bem, se pensarmos de modo global, todos nós precisamos ter uma casa com esgoto e água encanada, alimento na mesa, um emprego com salário digno, escola para nossos filhos, creches para as crianças, roupa para nos vestirmos, transporte adequado, destino certo para o lixo, assistência médica quando ficamos doente, lazer para adultos e crianças e tudo o que nos faça mais felizes. Neste mês, queremos deixar aqui registrados alguns cuidados que podemos ter em nossa família para termos mais saúde. São coisas simples e importantes para nossa vida.

Como sabemos, tudo começa pela higiene mas, pra que ter higiene? E como? Bem, a HIGIENE começa por nós mesmos, dentro da nossa casa, na hora de cozinhar, de lavar roupas, de tomar banho diário, de escovar os dentes, de limpar a casa, de cuidar das unhas e cabelos, de cuidar do destino do lixo, etc.

Muitas doenças em nossa comunidade, acontecem pela falta de higiene, como: verminose, sarna, piolhos, cáries, presença de ratos e baratas, diarreia e outras.

A higiene é necessária todos os dias desde que nascemos, em casa ou na rua, na escola, no trabalho, em qualquer lugar.

## Higiene Pessoal:

**Banho Diário:** a pele tem funções importantes para todo nosso organismo, mas para isso é preciso que ela esteja livre de sujeiras, poeiras e suor. É necessário um banho diário, com água e sabão para tirar secreções e sujeiras do dia a dia. Lave bem o corpo, de preferência com água de chuveiro. Se usar bacia, não utilize a mesma água para mais de uma pessoa e tenha sua própria toalha. O uso da mesma água ou a mesma toalha pode ocasionar a transmissão de doenças como a sarna (escabiose).

**Cuidados com os cabelos:** os cabelos devem ser bem cuidados, lavar ao menos duas vezes por semana, escovar, prender se necessário e cortá-los para que fiquem bonitos e saudáveis. A falta de higiene na cabeça pode ocasionar a presença de piolhos (pediculose).

**Cuidados com as mãos e unhas:** devemos lavar as mãos muitas vezes ao dia, sempre antes de comer e depois de ir ao banheiro. Manter as unhas curtas e

limpas evita doenças. Não ponha as mãos sujas na boca ou nos olhos, elas podem ter micróbios e transmitir doenças como a verminose.

**Cuidados com os dentes:** desde pequenos devemos nos preocupar com a higiene da boca e dos dentes. Escovar os dentes após as refeições, evitar comer doces e balas fora de hora e escovar os dentes antes de dormir ajuda a prevenir as cáries.

**Cuidado com as roupas:** as nossas roupas e calçados devem estar sempre limpos e de acordo com a temperatura do ambiente. Troque todos os dias as roupas de baixo.

## Cárie:

A cárie é um bichinho que mora na nossa boca. Quando os dentes não são escovados ela gruda neles formando a placa bacteriana que faz a gengiva ficar doente, sangrando à toa. Quando você come, principalmente doces, as cáries também e alimentam. Depois ela solta um veneninho (um tipo de ácido) que fura nossos dentes.

**Como prevenir a cárie:** lave a boca e escove os dentes após as refeições, antes de dormir, depois de comer doces e sempre no sentido da gengiva para os dentes (os dentes de cima escova-se em cima para baixo e os dentes de baixo, de baixo par cima); use o fio dental onde a escova não alcança. Outro amigo dos dentes é o Flúor. Ele mora na pasta de dentes e na água encanada (Casan). Para reforçar a proteção dos dentes, a gente também pode fazer bochechos com Flúor ou aplicação de Flúor Gel na escola ou no consultório do dentista.

## Sarna ou Escabiose:

É uma doença de pele causada por um parasita (ácaro) que ataca homens, mulheres e crianças.

**Os locais mais atingidos são:** abdômen, nádegas, mamas, órgãos genitais, espaços entre os dedos. Em crianças pequenas pode aparecer nos pés e até na cabeça.

A sarna se transmite pelo contato pessoal, pelas roupas contaminadas e pelos cobertores e lençóis contaminados.

A sarna causa muita coceira, especialmente à noite, devido ao parasita que caminha de baixo da pele. No local aparecem pequenas lesões que se rompem ao coçar e formam feridinhas. O ato de coçar deve ser evitado, pois espalha a doença. De um modo geral, a sarna não traz complicações, mas podem aparecer

infecções provocadas pela coçadura, necessitando tratamento especial.

**Como combater:** a higiene corporal de todas as pessoas da família é muito importante para combater a sarna. Todos devem tomar banho diariamente, esfregando bem o corpo com água e sabão.

Logo após o banho aplique o medicamento indicado pelo médico. Todas as pessoas da casa com coceira devem fazer o tratamento.

Troque diariamente as roupas do corpo, da cama e toalhas de banho, exponha ao sol e passe a ferro. Coloque as roupas pessoais e de casa num saco plástico, coloque o pó Neocid e feche o saco. No outro dia lave toda a roupa.

**Orientações gerais:** Repita o tratamento, do mesmo modo, depois de sete dias, caso os sintomas continuem ou de acordo com as orientações do médico. Procure o Centro de Saúde para esclarecimento de qualquer dúvida.

## Piolho ou pediculose:

O piolho é um parasita externo que infesta o ser humano, principalmente as crianças. Mede aproximadamente três milímetros, tem a cor acinzentada e se locomove com facilidade.

A lêndeia é o ovo do piolho. Ela se fixa no fio de cabelo e é reconhecida por sua cor esbranquiçada e brilhante. A lêndeia (ovo) precisa ser eliminada antes de transformar-se em piolho.

Os piolhos localizam-se principalmente na cabeça e o contágio se dá de pessoa para pessoa, usando objetos (pente, escova, boné, lenço de cabeça, etc.) ou dormindo na mesma cama de pessoa que tenha piolhos.

**Como evitar "pegar" piolhos:** lave sempre a cabeça e penteie os cabelos com pente fino pelo menos uma vez por semana.

**Como tratar:** Antes de tudo, lave os cabelos. A seguir, espalhe o medicamento indicado por todo o couro cabeludo e cabelos. Após mais ou menos seis horas, lave os cabelos para remover o medicamento. Em seguida passe pente fino nos cabelos para remover os piolhos e lêndeas. Repita todo o procedimento após sete dias. Convém tratar todos os familiares para evitar reinfestações. Não utilize a medicação perto do fogo. Não tome bebida alcoólica durante o tratamento. Use água e sabão no banho diário. Inspeccione a cabeça.

**Medicação Indicada:** Loção de Benzoato de benzila ou semelhante (procure o posto de saúde).

# Saúde da Família

Como colocamos no Boletim Informativo anterior, nas comunidades pertencentes ao Monte Cristo existe o **Programa de Saúde da Família**. No mês de setembro iniciou conosco o Dr. Miguel, fazendo parte da equipe do PSF, e em novembro, uma auxiliar de enfermagem, Irene. Está saindo de nossa equipe Jussara S. Finck, Agente Comunitária. Foram selecionadas junto à Secretaria municipal de Saúde e Desenvolvimento Social novas agentes comunitárias, onde Diva, da comunidade Chico Mendes, assumiu o lugar de Jussara.

