

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
Superintendência de Atenção Primária

CADERNO DO ALUNO

CURSO INTRODUTÓRIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

1.º edição
Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Rio de Janeiro - RJ
2017

©Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Marcelo Crivella

Secretário Municipal de Saúde

Marco Antonio de Mattos

Subsecretária Geral Executiva

Ana Beatriz Busch Araújo

Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

Claudia Nastari

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Guilherme Wagner

Superintendente de Vigilância em Saúde

Cristina Lemos

Superintendente de Promoção da Saúde

Cristina Boaretto

Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento

Guída Silva

Organizadores

– Superintendência de Atenção Primária

Fabiane Minozzo

Débora Silva Teixeira

Equipe de Elaboração e Formulação

Aline Hellen dos Santos

Adriana Andrea dos Santos Silva

Áurea Candeas dos Santos

Carla Lima Cerqueira Abreu

Eliane Antônio Monteiro

Gabriela Rêgo de Almeida Muñoz

Raphael Silva de Azevedo

Renata Carou Costa

Equipe Técnica de Apoio e Revisão

Adriana Albuquerque de Sá Kimura

Alana Stéphanie Esteves Villar

Ana Claudia Daflon Lescaut

Ana Karinny Clímaco de Oliveira Grego
Ana Maria Monteiro de Castro
Daniele Brandão
Daniele Tonasse
Edson Borga
Elani Maria Rodrigues
Fany Chung Chan
Franciene de Souza Silva Lobo
Giselle Lopes Crocchia
Gláucia de Mello Brito
Guida Beliago
Guida Silva
Hermes Cândido de Paula
Ivani Cristina Figueira da Costa
Jaqueline de Oliveira
Jucema Fabricio Vieira
Lidiane Reis
Luciene de Moraes Pires Cinti
Luiza Cromack

Marcela Costa Fernandes
Maria Cristina Boaretto
Marlini de Oliveira
Monique Bloise
Raquel Barbosa
Roberta Vianna
Rosicleide Gomes Oliveira da Silva
Rossana Helena Passos Espíndola
Silvana dos Santos Barreto
Suzana Souza
Thays Helena Persuhn

**Normalização Núcleo de
Publicação e Memória**

Ercilia Mendonça

Projeto Gráfico e Diagramação

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária.

Caderno do aluno. Curso introdutório em saúde da família. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2017.

88p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

ISBN 978-85-86074-63-9

1. Saúde da família – curso. 2. Caderno do aluno. I. Título. II. Série.

CDU 616.05(075)

Catálogo na fonte – Núcleo de Publicação e Memória SMS/SUBPAV



SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	06
■ SOBRE O CURSO	07
■ PRIMEIRO DIA	09
■ SEGUNDO DIA	15
■ TERCEIRO DIA	20
■ QUARTO DIA.....	32
■ QUINTO DIA.....	41
■ TEXTOS DE APOIO	47
■ BANCO DE CASOS	73
■ ATIVIDADES.....	82



APRESENTAÇÃO

PREZADO ALUNO,

O Caderno do Aluno faz parte do material didático do Curso Introdutório em Saúde da Família dos profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. O curso objetiva qualificar os profissionais que ingressam na Atenção Primária à Saúde, para que ampliem sua visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual estão inseridos.

A Portaria GM nº 2.527, de 19 de outubro de 2006, define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para os profissionais que atuam na Saúde da Família. Desta forma, o Caderno do Aluno foi elaborado com os conteúdos estabelecidos pela portaria e com os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção (atributos essenciais), orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural (atributos derivados).

Além disso, este curso pretende ser um dispositivo para a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família, aproximando-as dos conceitos e das práticas que esta estratégia requer, permitindo a integração das ações das equipes com aquelas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) e as priorizadas pela Carteira de Serviços da Atenção Primária, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Valoriza-se o desenvolvimento de boas práticas clínicas por parte dos profissionais, integradas com ações que fortaleçam a educação popular, a gestão participativa e o exercício real do controle social por parte das comunidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

Este caderno é uma construção que pretende iniciar o debate sobre a Atenção Primária à Saúde e, longe de esgotar este tema, tem como objetivo impulsionar a discussão entre os profissionais, permitindo a reflexão e construção de estratégias para o dia-a-dia das equipes de saúde da família.

SOBRE O CURSO

O Curso Introdutório em Saúde da Família está estruturado com carga horária mínima de 40 horas semanais. Tem como público alvo toda a equipe de atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como: médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; agente comunitário de saúde; agente de vigilância em saúde e de combate às endemias; cirurgião dentista; técnico em saúde bucal; auxiliar em saúde bucal; técnico em farmácia; farmacêutico; administrativo; gerente; consultório na rua; e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A entrega de certificados dos participantes ao término do curso está condicionada a participação (frequência/presença) mínima de 75% no curso. O certificado será válido em todas as áreas de planejamento da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro.

O CURSO FOI ORGANIZADO A PARTIR DE QUATRO EIXOS, CONFORME A PORTARIA:

EIXO 1 - A Atenção Primária no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação;

EIXO 2 - A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial;

EIXO 3 - O processo de trabalho das equipes;

EIXO 4 - A atuação interdisciplinar e participação popular.

Os eixos foram estruturados e sistematizados a partir da escuta e reflexão dos contextos de cada Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde (CAP), que representam um conjunto de experiências vivenciadas na facilitação dos cursos introdutórios nas áreas e das necessidades de atualização, sendo selecionados os temas de forma orientada ao desenvolvimento das competências desejadas.

O curso prevê a realização de pré e pós-testes, utilizados para medir o conhecimento prévio e o adquirido durante a formação. Vale destacar que o objetivo da realização dos testes é que você avalie o conhecimento adquirido, além dos facilitadores observarem o processo de desenvolvimento de cada turma. Os resultados dos testes não irão influenciar na certificação do curso.

Durante o curso, você terá o acompanhamento de facilitadores, que serão responsáveis pelas orientações das atividades a serem desenvolvidas.

O desafio que convidamos você a acolher conosco é o de ser protagonista de um processo de aperfeiçoamento, que será transposto por muitas reflexões e diálogos a partir da realidade de cada um e da unidade de saúde da qual faz parte.

PRIMEIRO DIA

MANHÃ

OBJETIVOS:

- Apresentar o curso e os facilitadores;
- Conhecer e integrar a turma;
- Articular em grupo os profissionais que compõem as equipes;
- Promover a integração da equipe, a partir da escuta e acolhimento de expectativas e desafios do processo de trabalho;
- Estimular a construção coletiva do contrato de convivência do grupo.

ATIVIDADES:

- Confeção de crachá de identificação;
- Entrega da pasta do aluno;
- Dinâmica para apresentação e integração;
- Levantamento de expectativas em relação ao curso;
- Apresentação da estrutura do curso;
- Pactuação do processo educativo e contrato de convivência;
- Aplicação do pré-teste;
- Apresentação do filme “Políticas Públicas de Saúde”;
- Debate a respeito do filme.



TEMPO SUGERIDO: 8H ÀS 12H



PENSE NISTO!

LINHA DO TEMPO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

1923

- Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP).
- A Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões.

1932

- Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).
- Os IAPs foram criados no Estado Novo de Getúlio Vargas.

1965

- Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
- O INPS consolida o componente assistencial com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.

1987

- Criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).
- Nesse ano foram criados os SUDS, que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais, descentralização das ações da saúde; implementação de distritos sanitários.

1988

- Constituição Cidadã.
- Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada. “Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

1990

- Criação do SUS.
- A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.
- Logo em seguida, a Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

1991

- Criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- Criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde.
- Comissão de Intergestores Biparte (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém-criado SUS.
- Da primeira norma operacional básica (NOB) do SUS.

1996

- Norma Operacional Básica - NOB 96.
- Representou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de atenção.
- E implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como Programa de Saúde da Família (PSF).

2002

- Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS.
- No ano 2002 é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, cuja ênfase maior é no processo de regionalização do SUS.
- O Pacto pela Vida tem sua grande força, exatamente em um novo ordenamento dos processos de regionalização do SUS (BRASIL, 2002).

Fonte:

www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf

Na história da saúde pública no Brasil, chegamos a um momento que foi preciso rever as práticas para acompanhar o ritmo da transformação epidemiológica e demográfica no mundo contemporâneo. O contínuo e acelerado desenvolvimento da ciência e da tecnologia trouxe conhecimentos novos em todas as áreas.

As mudanças caminharam no sentido de fortalecer os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a Atenção Primária, pois são:

- Mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população;
- Mais efetivos, porque enfrentam longitudinalmente a situação epidemiológica das condições crônicas, e impactam significativamente os níveis de saúde da população;
- Mais eficientes, porque apresentam melhor custo-efetividade;
- Mais equitativos, porque consideram as vulnerabilidades e especificidades da população, oferecendo acesso aos que mais necessitam.

O sentido das mudanças na implementação da reforma da Atenção Primária à Saúde (APS)

IMPLEMENTAÇÃO DA APS ANTERIOR À REFORMA	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde
Atenção centrada em mães e crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Respostas às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de fatores de riscos, agravos e doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação como mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de <i>Accountability</i>

IMPLEMENTAÇÃO DA APS ANTERIOR À REFORMA	IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA APS
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Gestão da escassez	Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal
Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

Fonte: World Health Organization (2008)



PARA IR ALÉM... VALE LER!

Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde. Disponível em:
www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

TARDE

OBJETIVOS:

- Apresentar as políticas públicas de saúde e sua expressão na realidade do município do Rio de Janeiro;
- Apresentar os atributos da APS e debater sua correlação com a rede municipal e o trabalho em saúde;
- Discutir como um profissional se insere em um sistema de saúde orientado pela APS.

ATIVIDADES:

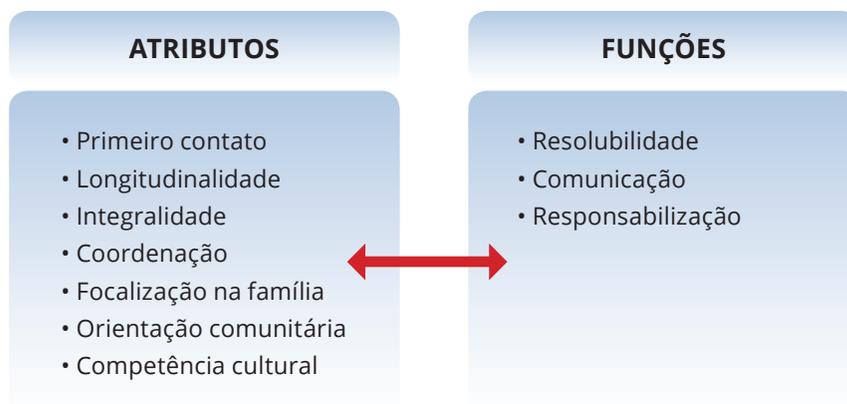
- Iniciar a confecção do cartaz com o glossário das siglas utilizadas durante o curso;
- Exposição dialogada sobre Políticas Públicas e os Marcos Legais;
- Apresentação do filme “SICKO”;
- Apresentação dialogada sobre os atributos da APS/Rede local;
- Roda de Conversa – **O que é que eu e meu trabalho temos a ver com tudo isso mesmo?**
- Avaliação do dia.



TEMPO SUGERIDO: 13H ÀS 17H

A Atenção Primária à Saúde de qualidade, como parte integrante das Redes de Atenção à Saúde (RAS), deverá, como se vê na figura abaixo, estruturar-se segundo sete atributos e três funções.

Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde



Fontes: Mendes (2002); Starfield (2002)

Para sistematizar os debates, fazer a leitura e reflexão do conteúdo do Texto de Apoio nº1: ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, na página 47.

SEGUNDO DIA

MANHÃ

OBJETIVOS:

- Promover a aprendizagem sobre o mapeamento do território;
- Discutir o diagnóstico coletivo/situacional do território;
- Construir um projeto de saúde para o território.

ATIVIDADES:

- Resgate da discussão do dia anterior;
- Colar na parede da sala os 4 atributos da APS e os Princípios do SUS;
- Construção do mapa do território – dividir os subgrupos por território;
- Elaboração do planejamento para o território, preenchendo a matriz da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ) – página 82.
- Apresentação e discussão sobre os mapas e as matrizes de intervenção.

1. Por que fazer o mapa do território?
2. O que fazer com as fragilidades e problemas do território?
3. O que fazer com as potencialidades do território?



TEMPO SUGERIDO: 8H ÀS 10H



PENSE NISTO!

TERRITÓRIO

Além do reconhecimento da área de abrangência, esse processo possibilita conhecer as condições de infraestrutura da área e recursos sociais, diagnosticar problemas e necessidades, definir o diagnóstico da comunidade, identificando o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico, ambiental, dentre outros, além das lideranças formais e informais, potencializando os recursos e potencialidades presentes nesse território.

Fonte: Mendes, 2011.

O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO (PST)

Elaborar um Projeto de Saúde no Território é um movimento que busca ações direcionadas à produção de saúde e à redução de vulnerabilidades em um determinado território por meio da implementação de estratégias de coprodução, de cogestão e do trabalho em equipe e em redes.

Passos para construção de PST

<p>PREPARAÇÃO</p> <p>No espaço coletivo das equipes de saúde (equipe de SF com apoio do NASF)</p>	Identificar área e/ou população vulnerável ou em risco
	Justificar priorização da área e/ou população
	Compreender processo histórico e social singular do território
	Definir objetivos da equipe de saúde e estabelecer ações efetivas para alcançá-los
	Identificar atores sociais e/ou instituições importantes para o PST
<p>PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO</p> <p>No espaço coletivo ampliado - com usuário, comunidade e outros setores públicos e privados</p>	Criação de espaço coletivo ampliado: intersetorialidade, gestão participativa
	Sinergia com outras políticas e/ou serviços públicos: processos de cooperação, intersetorialidade
	Construção compartilhada do PST: consenso, reformulação, pactuação, corresponsabilização
	Implementar o plano de ação
<p>AVALIAÇÃO</p>	Fazer reflexão sobre processo de implementação e os resultados em relação aos objetivos pactuados no início

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 27. Ministério da Saúde.

Para sistematizar os debates, fazer a leitura e reflexão do conteúdo do Texto de Apoio nº 2: Compreendendo o Conceito de Território/Territorialização, na página 49.

SEGUNDO MOMENTO DA MANHÃ

OBJETIVOS:

- Apresentar e caracterizar os serviços e as redes de apoio da Área de Planejamento;
- Definir, apresentar e contextualizar as redes da Área de Planejamento;
- Enfatizar a importância da comunicação entre os pontos de atenção na rede, as equipes e profissionais;
- Apresentar os mecanismos formais de comunicação entre os pontos de atenção.

ATIVIDADES:

- Exposição dialogada da rede da Área de Planejamento;
- Discussão das duas versões diferentes do caso Silva - páginas 73 e 74 - em dois subgrupos, com as seguintes questões norteadoras:
 1. Qual a trajetória percorrida pelo usuário e sua família no sistema de saúde na busca por atendimento?
 2. Quais as fragilidades e potencialidades identificadas na rede de atenção?
 3. Quais são os recursos disponíveis no território que poderiam ter sido utilizados na condução deste caso?
 4. Nesse caso, como você qualifica a comunicação entre os pontos de atenção da rede?



TEMPO SUGERIDO: 10H ÀS 12H

TARDE

OBJETIVOS:

- Apresentar conceitos-chaves e diretrizes institucionais aplicáveis à organização do acesso na Atenção Primária;
- Discutir a organização do processo de trabalho (atribuições, fluxos, dispositivos, ferramentas e instrumentos de apoio ao trabalho);
- Refletir sobre a gestão da Atenção Primária como Ordenadora da Rede, 1º Contato (Porta de Entrada) e Coordenadora do Cuidado.

ATIVIDADES:

- Dinâmica:
Distribuição de situações que envolvem a organização do acesso nas unidades de APS.
- Apresentação Dialogada sobre Acesso.



TEMPO SUGERIDO: 13H ÀS 16H



PARA IR ALÉM... VALE LER!

Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde. Disponível em:
www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

SEGUNDO MOMENTO DA TARDE

OBJETIVOS:

- Discutir as competências dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

ATIVIDADES:

- Dinâmica das tarjetas sobre as competências dos profissionais;
- Discussão sobre as competências dos profissionais.



TEMPO SUGERIDO: 16H ÀS 17H

PARA IR ALÉM... VALE LER!

Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, BRASIL, 2012). Disponível em:

189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em saúde, v.3, n.1, p.01-03, 2007. Disponível em:

www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf



TERCEIRO DIA

MANHÃ

OBJETIVOS:

- Conceituar trabalho em equipe;
- Discutir sobre os objetivos e a importância da Reunião de Equipe;
- Desenvolver a habilidade de planejar a rotina de trabalho da equipe (semana padrão).