### Na parte de consultas médicas:

A partir da entrada do Dr. Miguel no Centro de Saúde são fornecidos semanalmente, todas as segundas-feiras, às 11 horas da manhã, 100 (cem) consultas médicas.

### Ampliação do CSI:

Com a ampliação do CS concluída, teremos a sala de vacinação e sala do preventivo de câncer.

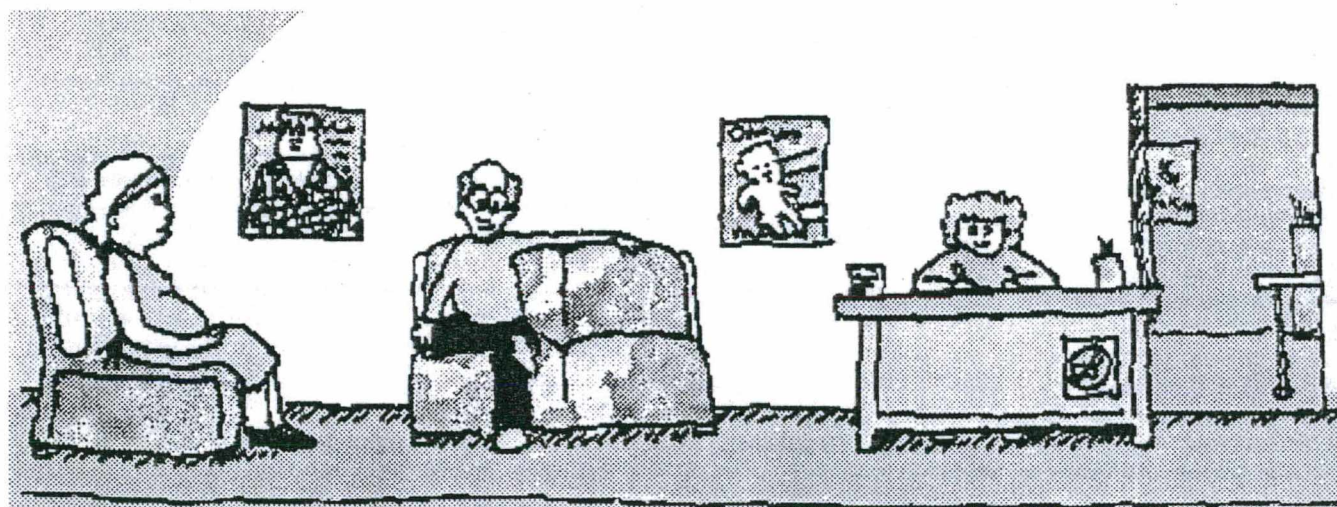
### Gestantes:

É reservado, todas as quartas-feiras, o período da tarde para o

atendimento às gestantes destas comunidades, para fazer o pré-natal e acompanhar a gestação de perto. As gestantes podem se apresentar a qualquer momento no Centro de Saúde (não enfrentando fila) para marcarem sua consulta.

### Idosos

Convidamos também todos os idosos a participarem do grupo de "Terceira Idade", que se reúne às segundas-feiras à tarde, na Associação do Monte Cristo, para trabalhos e orientações. É um espaço também para a sua consulta médica.



## Saúde do Escolar

O Programa de Assistência Integral à Saúde do Escolar, que se realizou no período de agosto a novembro deste ano, no CSI Monte Cristo, atendeu alunos da 1ª série do 1º grau da Escola América Dutra Machado.

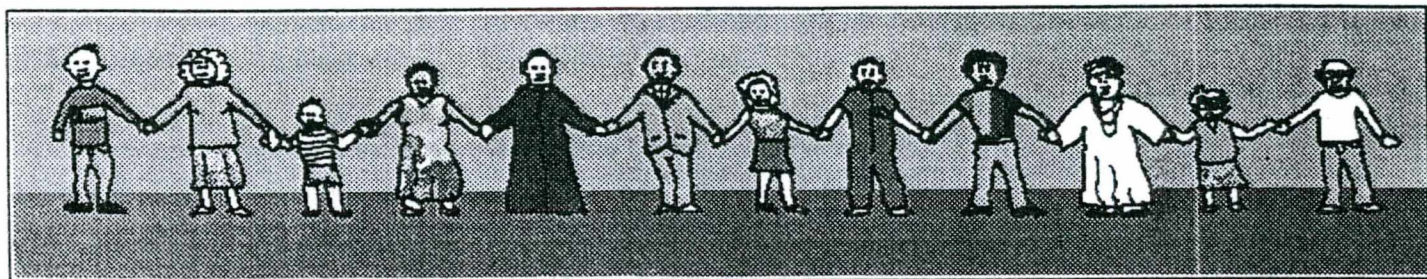
Dentro deste Programa, foram realizados 143 exames hematológicos (sangue) e parasitológico de fezes; 96 crianças passaram pelo clínico no CSI Monte Cristo; 120 crianças passaram pela odontóloga (dentista) e 63 foram encaminhadas para especialidades como oftalmologia, fonoaudiologia, neurologia, psiquiatria e otorrinolaringologia.

## Campanha de Vacinação

De 29 de setembro a 22 de novembro foi realizada mais uma Campanha de Vacinação, em crianças de 01 ano a 11 anos. A vacina Triviral é proteção contra Sarampo, Rubéola e Caxumba. Foram vacinadas no CSI Monte Cristo, até o dia 19 de novembro, 1.159 crianças das creches de Chico Mendes e Promorar e da Escola Básica América Dutra Machado, além das crianças das comunidades. Esta campanha tem como objetivos efetivar a erradicação do sarampo, iniciar o plano de combate à rubéola e diminuir a incidência da caxumba.

# O Conselho Local de Saúde

O Conselho Local de Saúde do Bairro Monte Cristo está se reunindo todos os meses para discutir os problemas de saúde do nosso bairro e buscar soluções junto aos órgãos competentes. Esse é um espaço importante na comunidade, onde todos podem participar, dar sugestões e ajudar a melhorar a saúde de nossa comunidade. Para saber as datas das reuniões procure os presidentes das Associações de Moradores ou o Centro de Saúde; as reuniões são à noite, das 19:30 às 21 horas, na Escola Básica América Dutra Machado. Lá você pode também fazer suas reclamações e dar sugestões a respeito da saúde.



## Ações do Conselho Local de Saúde

### **Cachorros vadios na comunidade**

Uma ação concreta aconteceu com a situação dos cachorros vadios, que são muitos pelas ruas de nosso bairro. O Conselho reuniu-se e elaborou um documento para as autoridades competentes, relatando a situação atual de saúde e os problemas que os cachorros trazem para a comunidade. Buscamos assinaturas das associações de moradores do Continente, dos Centros de Saúde e de entidades preocupadas com o impacto do destino destes animais.