ATIVIDADES:

Resgate da discussão do dia anterior:

- Dinâmica para trabalhar a importância do trabalho em equipe;
- Divisão em 2 subgrupos para planejar uma reunião de equipe;
- Dramatizar uma reunião de equipe com um grupo observador;
- Discutir sobre a importância da reunião de equipe e seu planejamento;
- Apresentação sobre o que não pode faltar na reunião;
- Construção da semana padrão, ainda em subgrupos;
- Apresentação e discussão da semana padrão construída.



TEMPO SUGERIDO: 8H ÀS 10H30



PENSE NISTO!

SETE LIÇÕES PARA O TRABALHO EM EQUIPE:

1. Desculpe, mais o erro foi meu;
2. Parabéns seu trabalho está ótimo;
3. Qual a sua opinião?
4. Faça o favor;
5. Muito obrigado;
6. A palavra mais importante: Nós;
7. A palavra menos importante: Eu

AS TRÊS PENEIRAS

Um rapaz procurou Sócrates e disse-lhe que precisava contar-lhe algo sobre alguém. Sócrates ergueu os olhos do livro que estava lendo e perguntou:

- *O que você vai me contar já passou pelas Três Peneiras?*
- *Três peneiras? Indagou o rapaz.*
- *Sim! A primeira peneira é a **VERDADE**.*

*O que você quer me contar dos outros é um fato? Caso tenha ouvido falar, a coisa deve morrer aqui mesmo. Suponhamos que seja **verdade**. Deve então passar pela segunda peneira: **A BONDADÉ**. O que você vai contar é uma coisa boa? Ajuda a construir ou destruir o caminho, a fama do próximo? Se o que você quer contar é verdade e é coisa boa, deverá passar ainda pela terceira peneira: **A NECESSIDADE**.*

Convém contar? Resolve alguma coisa? Ajuda a comunidade? Pode melhorar o planeta?

Arremata Sócrates:

Se passar pelas três peneiras, conte! Tanto eu, como você e seu irmão nos beneficiaremos. Caso contrário, esqueça e enterre tudo. Será uma boa fofoca a menos para envenenar o ambiente e fomentar a discórdia entre irmãos e colegas do planeta.

GERENCIAMENTO DO TEMPO

Organize seu tempo:

- ✓ Antes de iniciar seu dia realize uma lista de tarefas;
- ✓ Estabeleça prioridades;
- ✓ Estipule tempo para cada tarefa;
- ✓ Tenha sempre a lista de tarefas nas mãos.

Importante! Tente realizar pelo menos metade das tarefas da sua lista.

DICAS PARA TRABALHAR EM EQUIPE:

- ✓ **SEJA PACIENTE:** nem sempre é fácil conciliar opiniões diversas, afinal “cada cabeça, uma sentença”, por isso é importante que você seja paciente e pense antes de falar.
- ✓ **ACEITE AS IDEIAS DOS OUTROS:** muitas vezes é difícil aceitar ideias novas ou admitir que não temos razão, mas é importante saber reconhecer que a ideia de um colega pode ser melhor do que a nossa.
- ✓ **NÃO CRITIQUE OS COLEGAS:** avalie as ideias da pessoa; critique as ideias, mas nunca a pessoa.
- ✓ **SAIBA DIVIDIR:** partilhar responsabilidades e informação é fundamental para o sucesso da equipe.
- ✓ **TRABALHE:** colabore fazendo sua parte e verá o resultado no final.
- ✓ **PLANEJE:** o planejamento e a organização são ferramentas importantes para que o trabalho da equipe seja eficiente e eficaz.
- ✓ **APROVEITE:** afinal, o trabalho em equipe acaba sendo uma boa oportunidade de conviver mais de perto com os seus colegas, conhecê-los melhor e também de aprender com eles, trazendo ainda mais ganhos para todos.

AVALIE SEU TEMPO

Tenha para cada dia da semana uma folha em branco e vá anotando todas as suas atividades naquele dia. Marque horário de início e fim de cada atividade, além do tempo de duração.

Ao final da semana, você terá uma visão completa de tudo o que realmente consome seu tempo.

Agora estabeleça:

Níveis de prioridade:

- Anote o número (01) ao lado daquelas atividades que são imprescindíveis em seu trabalho. Com a folha onde você anotou o tempo gasto para executar essas atividades, você tem agora uma visão realista de quanto tempo gasta em cada uma delas.
- Anote o número (02) ao lado das atividades importantes, aquelas que você não vai morrer se não fizer, mas que de alguma forma lhe trazem algum benefício presente ou futuro.
- Anote o número (03) ao lado das atividades que não são necessárias e que não fariam tanta diferença se você não fizesse ou que outra pessoa poderia fazer em seu lugar sem prejudicar a ninguém.
- Depois de tudo anotado, avalie se você não tem tempo mesmo ou está administrando mal o tempo que tem? Seu tempo está em suas mãos e quem decide o que vai fazer é você. Será que não é possível delegar? As tarefas que são importantes podem não ser imprescindíveis ou estão adequadas ao tempo que você tem?

É importante começarmos a ver onde estamos “perdendo” tempo. Agenda é imprescindível para gerenciar o seu tempo.

REUNIÃO DE EQUIPE: O QUE FAZER?

Reunião e atas são instrumentos eficazes de comunicação quando bem empregados, mas também podem ser ineficientes quando abusadas ou mal executadas.

1. Agendamento a tempo: é importante que a reunião de equipe e as reuniões gerais da unidade sejam planejadas e possuam um calendário, seguindo a semana padrão do município do Rio de Janeiro;
2. Horário para começar e encerrar;
3. Pauta preliminar: ao final da reunião, deixar as pendências que serão discutidas na próxima reunião.

4. Pauta definitiva: inclusão de temas que não estavam previstos;
5. Aborde os assuntos que são de interesse geral. Para assuntos específicos, discuta somente com os interessados;
6. Telefonemas e interrupções: é importante que a equipe tenha um contrato de convivência durante a reunião. O celular não deve ser prioritário. Ligações e mensagens durante a reunião podem atrapalhar o andamento e a qualidade da mesma, além de ser desrespeitoso com os colegas, exceto em situações que exijam respostas e atitudes imediatas por um membro da equipe;
7. Polarização e monólogos: a reunião deve garantir voz e vez a todos os integrantes, a não ser que os participantes tenham sido designados como ouvintes;
8. Informes: são relatos breves de acontecimentos, situações pontuais e mudanças de agendas futuras da equipe. Os informes são realizados no início da reunião e todos podem trazer essas informações para a reunião de equipe.

SEGUNDO MOMENTO DA MANHÃ

OBJETIVOS:

- Discutir a importância do registro na Estratégia Saúde da Família;
- Aprofundar a discussão sobre fichas A e de acompanhamento.

ATIVIDADES:

Registro das fichas A e de acompanhamento:

- Em duplas, cada um preenche a ficha A do colega e, em subgrupos, preencher uma ficha B da família Silva. Contemplar fichas B de gestante, de criança, hipertensão, etc.
- Discutir os registros nas fichas A e acompanhamento dos ACS, ressaltar a importância do registro completo e as possibilidades de obter informações consolidadas através de relatórios.



TEMPO SUGERIDO: 10H30 ÀS 12H



PENSE NISTO!

A qualificação dos registros em saúde promove uma melhor continuidade e longitudinalidade do cuidado; auxilia a comunicação em equipe e permite o monitoramento e avaliação de bancos de dados auxiliando o planejamento de ações e tomada de decisão em saúde.

Importante para:

- Planejamento, monitoramento e avaliação de serviços de saúde;
- Foco em ações prioritárias;
- Tomada de decisão;
- Transformação de realidades;
- Melhoria da qualidade das ações em saúde;
- Boa governança clínica.

Instrumentos de trabalho do ACS:

- Ficha A;
- Acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES;
- Acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA;
- Acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA;
- Acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB;
- Acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN;
- Acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança).

Instrumentos de consolidação dos dados:

- Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias - Relatório SSA2;
- Relatórios de produção e marcadores para avaliação - Relatório PMA2.

FICHA A

A Ficha A é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. As informações recolhidas - identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais - permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e a planejar melhor planejar suas intervenções.

Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento.

FICHAS B - FICHAS PARA ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

As fichas do grupo B são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento das ações em saúde. A cada visita domiciliar os dados destas fichas devem ser atualizados e digitadas no prontuário eletrônico.