Apresentamos esse documento ao Conselho Municipal de Saúde, que já tem verba destinada e aprovada para a construção de um canil municipal, a fim de resolver este problema que é de todas as comunidades de Florianópolis. Após esta reunião, enviamos esse documento com as assinaturas a várias entidades e órgãos municipais responsáveis em solucionar problema dos cachorros soltos nas ruas.

No momento, estamos aguardando resposta destes órgãos para dar encaminhamento na solução do problema com a construção do canil municipal.

### **Nova gestão Prefeitura 1997/2000**

Com as eleições municipais que aconteceram, em 1997 teremos outra gestão na Prefeitura Municipal de Florianópolis. O Conselho Local de Saúde se reuniu após as eleições, para discutir e avaliar quais vão ser os encaminhamentos deste Conselho para garantir a continuidade do Programa de Saúde da Família no Monte Cristo, garantindo um atendimento de qualidade na área da saúde.

Para tanto, definiu-se ouvir todo o bairro, chamando uma grande reunião para o dia 12 de dezembro, na Associação do Promorar, às 19 horas, com o objetivo de reunir todas as associações de moradores, escolas, creches, igrejas, grupos

organizados e a comunidade em geral, para juntos com o Conselho Local de Saúde, discutirmos e elaborarmos um documento com a atual situação de saúde de nosso bairro, as reivindicações e propostas que queremos para melhorar a qualidade de vida e saúde em nossas comunidades.

Com nossas propostas colocadas num documento, buscaremos assinaturas de toda a população usuária do Sistema Único de Saúde e, no início do ano, entregaremos este documento à prefeita eleita Angela Amin, ao novo Secretário da Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde.

Desta forma, estaremos nos organizando para buscarmos nossos direitos à saúde digna e com qualidade.

**Compareça nesta reunião.  
A saúde de sua família e da sua comunidade depende de você!**

# O que pensamos sobre o problema do lixo

Em julho deste ano foi realizado um levantamento sobre a questão do lixo nas comunidades Via Expressa, Chico Mendes, Novo Horizonte e Nossa Senhora da Glória por estudantes do Serviço Social da UFSC, juntamente com a Comissão do Meio Ambiente. O objetivo era perceber o que pensam os moradores sobre o problema do lixo. Abaixo apresentamos os resultados deste levantamento:

### Número de pessoas pesquisadas:

219

Chico Mendes: 87

Nossa Senhora da Glória: 48

Novo Horizonte: 55

Via Expressa: 29

### Principais problemas em relação ao lixo:

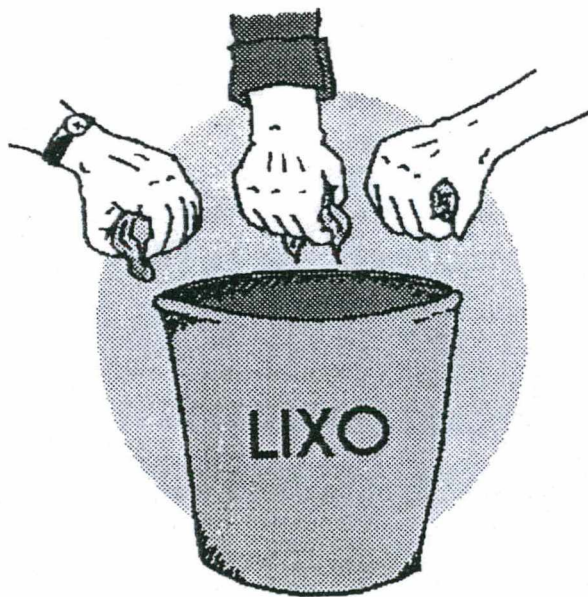
1. proliferação de ratos e insetos (mosquito, barata) e presença de animais mortos nos pontos de coleta;
2. mau cheiro;
3. falta de conscientização dos moradores (negligência dos moradores, desorganização – lixo na hora errada, embalagens inadequadas, falta de higiene).
4. acúmulo de lixo
5. doenças
6. esgoto – água contaminada/parada
7. coleta insuficiente

### Problemas de saúde em relação ao lixo e esgoto

64 pessoas disseram já ter tido algum problema de saúde com a família, relacionado ao lixo/esgoto, como: leptospirose, mordida de rato, problemas de pele, alergias, infecção/machucados. Outros: sarna, alergia, diarreia, verminose, coceiras, problemas respiratórios, dor de cabeça.

### Soluções para o problema do lixo:

1. conscientização dos moradores/trabalho educativo
2. aumentar coleta; coleta com regularidade e nos dias certos
3. participação, colaboração e cooperação dos moradores
4. lixeiras maiores e em maior quantidade



5. embalar adequadamente o lixo, respeitar horário e local para o lixo
6. saneamento básico
7. atitude dos órgãos competentes
8. limpeza geral

### O que poderia ser melhorado em relação à coleta

1. cumprir os dias da coleta

2. aumentar os dias de coleta
3. lixeiras grandes
4. colaboração da comunidade
5. embalar adequadamente

### Tarefas da Comissão do Meio Ambiente

1. orientação individual aos moradores
2. reuniões por ruas e quadras
3. atividades festivas; ruas de lazer
4. trabalho nas escolas
5. trabalhos com estudantes universitários
6. trabalhos com crianças

Estas informações estão norteando o trabalho da Comissão do Meio Ambiente, que é composta por moradores da comunidade e se reúne todas as sextas-feiras, às 19:30 horas, na Escola América Dutra Machado. Participe!

*"Se tudo continuar a ir como vai, o meio ambiente irá morrer e nós morreremos com ele". (Mann)*

*"A educação é um veículo indispensável para a mudança de cultura e consequente mudança de hábito das pessoas em relação ao lixo".*

(estagiários de Serviço Social)



♦ A Casa Comunitária já foi inaugurada mesmo sem estar devidamente acabada pois lá funciona, diariamente, a Oficina do Saber, as reuniões comunitárias, reuniões da Associação às terças-feiras às 19:30 hs e nos fins de semana o Grupo Jocum (Jovens Com Uma Missão) e estes grupos não tem outro local para se reunirem.

Com o esforço de alguns moradores e da Oficina do Saber, já foi colocado o piso, o que melhorou em muito o ambiente. Mas, temos ainda acabamentos para fazer, por isso você, morador, venha nos ajudar. **Contribua com suas idéias participe das reuniões nas terças-feiras.**

♦ Temos também um convite especial para toda região:

Venha participar de uma promoção, no dia 10/11/96, às 15:00hs, na Casa Comunitária do Novo Horizonte Haverá muito som, pipoca, refrigerante, bolos e cachorro quente. Você irá se divertir!