TARDE

OBJETIVOS:

- Discutir itens da Carteira de Serviços;
- Trabalhar a resolutividade da Estratégia Saúde da Família;
- Abordar Clínica Ampliada;
- Apresentar os objetivos e as diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

ATIVIDADES:

- Dinâmica e Discussão sobre a Carteira de Serviços;
- Discussão do Caso Clínico “Precisa Internar” – página 76.
- Debate sobre Clínica Ampliada e sobre NASF, a partir da síntese dos grupos em relação ao caso e apresentação sobre o NASF.



TEMPO SUGERIDO: 13H ÀS 15H30



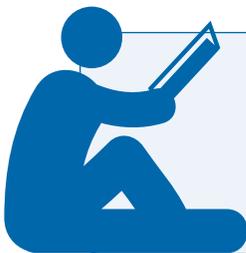
PENSE NISTO!

SOBRE A CARTEIRA DE SERVIÇOS

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro.

QUEM DEVE LER?

Todos os profissionais, gestores e população devem se apropriar dos serviços de saúde oferecidos na APS.



PARA IR ALÉM... VALE LER!

CARTEIRA DE SERVIÇOS - Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0

O QUE É O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)?

- É uma modalidade de equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades;
- Constitui-se como **apoio especializado** na Atenção Primária, mas não atua como **um ambulatório de especialidades**;
- Objetiva ampliar **a abrangência e o escopo das ações** da Atenção Primária, bem como sua resolutividade;
- Atua na lógica do **apoio matricial**;
- Apoio de 05 até 09 equipes de Estratégia Saúde da Família.

COMO FUNCIONA?

- Realiza atividades com as equipes SF, assim como atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão);
- Recebe a demanda a partir da discussão compartilhada com as equipes de SF que apoia, e não por meio de encaminhamentos pessoais;
- Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas, tal como as situações de urgência.

PARA IR ALÉM... VALE LER!

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº27. DISPONÍVEL EM:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 39. DISPONÍVEL EM:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf



SEGUNDO MOMENTO DA TARDE

OBJETIVOS:

- Discutir Coordenação do Cuidado;
- Vigilância em saúde (busca ativa);
- Coordenação entre níveis de atenção (Regulação);
- Ferramentas de coordenação do cuidado.

ATIVIDADES:

- Dinâmica: fio na rede a partir do Caso Mariana – página 77.
- Conceituar e discutir Coordenação do Cuidado pela APS;
- Apresentação dialogada sobre Regulação e SISREG.

Pergunta norteadora: o que eu tenho a ver com isso?



TEMPO SUGERIDO: 15H30 ÀS 17H



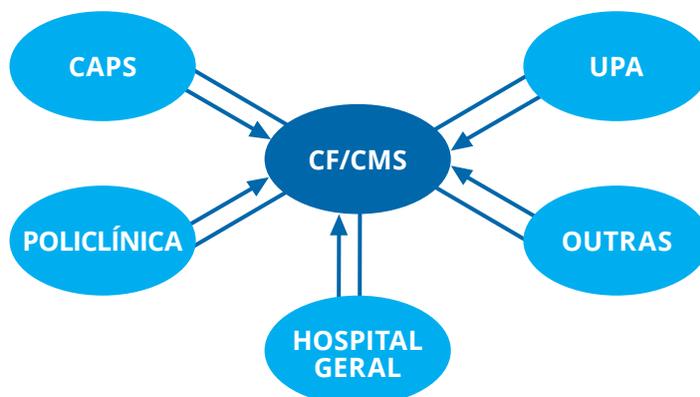
PENSE NISTO!

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

O que é?

- É um dos atributos da Atenção Primária à Saúde;
- A garantia da continuidade do cuidado pela APS, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção;
- A APS coordena as ações de saúde, considerando a história do usuário e as suas necessidades, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, atuando de forma integrada com os serviços especializados.

Como funciona?



SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO – SISREG E SER

O **SISREG** é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis. Não se destina, portanto, à regulação de vagas urgentes e situações de emergência, que devem ser reguladas na plataforma SUBPAV por meio do Vaga Zero (solicitação de ambulância). A regulação de vagas de internação hospitalar eletiva deve ser discutida e informada diretamente ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) da área. Alguns procedimentos de alta complexidade e alto custo são regulados pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). É importante que os profissionais da APS se mantenham atualizados junto à equipe do NIR de sua área quanto aos procedimentos que devem ser solicitados por este sistema.

Fonte: http://www.subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf

QUARTO DIA

MANHÃ

OBJETIVOS:

- Gestão de caso e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

ATIVIDADES:

- Construção de um Projeto Terapêutico Singular a partir do Caso Bate Forte o Coração de Maria - página 78.
- Utilização do Roteiro Projeto Terapêutico Singular - página 83.
- Discussão sobre gestão de casos e os objetivos do PTS.



TEMPO SUGERIDO: 8H ÀS 9H30



PENSE NISTO!

PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR – PTS

O que é?

O projeto terapêutico singular é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre a equipe de saúde e o usuário que deve considerar a singularidade

do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”.

Como é feito?

Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise da equipe sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Essa análise deve ser feita em equipe, considerando que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda complexa de cuidado em saúde. Cabe ressaltar que esse processo é dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre os profissionais e o usuário está em constante transformação. A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo de reflexão e discussão.

Para quem?

O PTS pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, destacando-se a busca pela singularidade (a diferença) como elemento central de articulação para cuidado em saúde nos casos mais complexos, que demandem maior atenção da equipe.

Fonte: http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/08/caderno_do_aluno-leitura.pdf

SEGUNDO MOMENTO DA MANHÃ

OBJETIVOS:

- Abordar orientação familiar;
- Conceituar Família;
- Discutir com a equipe configuração familiar, ciclo vital;
- Discutir ferramentas de abordagem familiar.

ATIVIDADES:

- Dinâmica sobre o significado de família;

- Discussão do caso 6 – Família de Suzana – página 78.
- Discussão sobre o significado e conceito de família, teoria sistêmica, abordagem familiar – com suporte da apresentação.



TEMPO SUGERIDO: 9H30 ÀS 11H

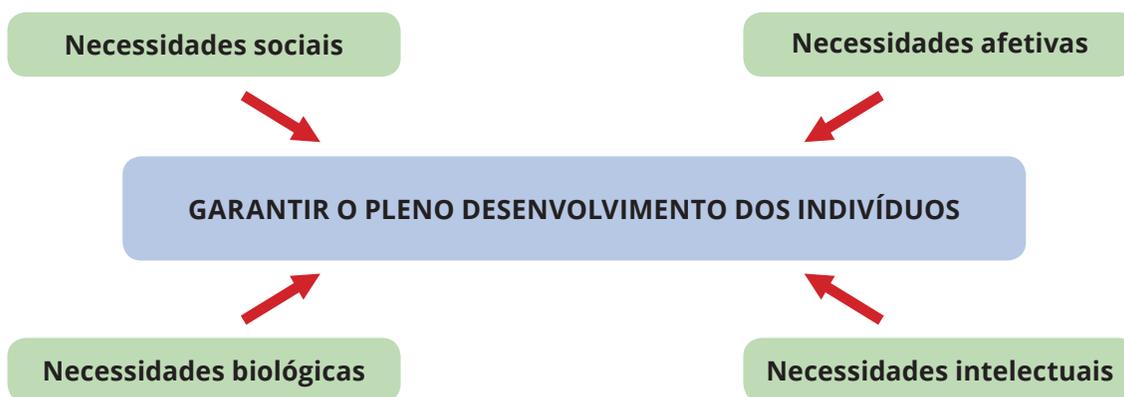
ORIENTAÇÃO FAMILIAR

O termo ‘família’ inclui várias concepções e definições, por isso torna-se difícil elaborar um conceito de família que possua um caráter universal, uma vez que ela adota formas e dimensões diversas em cada sociedade.

Para nossa discussão neste curso, podemos entender família como um grupo de pessoas relacionadas por laços de afeto e lealdade fortes e recíprocos, com uma história e um futuro comuns e que participam de um sentido de lar.

Duas funções básicas:

- Assegurar a sobrevivência de seus membros;
- Ajudar a modelar suas qualidades humanas.



Para sistematizar os debates, fazer a leitura e reflexão do conteúdo do Texto de Apoio nº 03: **Como abordar a família no contexto da APS** - na página 51.

TERCEIRO MOMENTO DA MANHÃ

OBJETIVOS:

- Visita Domiciliar.