A verba arrecadada será para fazer os acabamentos na Casa Comunitária

**Nos ajude com sua presença**

♦ Comunicamos que a Associação, a partir desde o dia 22 de outubro, estará nas suas reuniões estudando e discutindo sobre o Estatuto que rege a Associação, com o objetivo de reorganizá-lo e registrá-lo

*Amantino de Arruda  
Associação de Moradores Novo Horizonte*



♦ A Associação Comunitária Promorar juntamente com a Comissão do Projeto CPP/ Centro de Profissionalização Popular/ e da Escola Técnica Federal de Santa Catarina – ETEFESC estão fazendo uma avaliação dos cursos profissionalizantes que foram aprovados e estão sendo realizados no Centro Comunitário. Primeiramente, em relação ao Curso de Corte e Costura, o aproveitamento está sendo excelente. Quanto ao Curso de Manicure e Pedicure, o mesmo já está sendo concluído, tendo sido muito bem aproveitado. E em relação ao curso de datilografia, o aproveitamento também está sendo de cem por cento.

♦ A Capela Nossa Senhora Aparecida e São Geraldo, das Comunidades Monte Cristo e Promorar, realizaram, no dia 11 de Agosto, uma eleição para a escolha dos novos representantes para a sua Diretoria. Foram eleitos para Presidente o sr. João Elói; Vice-Presidente, sr. Carlos Baldiasera; Tesoureira, a sra. Jaqueline Klein; Vice-Tesoureira, Zita Back; Secretária, sra. Solange França e para Vice-Secretária, Maria Alzira de Freitas, além de mais sete conselheiros. A principal meta desta nova Diretoria é dar continuidade na construção desta capela.

*Aristeu Sutil de Oliveira e Fabiana Rechosiene*



♦ Nós, ex-moradores da Via Expressa que fomos removidos para um alojamento, estamos adorando a nova moradia. Está 99% melhor que antes. Aqui é mais seguro, as ruas são bem mais claras e, como é verão, nós jovens gostamos muito de ficar um pouco mais tarde na rua. O que mais gosto aqui é que tem água e luz. Só o que está faltando é um lugar para as crianças brincarem, aqui não tem espaço e a rua é muito movimentada. Espero que logo a gente possa sair daqui direto para nossa casa. Aqui é muito bom mas é difícil morar entre paredes e meia, por exemplo os ladrões roubam da gente para vender em troca de droga. Eu acho que, se a gente já mora aqui, é porque não temos condições de morar em outro lugar, em uma casa própria. Como muitas famílias precisam trabalhar e tem que deixar as casas sozinhas, nos roubam. Espero que um dia possamos sair daqui para acabar com isso e ir cada um para sua casa, mas o que dizem é que nossas casas ainda vão demorar e muito, que eles não tem pressa de nos tirar daqui e o jeito é esperar decidirem o que fazer.

*Alexsandra Alves  
Comunidade Via Expressa*

## Datas importantes

### Todas as terças-feiras

Reunião da Comissão da Associação dos Moradores de Novo Horizonte, na Casa Comunitária, às 19:30 hs.

### De 15 em 15 dias, nas terças-feiras

Reunião da Associação Comunitária do Promorar (ACP), na sede, às 20 horas.

### Todas as sextas-feiras

Reunião da Comissão de Meio Ambiente, na Escola América Dutra Machado, às 19:30 hs.

### Dia 12 de dezembro

Reunião das associações de moradores, creches, escolas, igrejas e comunidade em geral para elaborar um documento sobre "A saúde que queremos para a nova gestão da Prefeitura 1997/2000". Todos estão convidados a participar.

**Local:** Associação Comunitária do Promorar, às 19 horas.

### A partir de 15 de outubro

A Creche Chico Mendes está realizando um bazar permanente de roupas e calçados usados (infantil e adulto). Convidamos todos a participar.

# O Idoso na Comunidade

*"Não maltratarás e nem desprezarás a idade avançada, mas antes rogarás para alcançá-la, pois a idade é uma benção, na qual surge a sabedoria"*  
(Morton Leeds)

*"Vejo o idoso como um espelho, onde observo o meu futuro. Ele é hoje o que eu serei amanhã!"*

Estou no último ano do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e a última fase consiste na elaboração e implementação de um projeto assistencial, sendo que a escolha da área de atuação é do acadêmico... E eu escolhi trabalhar com pessoas da terceira idade... Porquê? Porque a expectativa de vida na atualidade vem aumentando consideravelmente. Porque tive a feliz oportunidade de participar de uma pesquisa interdisciplinar com idosos em uma área rural de Florianópolis, onde aprendi muito, e meu interesse em aprender mais com idosos foi despertado!

Trabalho com o Grupo de Idosos do Monte Cristo, onde convivo diariamente com eles através de visitas domiciliares e atendimento no Centro de Saúde e, nas segundas-feiras, no encontro do grupo na sede da Associação de Moradores, onde jogamos, conversamos, brincamos, pintamos, etc.

Fico impressionada e encantada com as histórias que os idosos contam sobre quando tinham a minha idade, onde o máximo do namoro era segurar a mão do companheiro (a), quando não existia luz elétrica, e os encontros da família eram sempre uma festa, pois eram muitos filhos, etc. Tudo era tão simples naquela época, eles trabalhavam muito, e ainda hoje, trabalham tendo muitas responsabilidades. Naquela época não existia a tecnologia que existe hoje, mas eram tão felizes... Hoje estão marcados pela vida, cansados, e me parece que estão sempre buscando algo do passado, o que os mantém vivos, através de coisas simples, que para nós jovens não tem significado nenhum, mas que para eles tem um valor imenso!

É uma pena a família que tem um idoso fazendo parte dela, não se dar conta de que possui um tesouro em sua casa, que vale muito mais do que milhões de jóias e ouro.

*"Defino o idoso como sendo uma 'criança idosa'. Possui a inocência, a pureza e a simplicidade de uma criança, e as marcas, o físico e a experiência de uma pessoa amadurecida pela vida!"*

Mariane, estagiária do Curso de Graduação em Enfermagem/UFSC

## Dia 27 de setembro foi o dia nacional do idoso! Parabéns!

## Expediente

FLORIANÓPOLIS



DE TODOS  
ADMINISTRAÇÃO POPULAR  
SECRETARIA DE SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO SOCIAL



### Conselho Editorial:

Teresa Gaio, Maria Catarina da Rosa, Jussara Fink, Marla Pereira, Beatriz C. Maestri, Aristeu S. de Oliveira, Francisco C. dos Santos, Antonio J. de Paula, Pedro Lino de Abreu, Manoel Arzelino, Fabiana Pedrosani.

### Coordenação de Edição:

Carmen Lucia Luiz

### Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:

CMM Comunicação

### Ilustrações:

Dil Pereira e Rogério Lohmann

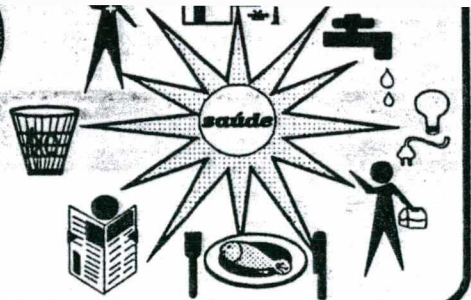
### Tiragem:

2000 exemplares

### Distribuição gratuita

Comunicando a Vida — Dezembro/96

# COMUNICANDO A VIDA!



Boletim Informativo das Comunidades do Monte Cristo – setembro de 1996 – ano 1 – número 1

## CAMINHANDO PARA A ORGANIZAÇÃO

**A** migos: estamos iniciando o primeiro número do jornal das comunidades do Monte Cristo. O anseio das comunidades de se comunicar, de se organizar, está tomando corpo. Vamos saber tudo o que está acontecendo em nosso bairro!

As associações de moradores, o Centro de Saúde, o Conselho Local

de Saúde, a Comissão do Meio Ambiente, as creches e escolas terão um espaço a mais para divulgar seus trabalhos e informações do interesse de todos nós.

Fazemos um convite para todos os grupos organizados que venham participar da elaboração deste jornal. O processo de participação deve ser construído de forma coletiva e assim melhorar a vida de

nosso bairro.

Neste primeiro número, estamos abrindo espaço para conhecermos o que está acontecendo nas comunidades de Chico Mendes, Promorar, Nossa Senhora da Glória, Novo Horizonte, Via Expressa e Monte Cristo. Estas associações terão sempre seu espaço garantido para colocar as informações e buscar a participação de todos.

O Centro de Saúde do Monte Cristo também se fará presente com assuntos de interesse geral e as comissões locais do Meio Ambiente e da Saúde divulgarão suas atividades e prioridades de trabalhos neste jornal.

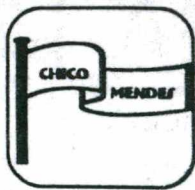
Vamos nos comunicar! Vamos nos organizar e saber o que se passa em nosso bairro, quais são as nossas dificuldades, as nossas lutas e as nossas conquistas.

*Participe, divulgue este jornal.*

*Um grande abraço.*



## Comunidades



No dia 11 de agosto houve eleição para escolher a nova diretoria da Associação de Moradores da Comunidade Chico Mendes. Foram quatro as chapas concorrentes e votaram 543 moradores, números inéditos na nossa comunidade.

A vencedora foi a Chapa 2, ficando o sr. Trajano como presidente e o sr. Albino como vice-presidente.

*Antonio de Paula*



Neste ano de 1996, a comunidade Monte Cristo, através dos Delegados do Orçamento Participativo junto com a Diretoria de sua Associação, conseguiu a verba que estava sendo pleiteada desde 1993 para a ampliação do seu Centro Comunitário.

O Orçamento Participativo também contribui para a construção de duas pracinhas na área verde do Monte Cristo, onde foram plantadas árvores e colocada iluminação, além do asfaltamento da rua principal que iniciou no Monte Cristo e se estendeu até a comunidade do Promorar.

A comunidade, diante de alguns problemas, sente a necessidade da instalação de uma iluminação pública adequada, da ampliação de sua rede de esgoto e da solução para a constante falta de água que aflige seus moradores.

A Associação de Moradores, juntamente com a Prefeitura e algumas entidades, conseguiu a ampliação das ruas e a colocação de lixeiras no bairro.



*Arlindo Bitencourt*



A Associação de Moradores da Comunidade Nossa Senhora da Glória trabalhou e conseguiu. Hoje, tem uma sede onde, futuramente, ocorrerão as reuniões e demais eventos da comunidade. A construção está em fase de acabamento, e a previsão de entrega é neste mês de setembro.

A Comissão do Meio Ambiente, através do representante desta comunidade, informa a todos os moradores que a lixeira do campo de futebol será transferida para a lateral do mesmo, facilitando e melhorando a situação em que se encontra atualmente.

Na comunidade tem pessoas que cuidam das lixeiras. Solicita-se que todos os moradores também ajudem a cuidar, contribuindo para melhorar nossa qualidade de vida.

A rede de esgoto da comunidade está uma vergonha! Os canos estão estourados, há vazamentos pelas servidões, e crianças brincando próximas, correndo o risco de ficarem doentes. Vamos melhorar esta situação! Vamos conversar sobre isto. Procure o senhor Manoel.

*Manoel Arzelino*



# Hipertensão Arterial ou Pressão Alta

A pressão alta é hoje um dos principais problemas de saúde e, no Brasil, é grande o número de portadores desta doença. Aqui na nossa comunidade temos contatos diários com pessoas que sofrem de pressão alta.

O aumento da pressão arterial causa esta doença. Nós podemos conhecer a

nossa pressão arterial indo no Centro de Saúde para verificá-la. Todos nós, principalmente os adultos, as gestantes e os idosos, devemos verificar nossa pressão para sabermos se ela está normal. Você sabe qual é a sua pressão?

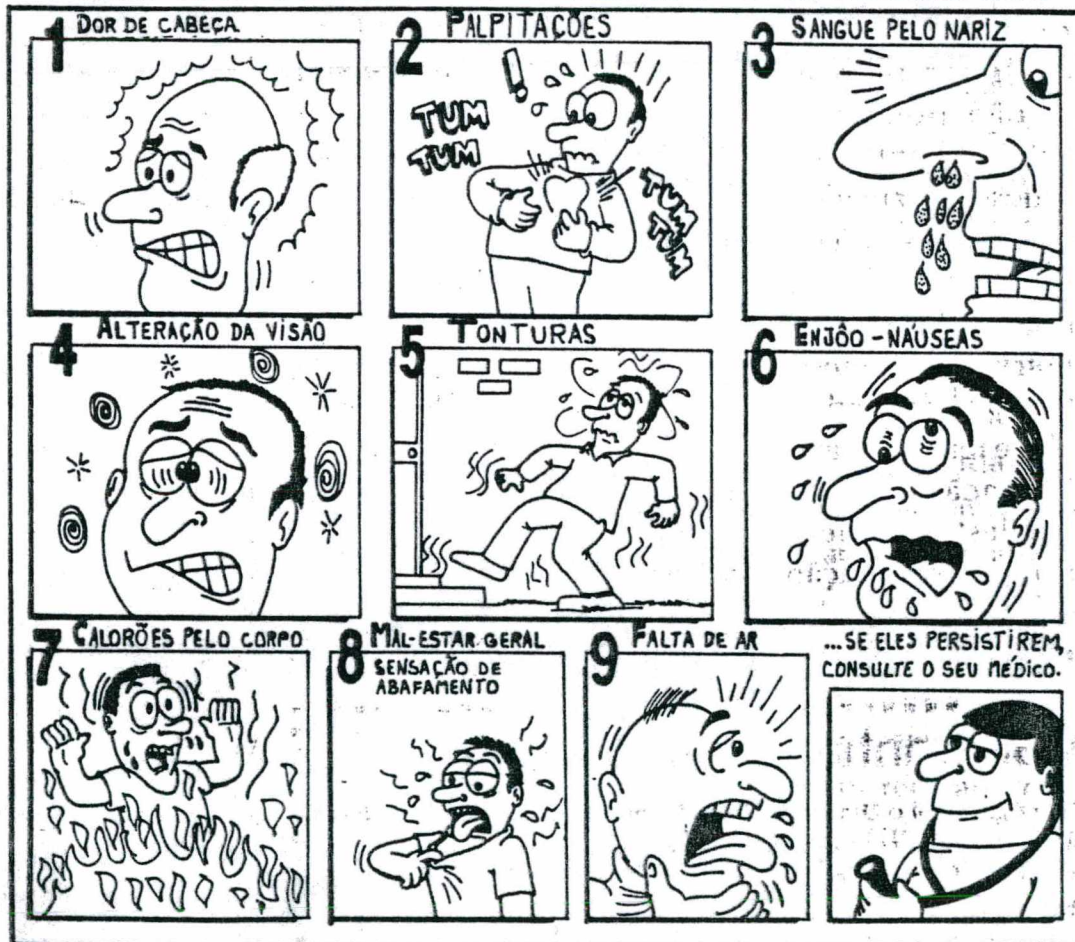
Essa doença acontece devido a problemas no coração, nos rins, nervosismo, arteriosclerose e outros, e pode

ser também hereditária, isto é, mais de uma pessoa na família tem pressão alta.