ATIVIDADES:

- Dramatização sobre visita domiciliar com grupo observador;
- Casos para dramatização – páginas 79 e 80.
- Discussão a partir das considerações do grupo observador e com base nas questões norteadoras: “Para que serve e para que não serve uma Visita Domiciliar?”



TEMPO SUGERIDO: 11H ÀS 12H15



PENSE NISTO!

VISITA DOMICILIAR

Objetivos:

- Conhecer o usuário e o ambiente familiar;
- Fortalecer vínculos;
- Identificar fatores de risco;
- Prestar assistência no domicílio;
- Atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Supervisionar o cuidado das famílias sob responsabilidade;
- Realizar e atualizar o cadastro familiar e/ou do cidadão;
- Realizar acompanhamento próximo e contínuo ;

- Facilitar a criação de vínculo, pelo qual é possível intervir e influenciar em mudanças de comportamento;
- Facilitar a abordagem com a família;
- Facilitar o fortalecimento de redes comunitárias.

IMPORTANTE!

- Dia e hora marcados para garantir disponibilidade e cultivar o comprometimento ;
- Remarcar caso haja imprevisto;
- Duração: 20 a 40 minutos em média ;
- Preparar a visita ;
- Ambiente permite realizar o que foi planejado?;
- É um bom momento?;
- Sentar. Participar.

O QUE NÃO É	O QUE É
Fofoca	Apoio
Anti-ético	Facilitador
Mecânica	Articulador
Indiscreto	Bom ouvinte



PARA IR ALÉM... VALE LER!

VISITA DOMICILIAR – VD

A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29674/31546>

TARDE

OBJETIVOS:

- Abordar os objetivos dos Grupos na Estratégia Saúde da Família;
- Discutir o papel e características do facilitador/moderador de grupos;
- Debater fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e organização do trabalho em grupos.

ATIVIDADES:

- Dramatização de um grupo na APS, a partir de roteiro pré-definido;
- Discussão sobre a dramatização e sobre aspectos da coordenação de um grupo;
- Apresentação sobre grupos.



TEMPO SUGERIDO: 13H15 ÀS 15H15

GRUPO



Conjunto de pessoas num processo de relação mútua que visam atingir um objetivo comum.

X

AGRUPAMENTO



Conjunto de pessoas que convive partilhando de um mesmo espaço e que guardam entre si uma certa potencialidade de virem a se constituir como um grupo propriamente dito. Não há formação de vínculo. Ex: fila.

(Zimmerman & Osório)

PLANEJAMENTO DOS GRUPOS

- a) Qual a realidade sobre a qual se pretende atuar?
- b) Por que trabalhar em grupo nesta realidade?
- c) Onde queremos chegar?
 - Objetivo;
 - Público-alvo;
 - Quantidade de pessoas;
 - Local da realização;
 - Horário;
 - Critérios de ingresso e de saída do grupo.

**GRUPO FECHADO,
SEMI-FECHADO OU ABERTO**



**QUEM SÃO OS
COORDENADORES?**



Contratualização

COMO OFERTAR?

Parcerias intra e interinstitucionais

Para sistematizar os debates, fazer a leitura e reflexão do conteúdo do Texto de Apoio nº 04: **Trabalhando com grupos**, na página 54.



PARA IR ALÉM... VALE LER!

TIVERON, J.D.P.; GUANAES-LORENZI, C. Tensões do trabalho com grupos na estratégia saúde da família. *PSICO*, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 391 - 401, 2013. Disponível em:

file:///C:/Users/Maur%C3%ADcio/Downloads/12200-60833-1-PB.pdf

SEGUNDO MOMENTO DA TARDE

OBJETIVOS:

- Definir Linhas de Cuidado;
- Definir áreas de atuação das Linhas de Cuidado;
- Ressaltar a importância das Linhas de Cuidado na organização do trabalho em rede;
- Problematizar o cuidado nas diferentes fases do ciclo vital e nas situações de vulnerabilidade;

- Conceituar, de forma breve, a Vigilância em Saúde, elencando os seus componentes e a sua relação com a integralidade do cuidado.

ATIVIDADES:

- Apresentação dos conceitos de Linhas de Cuidado, Cuidado e Vigilância em Saúde.
- Dividir a turma em dois subgrupos:
- Discussão em cada subgrupo do Caso da Família Silva (Caso 10) na página 80, abordando as fases do ciclo vital e as situações de risco e vulnerabilidades do caso a partir das seguintes questões norteadoras:
 - a) Quais as vulnerabilidades observadas?
 - b) Quais as fases do ciclo vital identificadas?
 - c) Quais as Linhas de Cuidado que permeiam o Caso da Família Silva?
 - d) No caso apresentado, como vocês pensariam a linha de cuidados da tuberculose, caso seja confirmada esta hipótese para o Sr. José?
 - e) A partir das linhas de cuidado identificadas no caso da família Silva, descreva as ações de Vigilância em Saúde realizadas no seu território.



TEMPO SUGERIDO: 15H15 ÀS 17H



PENSE NISTO!

LINHAS DE CUIDADO

Considera-se que o modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção. Dentre as várias estratégias a serem adotadas para esse fim, devem estar

desenhados os percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, conformando o que se chamou de “linhas de cuidado”, construídas, preferencialmente, com base na atenção primária.

A concepção de linhas de cuidado deve representar, necessariamente, um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde voltadas para:

- a) segmentos populacionais – indígenas, quilombolas, entre outros;
- b) ciclos de vida – criança, adolescente, idoso, entre outros;
- c) gênero – saúde da mulher, saúde do homem, entre outros;
- d) agravos – tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outros;
- e) eventos – gestação, entre outros.

A implementação de linhas de cuidado pretende colaborar com a organização da atenção à saúde, gerando o estabelecimento dos fluxos entre os pontos de atenção à saúde.

Fonte: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_22906927.pdf

Para conhecer as linhas de cuidado da SMS-RJ, acesse:
subpav.org/index.php?p=prot

QUINTO DIA

MANHÃ

OBJETIVOS:

- Abordar a Definição e a relação de Contrato de Gestão e Avaliação de Desempenho;
- Apresentar alguns Indicadores do Contrato de Gestão;
- Apresentar o Placar da Saúde;
- Definir Orientação Comunitária;
- Relacionar Orientação Comunitária e Placar da Saúde;
- Conceituar informação e Sistema de Informação;
- Apresentar alguns Sistemas de Informação em Saúde;
- Discutir e ressaltar a importância do *Accountability*/Seminário de Gestão para toda a equipe;
- Enfatizar a importância do registro das informações no Prontuário Eletrônico.

ATIVIDADES:

- Resgate da discussão do dia anterior.
- Apresentação dialogada em Power point abordando os eixos temáticos abaixo:
 - a) Contrato de Gestão;
 - b) Indicadores;
 - c) Avaliação de Desempenho;
 - d) Indicadores do Contrato de Gestão com seus respectivos eixos e variáveis;
 - e) Seminário de Gestão;
 - f) Certificação de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade – CRCQ;
 - g) Placar da Saúde.



TEMPO SUGERIDO: 8H ÀS 9H



PENSE NISTO!

CONTRATO DE GESTÃO

Gestão compartilhada da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) e Organizações Sociais de Saúde (OSS). A SMS responsabiliza-se pela definição das diretrizes norteadoras da gestão, acompanhamento e fiscalização das ações estabelecidas no Contrato de Gestão para as OSS. Às OSS cabe a execução das atividades e atribuições contratuais bem como a prestação de contas e de resultados assistenciais alcançados.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

- Indicadores e metas definidos no Contrato de Gestão;
- Baseada nas informações produzidas no cotidiano dos serviços;
- Importância do registro no prontuário eletrônico;
- Melhoria da qualidade da atenção;
- Subsidia decisões que atendam a real necessidade da população levando resultados e impacto nas condições de saúde;
- Pagamento por performance.

INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO COM SEUS RESPECTIVOS EIXOS E VARIÁVEIS

VARIÁVEL 1

Incentivo institucional à gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS). Composta por 20 indicadores, com objetivo de induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS.

VARIÁVEL 2

Incentivo à qualificação das unidades de saúde. A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 21 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico.

VARIÁVEL 3

Incentivo à gestão da clínica. A variável 3 é composta por 13 indicadores de vigilância e consiste em um recurso pago trimestralmente - com o objetivo de qualificar os processos

assistenciais tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) por trimestre é de 300 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do profissional no trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

SEMINÁRIO DE GESTÃO/ACCOUNTABILITY

Accountability traz implicitamente a responsabilização pessoal pelos atos praticados e explicitamente a exigente prontidão para a prestação de contas, seja no âmbito público ou no privado. Na verdade, no cenário atual, ele carrega um significado maior e vem sendo cada vez mais utilizado na gestão.

CERTIFICAÇÃO DE RECONHECIMENTO DO CUIDADO COM QUALIDADE – CRCQ

O processo de Certificação das Unidades da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro teve início no ano de 2012 e seu objetivo é reconhecer a prestação do cuidado com qualidade aos usuários.

PLACAR DA SAÚDE

“O placar da saúde é um relatório de acompanhamento das metas, no qual todas as unidades de atenção primária à saúde devem expor em local visível à população mantendo a atualização mensal dos indicadores de saúde ali apresentados”.

Fonte: www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

SEGUNDO MOMENTO DA MANHÃ

OBJETIVOS:

- Reconhecer as práticas educativas como ferramentas de trabalho para construir coletivamente o cuidado em saúde;
- Identificar e construir possibilidades de práticas educativas vinculadas ao diagnóstico do território;
- Desmistificar a ideia de que o profissional é o único que tem o saber construindo os conceitos de aprender e ensinar como interdependentes no processo educativo.

ATIVIDADES:

- Preparar uma atividade educativa a partir dos postais da Série da Promoção da Saúde.
- Preenchimento da matriz da atividade educativa que está na página 83.
- Apresentação "Como trabalhar com os postais na APS"



TEMPO SUGERIDO: 9H ÀS 11H15

Para sistematizar os debates, fazer a leitura e reflexão do conteúdo do Texto de Apoio nº 05: Promoção da Saúde - página 61 e Texto de Apoio nº 06 - Instrutivo para utilização dos postais da série colecionador saúde I - página: 66.

TERCEIRO MOMENTO DA MANHÃ

OBJETIVOS:

- Discutir a caderneta do usuário;

ATIVIDADES:

- Discutir a caderneta do usuário.



TEMPO SUGERIDO: 11H15 ÀS 12H

TARDE

OBJETIVOS:

- Controle social – compreender a potência da participação social e ampliar o grau de comunicação entre equipe, gestores e usuários;
- Conhecer as diferentes formas de participação social;
- Refletir sobre a educação popular em saúde e suas possibilidades na ESF.

ATIVIDADES:

- Discussão da situação problema na página 84.
- Perguntas disparadoras:
 - a) De que forma a participação popular poderia contribuir para que o problema não acontecesse? Pensar nas soluções.
 - b) Em relação ao conselho distrital como essa discussão se daria?
 - c) Existem diferenças entre o colegiado de gestão local e o conselho distrital?
- Cada subgrupo apresenta suas considerações.
- Discutir a participação popular e como ela se dá nas diversas instâncias.
- Apresentar os conceitos, constituição, papéis e como funciona na área. Convidar um membro de cada instância para falar de sua prática (conselho gestor local e distrital).
- Aplicação do pós-teste e do Instrumento de Avaliação do Curso.
- Avaliação e encerramento do introdutório .



TEMPO SUGERIDO: 13H ÀS 17H

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

O fortalecimento do SUS e principalmente a ampliação da Estratégia Saúde da Família tem possibilitado que um grande número de profissionais de saúde passe a atuar muito próximo da realidade da população atendida. Assim, um crescente número de profissionais vem sendo despertado para repensar suas práticas assistenciais para torná-las mais integradas aos interesses e à cultura da população. Mas isto não é fácil. Não basta querer se integrar. É preciso saber fazê-lo. O mundo popular é marcado por valores, interesses e modos de organizar o pensamento e a rotina de vida muito diferente daqueles que orientam o ambiente cultural de origem e os saberes científicos de grande parte dos profissionais de saúde (Adaptado de Mourão, 2014, Caderno de Educação Popular em Saúde).

Neste sentido, a educação popular possibilita que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular. A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente (GOMES; MERHY. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.27, v.1, p.7-18, 2011).

PARA IR ALÉM... VALE LER!

Caderno de Educação Popular e Saúde -Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf

Caderno de Educação Popular em Saúde – Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf



TEXTOS DE APOIO

TEXTO DE APOIO 1 – ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com Starfield (2002) há quatro atributos essenciais que conjuntamente definem o serviço da Atenção Primária à Saúde:

Acesso – implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou episódio de saúde. Isto é, a população tem um serviço disponível a cada vez que ocorre um problema ou necessidade em saúde. As Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família deveriam ser os lugares onde as pessoas procurassem inicialmente nessas situações, devido à facilidade de acesso.

Longitudinalidade – requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. As relações entre a equipe de saúde e os usuários na Atenção Primária são contínuas e de longa duração, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. Isso significa uma atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo. As pessoas recebem acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e no processo de envelhecimento.

Integralidade – supõe a prestação, pela equipe de saúde, do conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Implica, então, realizar a atenção integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas.

Coordenação da atenção – implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento em outros pontos da rede. Coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados.

Além dos atributos gerais da Atenção Primária, a SF possui atributos complementares:

a) **Orientação comunitária:** o conhecimento das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a mesma, considerando os diferentes contextos nos quais a população está inserida – domicílios, espaços comunitários, de trabalho e outros. Envolve também o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

b) **Orientação familiar:** a relação da equipe de saúde com a família é o foco central da estratégia. Os profissionais destas equipes devem ter postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença, compreendendo a grande influência do ambiente, a estrutura e a dinâmica familiar nesse processo. As equipes devem priorizar a abordagem integral, buscando compreender a família de forma sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises.

c) **Competência cultural:** os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades, para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, para facilitar a relação com as populações culturalmente diversas. Tais conhecimentos envolvem capacidade de escuta e de manejo das situações adversas, desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias, comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias.

De acordo com Mendes (2011), uma APS de qualidade só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais:

a) **Resolubilidade:** inerente ao nível de atenção primária. Significa que ela deve ser resolutive, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população.

b) **Comunicação:** expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

c) **Responsabilização:** implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

TEXTO APOIO 2 - COMPREENDENDO O CONCEITO DE TERRITÓRIO/ TERRITORIALIZAÇÃO

As equipes de APS trabalham em um território adscrito, com isso, precisam conhecer o contexto de vida local dos usuários, ter a capacidade de escutar, acolher e compreender as necessidades da comunidade para encontrar as possíveis estratégias de resolução dos problemas de forma compartilhada.

O reconhecimento do território para além da delimitação geográfica significa caracterizar a população que reside neste território, conhecer quais são as relações estabelecidas, sua cultura, os hábitos e as condições de saúde que interferem no processo saúde-doença (SANTOS; RIZOTTO, 2011).

Territorialização

O foco da territorialização na APS está em estabelecer o território da área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF, e sua microárea, que é o território de responsabilidade de um ACS.

É o reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica em processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, epidemiológicos e sanitários que posteriormente, devem ser interpretados segundo o mapa básico e os mapas temáticos. Os dados epidemiológicos, sócio-econômicos, ambientais e de produção de serviços são referenciados a pontos ou áreas do mapa. O mapa básico contém a delimitação territorial, com o desenho da área, ou seja, contém a delimitação dos bairros, ruas, contemplando o adensamento demográfico da população. Os mapas temáticos implicam, em primeiro lugar, a localização espacial dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais, como creches e escolas, e a delimitação das vias de acesso da população aos serviços. Estas medidas fornecem uma ideia dos fluxos de demanda às diversas unidades de saúde locais.

Cadastramento Familiar

O cadastro familiar objetiva conhecer as famílias adscritas do território de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF), assim constituem uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família. Este é um instrumento fundamental para a ESF porque é, a partir dele, que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.512, 2012.

FERREIRA, M.A.; CORDÓN J. Abordagem de comunidades nas práticas de saúde. Disponível em <http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/0/730d46d4a631922c03256e66003b370c?OpenDocument>

TEXTO DE APOIO 3 – COMO ABORDAR A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA APS

A Estratégia Saúde da Família concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises, não dissociada de seu contexto comunitário e das relações sociais. A família deve fazer parte do processo de cuidado das equipes de Saúde da Família.

O que é família?

Cada família é “uma família”, na medida em que cria os seus próprios problemas e estrutura as suas formas de relação, tendo suas percepções, vínculos e especificidades próprias. “Não existe família enquanto conceito único. Existem diversas configurações familiares, dependendo do tipo de vínculo. Este vínculo é que vai oferecer o sentimento de pertencimento, habitat, ideais, escolhas, fantasias, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo” (COSTA, 1999).