O cigarro, o sal na comida, os alimentos gordurosos, as frituras, a obesidade, a idade acima de 40 anos e a tensão nervosa são alguns fatores que levam ao aumento da pressão. Verifique sua pressão e previna-se.

*Centro de Saúde do Monte Cristo*

## PRESSÃO ALTA - 9 SINAIS DE ALERTA



VOCÊ PODE APRESENTAR ALGUNS DESTES SINTOMAS SEM MAIOR SIGNIFICADO, MAS... ↗

# Como vai nosso Centro de Saúde?

**N**o Centro de Saúde do Monte Cristo, temos o Programa de Saúde da Família. São dois médicos, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e dois agentes comunitários. Esses profissionais estão fazendo um trabalho de educação e saúde junto à comunidade.

### Serviços Oferecidos:

Temos consulta médica, consulta de enfermagem, realizamos curativo, injeção, nebulização, retirada de pontos e fornecimento de medicação com receita médica. Realizamos **visitas domiciliares** para as pessoas que não podem se locomover até o Centro de Saúde, como idosos, acamados, pós-operados, deficientes físicos, gestantes, etc.

Trabalhamos com grupos de **crianças desnutridas**, realizando a pesagem todas as segundas-feiras de manhã e terças-feiras à tarde na Associação do Promorar, com palestras, orientações e Curso de Alimentação Alternativa para as mães das crianças desnutridas.

Temos um grupo de **terceira idade**, que se reúne todas as segundas-feiras à tarde na Associação do Monte Cristo, onde conversamos, fazemos trabalhos manuais, jogamos e orientamos sobre doenças crônicas e outras doenças.

O Centro de Saúde tem prioridade com as **mães gestantes**. Todas devem ser consultadas mensalmente pelo médico ou pela enfermeira para fazer o pré-natal e acompanhar a gestação de perto, recebendo orientações sobre os sintomas e cuidados com a gravidez, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, alimentação, exames, etc.

### Consultas médicas:

Semanalmente, são agendadas na segunda-feira às 11 horas, as 70 consultas médicas. Se você precisar ser atendido, venha neste dia e hora pegar a sua ficha, munido do cartão de agendamento do Centro de Saúde.

### Emergência:

Reservamos quatro consultas por dia para as emergências, que

são os casos mais graves que podem esperar, como febre e diarreia intensa, pressão alta e outros. Todos serão avaliados pela enfermagem antes de serem consultados.

### Retorno de exames:

Reservamos quatro consultas por dia.

### Atestado de Saúde:

Os atestados de saúde para o trabalho são fornecidos mediante consulta médica para a realização dos exames de rotina.

### Exames laboratoriais:

Todos os exames são realizados no laboratório da Arca Vaz Callado, ou na Policlínica Estreito.

### Ampliação do CS I:

Estamos ampliando o Centro de Saúde, que terá uma sala de vacina, um consultório médico, um consultório de enfermagem e preventivo de câncer e uma sala de nebulização. Aumentando o espaço físico, poderemos atender melhor a comunidade.

Estamos esperando a contratação de mais um médico e um auxiliar de enfermagem para completar a equipe do Programa de Saúde da Família. São 3.500 famílias atendidas no Centro de Saúde. Com a equipe completa poderemos atender com mais qualidade a todos os que necessitam do Centro de Saúde.

Centro de Saúde do Monte Cristo

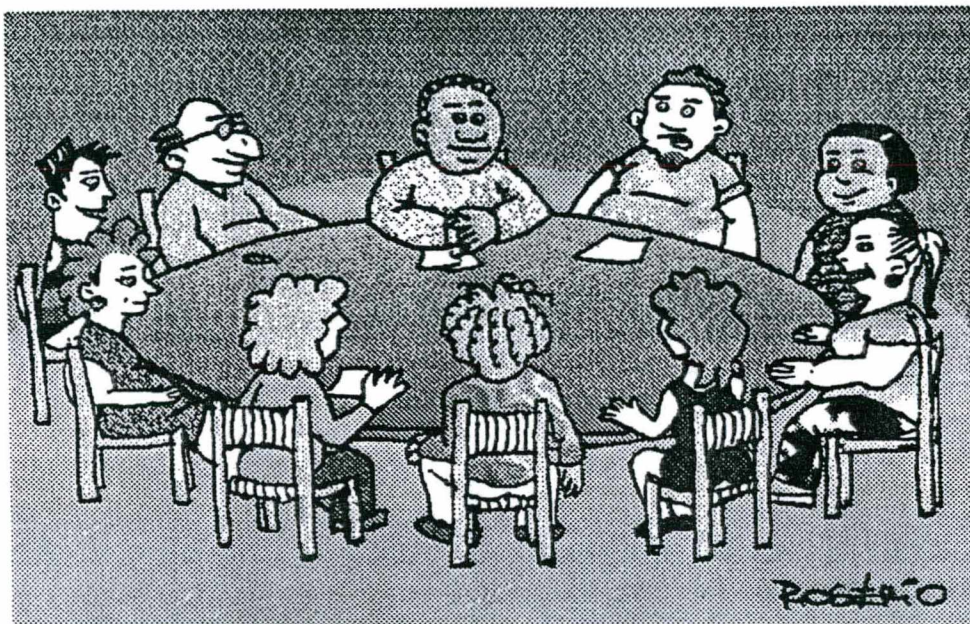
## Campanha de Vacinação

O dia 17 de Agosto foi o **Dia Nacional da Campanha de Vacinação**. Nosso Centro de Saúde trabalhou com esforço durante todo o dia. Foram vacinadas 1.072 crianças. A fila foi longa e todos esperaram com paciência para serem vacinados. Muitos cartões estavam atrasados e foram colocados em dia. Foram realizadas vacinas contra poliomielite, hepatite e tríplice (coqueluche, difteria e tétano).

Continue participando das Campanhas. É importante para o seu filho.

## Comunidades criam Conselho Local de Saúde

**A**s comuni-  
d a d e s  
Novo Horizon-  
te, Chico Men-  
des, Nossa Se-  
nhora da Glória,  
Via Expressa,  
Promorar e  
Monte Cristo  
contam agora  
com um novo  
projeto em de-  
fesa da saúde.  
Trata-se do Con-



O Conselho Local de Saúde é formado por representantes das várias comunidades do bairro Monte Cristo: Chico Mendes, Novo Horizonte, Nossa Senhora da Glória, Promorar, Monte Cristo, Via Expressa e pelo

Centro de Saúde do Monte Cristo. O Conselho Local de Saúde se reúne mensalmente, sempre buscando uma integração direta com as comunidades, suas organizações e espaços de luta, no sentido de garantir formas para que cada morador tenha direito a uma vida digna, com bom atendimento à saúde e um meio ambiente saudável.

tem como objetivos: oferecer subsídios aos representantes do Conselho Municipal de Saúde de nosso bairro, que no momento são Beatriz Maestri e Valéria Cavalheiro; acompanhar, planejar e fiscalizar as ações desenvolvidas pelo Centro de Saúde do Monte Cristo; divulgar as ações de saúde a todos os moradores; avaliar as atividades de saúde realizadas nesta região. Além disso, atua com as comunidades, através de ações educativas, no sentido de orientar as

famílias sobre a importância dos cuidados básicos com a saúde. Isto se dá nas reuniões com grupos de gestantes, desnutridos, idosos, nas palestras e ações de prevenção com hipertensos e diabéticos, no curso de alimentação alternativa para as mães das crianças com baixo peso. Estes grupos se reúnem periodicamente para discutir ações preventivas e mesmo encaminhar os casos mais graves para tratamento médico quando necessário.

Outra grande preocupação do Conselho Local de Saúde é o grande número de cachorros soltos na comunidade, e o impacto disto na saúde e no meio ambiente.

Porém, isso tudo só será possível com a participação e mobilização de todos, com a conscientização dos moradores em relação aos seus direitos e deveres e com muita luta, quando necessário.

**Participe você também!!!**

*Conselho Local de Saúde*

# Meio Ambiente é Prioridade

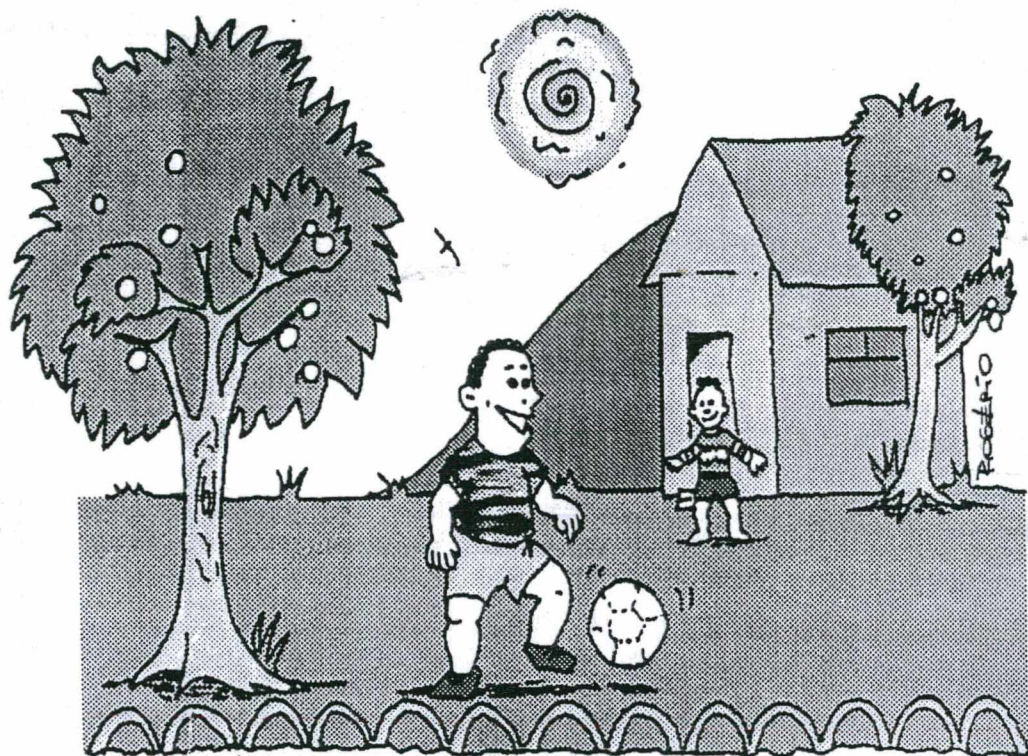
**A**s comunidades Chico Mendes, Novo Horizonte e Nossa Senhora da Glória estão juntas conseguindo discutir e agir para melhorar as condições do seu meio ambiente, principalmente na questão do Lixo.

Representantes das comunidades que compõem a Comissão do Meio Ambiente que identificou os seus principais problemas em relação ao lixo:

- ✧ Faltam lixeiras adequadas
- ✧ A coleta de lixo é insuficiente
- ✧ Há acúmulo de entulhos
- ✧ Há presença de cachorros, ratos, etc, nos pontos das lixeiras
- ✧ Falta conscientização e orientação aos moradores

Para resolver estas questões, estão sendo realizados reuniões com os órgãos responsáveis, tais como: Comcap, Secretaria Municipal do Continente, Vigilância Sanitária, Fundação Municipal do Meio Ambiente, Centro de Saúde do Monte Cristo.

O objetivo é articular todos os esforços para a melhoria das condições do meio ambiente.



A Comissão do Meio Ambiente também pretende realizar ações educativas que alterem o comportamento dos moradores em relação aos cuidados com o lixo. Para tanto foi realizado um levantamento sobre estes problemas junto aos moradores pelos estudantes de Serviço Social da UFSC, que vai auxiliar a comissão a definir suas atividades preventivas e educativas.

Este trabalho está só começando! A Comissão do Meio Ambiente acredita que irá ajudar a transformar a realidade das comunidades, melhorando a qualidade de vida dos moradores

e fazendo com que os órgãos responsáveis assumam suas responsabilidades junto a população.

**Aguarde o resultado do levantamento realizado com os moradores sobre o lixo.**

**Vamos saber o que pensa a população!!!**

*Comissão do Meio Ambiente*



A comunidade Novo Horizonte comemorou com alegria o seu sexto aniversário de ocupação. Foi no dia 3 de julho, quando foi realizada uma festa com a inauguração da nova sala da comunidade que vai ser também usada pela Oficina do Saber. A comemoração foi muito animada e contou com a participação de lideranças políticas e amigos de outras comunidades vizinhas.

Também estão em andamento as negociações para o funcionamento da nova creche, construída graças à participação no processo do Orçamento Participativo. Mais uma conquista das comunidades!

Vamos continuar batalhando para que seja garantido atendimento adequado a todas as crianças da região. Boas reuniões irão acontecer para discutirmos esta questão. Fique atento e participe!

*Beatriz Maestri*



A Associação Comunitária Promorar situada à rua Mauro de Carvalho funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 horas, das 13:30 às 18:00 horas e, aos sábados, das 8:00 até às 12:30 horas tendo um funcionário contratado pela mesma com recursos da Secretaria da Família.