Cada família tem uma cultura própria, onde circulam seus códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações. Assim, o tema Família refere-se a uma realidade muito próxima de cada um de nós. O significado, o sentido, os sentimentos despertados são diferentes, de acordo com cada experiência familiar. Isso, muitas vezes, dificulta a percepção e o entendimento dos profissionais de saúde em relação às configurações familiares dos usuários, pois as referências individuais, culturais e sociais são diferentes.

E para terminar, aqui vão algumas dicas bem práticas!

- Evite julgamentos baseados em qualquer tipo de preconceito. Só será possível conversar com uma família em prol do seu desenvolvimento se você puder ouvi-la sem julgar ou reprimir.
- Priorize atendimento mais imediato às famílias com maiores vulnerabilidade/dificuldades psicossociais.
- Reconheça e valorize os saberes e os recursos encontrados pela família na convivência diária com o sujeito em sofrimento psíquico.
- Fique atento (a) aos movimentos “saudáveis”, ainda que sejam mínimos, e discuta-os com

a família. Muitas vezes, a convivência diária não permite perceber tais mudanças.

- Construa junto com as famílias alternativas de mudança e de promoção dos cuidados familiares da pessoa com sofrimento.
- Promova sempre o diálogo e a troca de experiências entre todos, nas reuniões com a (s) família (s), nas consultas e visitas domiciliares. Deste modo, todos terão a oportunidade de se expor a mudanças e compreender o que está acontecendo. Isto amplia possibilidades de obtenção de resultados eficazes.
- Crie o hábito de fazer anotações sobre cada atendimento realizado e, sempre que possível, discuta seu trabalho com seus colegas de equipe, compartilhando dúvidas, certezas, limites e possibilidades. Registros escritos preservam histórias, constroem histórias...
- Não se assuste, nem reaja com base em fortes sentimentos, “positivos” ou “negativos”, que determinadas pessoas e famílias mobilizam. Nestas situações, melhor será adiar uma resposta ou conduta clínica e buscar ajuda de sua equipe de saúde ou supervisão especializada.
- Busque discutir as situações que você tem mais dificuldades com sua equipe de saúde e busque também o apoio dos profissionais do CAPS, do NASF ou de outros especialistas da Saúde Mental.

Considerações finais

Para um cuidado integral, a abordagem familiar é uma importante estratégia. Mas, estruturar uma abordagem a partir da família exige dos profissionais de saúde abertura e visão ampliada, isto é, uma visão que acolha as diferentes constituições familiares e diferentes sentimentos.

Quando o foco é a família, torna-se fundamental a abordagem que vai além das dificuldades e de soluções previamente estabelecidas. Assim, por exemplo, uma ação de fortalecimento dos cuidados familiares às pessoas vulneráveis não deve estar apoiada somente naquilo que falta; pelo contrário, a ação deve nascer do que existe de recursos e fortalezas em cada família. Este modo de ver e cuidar pode representar importante princípio orientador que estimula a participação da família no processo de enfrentamento de dificuldades, quaisquer que elas sejam.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

VIVA COMUNIDADE. Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde. *Diminuir para somar*. Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas. Disponível em: http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf.

MARICONDI, A.M.; SILVA, M.C.P. Conversando sobre os papéis e a divisão dos cuidados na família. In: TODA HORA E HORA DE CUIDAR (MANUAL DE APOIO): Unicef, 2013.

TEXTO DE APOIO 4 - TRABALHANDO COM GRUPOS

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Primária. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc.

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos. A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes alguns de seus objetivos. Contudo, muitas vezes prevalece um tipo de prática que, parafraseando Campos (2003) com a ideia de “clínica degradada”, poderíamos chamar de degradação dos grupos: as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a sessões informativas reiteradas, questões que, muitas vezes, estão por trás da chamada “não adesão” dos pacientes.

Vários questionamentos podem ser feitos por usuários: “Para que frequentar um grupo se eu sou diabético? Para escutar toda semana que não devo comer doce? Ou que devo caminhar? Será que faz sentido?”. Na ânsia de se tentar manter a adesão aos grupos, medidas coercitivas como distribuição da medicação somente neste contexto, ou sedutoras, oferecendo lanches ou prêmios, acabam se tornando usuais, prejudicando ainda mais o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas positivas. Mas, se não funciona, por que as equipes mantêm esse tipo de prática? Geralmente porque não sabem fazer diferente.

O modelo biomédico que tradicionalmente embasa a formação dos profissionais de saúde, e não apenas dos médicos, exige uma postura ativa onde eles se coloquem como aqueles que têm as soluções e as respostas, que orientam e resolvem, deixando o usuário em uma posição passiva, compatível com sua denominação de “paciente”. Esse tipo de modelo reflete a formação dos trabalhadores em saúde, e a possibilidade de sua transformação está intimamente associada ao desenvolvimento de uma abordagem nova, centrada no usuário, e não no atendimento e na intervenção dos profissionais. Faz-se necessária atitude receptiva a esse sujeito, acolhendo suas questões pessoais, subjetivas, seus dramas familiares e sociais, suas dificuldades... Questões para as quais, muitas vezes, não temos respostas.

Em geral, nos hospitais e nos ambulatórios fechados, esses temas não frequentam os consultórios e atendimentos aos leitos, onde o contato é controlado, restrito, focado. Mas, na Atenção Primária, faz-se necessário poder trabalhar abordando esses problemas e sofri-



mentos. Ou seja, faz-se primordial transformar a prática para efetivamente se criar o grupo. Essa transformação gera adesão, continuidade e valorização do espaço grupal. Se me oferecessem oportunidade de ter trocas vitais e verdadeiras com pessoas que lidam com problemas parecidos e, se entre nós, fôssemos estimulados a buscar alternativas e soluções, por que eu não iria? Essa mudança na forma de condução dos grupos e na postura dos profissionais acaba gerando mudanças nos usuários, transformando também a sua postura, com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da autonomia e da própria capacidade de criar soluções para suas dificuldades.

Assim sendo, podemos dizer que as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Primária são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais.

Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção.

Entre essas atividades, destacam-se:

- **Terapia comunitária:** a abordagem desenvolvida por Adalberto Barreto e hoje presente em todo o País oferece espaço e suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha a formação adequada, constitui-se em importante ferramenta de promoção e prevenção em termos de saúde mental. Apesar disso, não se propõe a ser espaço terapêutico de transtornos mentais específicos, sendo mais um momento de fortalecimento, apoio, reestruturação e socialização para muitos usuários.

- **Grupos de convivência:** tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, têm demonstrado efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão. Os trabalhos manuais costumam ser parte importante da rotina desses grupos, assim como atividades sociais como passeios e festas. Diferem das oficinas especializadas para pacientes com transtornos mentais graves, como as realizadas em unidades como os CAPS, mas, por acontecerem na unidade, dentro da comunidade, possuem ação particularmente importante de reintegração social dos pacientes. Nos contextos de isolamento produzidos pelo aumento da violência urbana e pelas limitações e fragilidades da velhice, esses grupos

têm se mostrado muito potentes para ressignificar as escolhas de vida desse grupo etário.

– **Grupos de mulheres:** os grupos com mulheres têm sido realizados em unidades de Atenção Primária no País há muitos anos, porém com poucos relatos publicados ou estudos de acompanhamento realizados. De maneira geral, estruturam-se como grupos de apoio e suporte, possibilitando espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão e reforço da autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe. Contribuem para a redução da busca espontânea da unidade por pacientes com queixas físicas sem explicação médica. Costumam ser grupos abertos, sem temas definidos, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos. Neles, podem se aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas das mudanças de ciclo vital (menopausa, crescimento dos filhos, aposentadoria etc.).

Enquanto metodologias de trabalho de grupo podem-se destacar também:

– **Grupos operativos:** na década de 1940, o psicanalista argentino Pichon-Riviére definiu o grupo operativo como conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo e estabelecendo vínculos. O grupo operativo deve ser dinâmico (fomentando a comunicação e a criatividade), reflexivo (principalmente na avaliação das dificuldades que levam o grupo a não resolver uma tarefa, por exemplo), democrático (usando o princípio da autonomia, em que o grupo define as ações e prioridades).

– **Grupos terapêuticos:** além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Existem algumas características importantes com relação a esta modalidade de grupo: baseiam-se no compartilhamento de experiências, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema e do autocuidado, no compromisso do sujeito com suas ações, na construção de objetivo comum entre o grupo, na criação de estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.