A Associação Comunitária Promorar através de uma Comissão juntamente com o Projeto CPP (Centro de Profissionalização Popular) realizaram uma pesquisa no Promorar, através da qual foram identificados alguns dos cursos profissionalizantes mais solicitados pela Comunidade, estando entre eles os de computação, datilografia, corte e costura, cabeleireiro, manicure e pedicure.

Os cursos de computação, corte e costura, manicure e pedicure foram aprovados para a Comunidade Promorar, sendo financiados através de um convênio do SINE com a ETEFESC e o curso de datilografia será financiado pela Prefeitura.

Aos sábados, funcionam pela manhã na Associação Comunitária, três grupos de catequese.

Nas segundas-feiras pela manhã e terças-feiras à tarde é realizado na Associação Comunitária um trabalho com crianças desnutridas, onde atuam técnicos da área social e da saúde através da Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social.

*Aristeu de Oliveira  
Fabiana Pedrosani*



Após várias articulações entre o vereador Lázaro Daniel, do Partido dos Trabalhadores (PT), da estagiária do curso de Serviço Social da UFSC, Paulina Korc e de alguns moradores da comunidade, realizou-se a primeira reunião com as famílias via-expressenses, próximas à comunidade Novo Horizonte, no dia 27 de abril do corrente ano.

Na oportunidade, foram repassadas as informações a respeito do processo de remoção das referidas famílias, como também foi organizada uma comissão para participar das negociações. Houve diversas reuniões entre entidades interessadas como a COHAB, a Divisão de Ação Comunitária da PMF, DNER, AVEX (Associação Pró-desenvolvimento da Via-Expressa), Secretaria da Família e Desenvolvimento Social e Comissão de Moradores.

A comunidade obteve avanços, tanto a nível de consciência e participação como de conquista de uma área, agora pública, para a construção de alojamentos provisórios até que sejam edificadas os 150 apartamentos no mesmo bairro, defronte à comunidade Nova Esperança.

Algumas famílias voltaram para suas cidades de origem e outras preferiram a transferência para um terreno a ser identificado pela própria família envolvida, sendo este financiado.

A concretização da remoção iniciou-se no dia 01 de agosto quando oito famílias foram transferidas para o alojamento provisório. Na semana seguinte serão transferidas outras oito e assim sucessivamente, até que todos os moradores desocupem a área, na qual serão construídas vias marginais para o acesso ao centro comercial que está sendo edificado às margens da Via Expressa.

Por diversas razões, o novo espaço provisório ainda não é o ideal, porém foi o possível conquistado nas reuniões de negociações. É importante destacar o apoio e a assessoria da Comissão dos Direitos Humanos da OAB e do Núcleo de Defesa da Cidadania, além das comunidades próximas à área.

*Paulina Korc*

## Saúde Escolar

A Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social assinou convênio com a FAE – Fundação de Assistência ao Estudante para desenvolver o **Programa de Assistência Integral à Saúde do Escolar**, prevendo o atendimento aos alunos da 1ª série do 1º grau das escolas municipais e estaduais. Nesta comunidade, o Programa será realizado na Escola Básica América Dutra Machado, onde serão atendidas 580 crianças das 15 turmas de 1ª série.

O Programa funcionará em duas etapas:

1. Realização de exame hematológico (sangue) e exame parasitológico de fezes. A coleta será realizada na escola, após a autorização por escrito dos pais.

2. Após o resultado dos exames, as crianças serão atendidas pelo médico do Centro de Saúde que encaminhará, quando necessário, para especialidades como oftalmologia, fonoaudiologia, neurologia, psiquiatria, otorrinolaringologia.

Se o seu filho já tem cartão no Centro de Saúde, trazer junto na consulta médica.

Maria Catarina Rosa

### Datas importantes

#### Todas as terças-feiras

Reunião da Comissão da Associação dos Moradores de Novo Horizonte, na Casa Comunitária, às 19:30 hs.

#### De 15 em 15 dias, nas terças-feiras

Reunião da Associação Comunitária do Promorar (ACP), na sede, às 20 horas.

#### Todas as sextas-feiras

Reunião da Comissão de Meio Ambiente, na Escola América Dutra Machado, às 19:30 hs.

#### Dia 12 de setembro

Reunião do Conselho Local de Saúde, na Escola América Dutra Machado, às 19 horas.

## Orçamento Participativo

O Orçamento Participativo está sendo um modelo muito bom de participação popular que ainda tem, é claro, suas falhas, mas com a continuação desse processo que iremos torná-lo igual para todos.

Os conselheiros estão colocando as prioridades no papel, fazendo o seu planejamento, mas precisam estar mais presentes na hora de tomar as decisões práticas.

Queremos igualdade a todos os delegados e conselheiros, pois não é à toa que eles são eleitos. Queremos uma Florianópolis unida e bela, servindo de exemplo a outras cidades que não tem o Orçamento Participativo.

Este é um ano de eleição. Na próxima gestão da Prefeitura, temos que continuar com a participação popular através do Orçamento Participativo, reforçando cada vez mais as decisões das comunidades.

A vitória conquistada jamais será destruída!

Esse é o ponto de vista da Francisca, moradora da comunidade, que já teve a experiência de ser conselheira e delegada do Orçamento Participativo, sempre lutando junto com os amigos por maior igualdade.

Francisca das Chagas

## Alimentação Alternativa

Aconteceu, nos dias 24 e 28 de junho, um curso de Alimentação Alternativa por um grupo da comunidade que tem o objetivo de repassar às mães de nossas crianças uma forma mais nutritiva e barata de usar os alimentos no dia-a-dia. Esse grupo multiplicadoras já se reuniu algumas vezes para programar e marcar novos cursos. A primeira reunião aconteceu no dia 12 de agosto, com as mães das crianças que participaram do programa do leite e a reunião prática foi no dia 29 de agosto, onde cozinhamos comidas gostosas e aprendemos como usar folhas, cascas, sementes, farelos, farofas, mingaus, bolos, doces, paçocas, bife de soja, para aumentar o peso e a saúde de nossas crianças. Se você estiver interessada em fazer o curso, haverá novas turmas. Entre em contato com o Centro de Saúde e se inscreva!

Teresa Gaio

## Expediente

FLORIANÓPOLIS



DE TODOS

ADMINISTRAÇÃO POPULAR  
SECRETARIA DE SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO SOCIAL



### Conselho Editorial:

Teresa Gaio, Maria Catarina da Rosa, Jussara Fink, Marla Pereira, Beatriz C. Maestri, Aristeu S. de Oliveira, Francisco C. dos Santos, Antonio J. de Paula, Pedro Lino de Abreu, Manoel Arzelino, Fabiana Pedrosani.

### Coordenação de

### Edição:

Carmen Lucia Luiz

### Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:

CMM Comunicação

### Ilustrações:

Rogério Lohmann

### Tiragem:

2000 exemplares

### Distribuição gratuita

Comunicando a Vida – Agosto/96