– **Grupos motivacionais:** existe a possibilidade de serem desenvolvidos grupos motivacionais que adaptam técnicas utilizadas na terapia breve. A intenção principal consiste em focar atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de comportamento. Para tanto, é fundamental que o grupo esteja efetivamente comprometido em realizar as mudanças necessárias e compreenda sua situação como um problema a ser solucionado. Esses grupos podem ser muito úteis em situações nas quais os sujeitos necessitem adquirir e fortalecer compromisso ou ampliar o desejo de mudança.



Fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo. Alguns aspectos descritos a seguir são importantes de serem considerados durante a estruturação de um grupo e mesmo durante os próprios encontros grupais. São eles:

• **Estrutura básica de um encontro de grupo:**

Um encontro grupal é geralmente composto por três fases: apresentação, desenvolvimento e encerramento. A apresentação é o início do contato dos participantes com o grupo e da criação do vínculo, momento onde é apresentada a metodologia de trabalho e utilizadas técnicas de apresentação e de descontração. A técnica que pode ser utilizada, por exemplo, é a de jogar uma bolinha de borracha para a pessoa que deve falar. Funciona muito bem para faixas etárias mais jovens. Outra forma é utilizar a ordem em que as pessoas estão sentadas, ou a ordem em que chegam ao encontro. O importante é quebrar a regra comum, pois as pessoas ficam mais atentas.

A segunda é a fase de desenvolvimento propriamente dita, subdividida em três momentos: aquecimento, no qual é introduzido o tema do encontro; aprofundamento, no qual o tema é explorado de forma mais extensa e detalhada; e o terceiro, processamento, no qual é dado o feedback ou devolução sobre o tema abordado. Não é interessante deixar pendências para os encontros subsequentes, embora algumas vezes o planejamento sofra alterações ao longo do encontro, de acordo com demandas apontadas pelos participantes do grupo. A terceira é a fase de encerramento. Neste momento, são utilizadas técnicas de fechamento buscando sintetizar ou encaminhar a discussão para o seu final. Além disso, no encerramento, também costuma ser realizada uma pequena avaliação do encontro ou das atividades do grupo como um todo.

• **Contratualização:**

A contratualização ou pactuação inicial de regras em um grupo é fundamental para seu sucesso. As regras de funcionamento devem ser explicitadas e justificadas logo no início da atividade. Quando uma regra não explícita for apresentada durante o processo grupal, é importante que esta seja discutida, buscando consenso entre os integrantes. Portanto, certa flexibilidade e negociação quanto às regras são desejáveis, desde que isso não prejudique a interação.

É importante reforçar que o momento de pactuação e apresentação das regras pode ser manejado diferentemente, a depender do tipo de grupo. Por exemplo, se um grupo sempre se reúne com as mesmas pessoas, não há sentido realizar a cada encontro a apresentação e a pactuação das regras. Estas podem ser trabalhadas sempre que chega algum membro novo ou quando as regras precisam ser revistas ou fortalecidas. No caso da apresentação

dessas regras no início desse mesmo tipo de grupo exemplificado, é interessante fazer uma rodada de “como vão as coisas”, ou seja, de socialização dos sentimentos atuais (novidades) de cada membro.

O sigilo deve fazer parte da pactuação inicial, lembrando aos participantes que todos, naquela circunstância, estão expostos da mesma forma. Quando alguma quebra de sigilo ocorrer, cabe ao facilitador ficar atento. Em nenhum momento, esse processo deve ser conduzido de forma a julgar ou condenar alguém, requerendo-se habilidade e parcimônia da parte do facilitador para mediar possíveis conflitos entre os participantes.

• **Dinâmicas de grupo:**

Constituem-se em formas de atuação com grupos. Em geral, são utilizadas para provocar algum tipo de mobilização ou de reflexão nos participantes. Essas reflexões visam trazer ao debate temas diversos, como crenças e noções dos participantes a respeito de algo, sobre a forma como o grupo se comporta ou mesmo sobre o comprometimento e as expectativas com os resultados da atividade. Além disso, essas dinâmicas podem ser utilizadas para “acordar” as pessoas, aquecê-las física ou mentalmente para o início de um debate. Esses momentos podem ser propícios para o autoconhecimento, reflexões coletivas ou difusão de informações sobre algum tema específico.

Um dos objetivos das dinâmicas é estimular as pessoas a expressarem suas vivências ao grupo. É possível encontrar ampla gama de dinâmicas com diferentes objetivos e metodologias. Na leitura complementar, são apresentadas algumas fontes que podem auxiliar no trabalho quando houver necessidade de utilizar dinâmicas de grupo, lembrando que elas não são uma panaceia e devem ser utilizadas com critério.

• **Comunicação:**

A comunicação é o cerne de qualquer atividade em grupo. O facilitador deve estar atento para a comunicação não verbal que ocorre durante os encontros, uma vez que pode apontar para diferentes sentidos aquilo que está sendo expresso em palavras. A cooperação e a comunicação dentro de um grupo favorecem o aprendizado e as mudanças de atitude. É muito importante que seja mantido clima de espontaneidade e empatia diante das experiências relatadas nos encontros. Nesse sentido, é essencial estar atento a situações que possam estar associadas a conflitos variados, por exemplo, um desentendimento ou discussão entre os participantes, que devem ser trabalhados, e não esquecidos.

• Características do moderador/facilitador:

Na equipe de saúde, deve ser identificado o integrante que apresenta melhores características e afinidades com o tipo de grupo que está sendo proposto (ou que está situacionalmente mais disposto ou com mais condições). Para que a atividade tenha êxito em seus objetivos, o facilitador deve acreditar na proposta e gostar de trabalhar em grupo. Isso auxilia tanto na pactuação quanto no manejo das situações que podem ocorrer nos encontros, pois os participantes percebem de imediato as reações do facilitador, ainda que sutis ou disfarçadas. Além disso, é demandado ao facilitador manter alto grau de respeito pessoal, coerência e ética em suas condutas, proporcionando ambiente seguro para que os integrantes possam expressar-se sem receio de serem julgados.

Atitudes de paciência ativa e tranquilidade permitem que os integrantes tenham tempo suficiente para adquirir confiança no ambiente e ultrapassar algum período de ansiedade ou desconfiança inicial que possa estar ocorrendo. É importante também que o facilitador tenha um bom poder de síntese, seja empático, conheça as técnicas e o planejamento realizado antes do início do grupo, mantendo sempre certa humildade diante do desconhecido que certamente vai ocorrer no percurso do grupo.

Seguem pequenas dicas que podem ajudar na montagem e condução desses grupos:

- Planejem a atividade discutindo coletivamente (se possível, com toda a equipe) a finalidade desse novo grupo: a que se destina? Quem serão as pessoas convidadas a participar? E quais resultados se espera atingir com ele? Quais as demandas territoriais existentes?
- Para uma boa interação, o grupo deve ter idealmente entre 12 e 16 pessoas, e dispor de um local onde possam conversar sem serem interrompidos durante uma hora e meia a duas horas.
- É sempre bom que a condução seja compartilhada por pelo menos duas pessoas da equipe: isso permitirá que, enquanto uma conduz os debates e a circulação das falas, por exemplo, a outra fique atenta a manifestações não verbais que possam mostrar apreensão, medo, desconforto e ansiedade. Assim, essas emoções poderão ser trabalhadas e isso melhorará o clima do grupo como um todo.
- A cada sessão é fundamental propiciar a circulação das falas, estimular a conversa lateral (isto é, a fala entre eles, e não somente dirigida aos facilitadores), acolher e apresentar os novos membros. Para tal, perguntas que estimulam a descrição funcionam melhor que perguntas do tipo sim ou não. Por exemplo: “Como foi que vocês tiveram o diagnóstico da sua doença? O que sentiram naquele momento? O que estava se passando em suas vidas?”

São perguntas melhores que: “Foi difícil receber o diagnóstico dessa doença?” Ou: “Vocês conseguem cumprir as indicações dietéticas?”, porque essas perguntas podem ser rapidamente respondidas por sim ou não e interrompem a circulação das falas. Já as descrições e a transmissão de experiências ecoam nas pessoas e colaboram para que cada uma examine sua própria experiência e com as demais debatam as estratégias utilizadas para lidar com a doença.

- Também é importante resumir no início de cada sessão os objetivos do grupo e, no final, dar um fecho à conversa resumindo um pouco o que se passou naquele encontro.
- Ainda, reservem sempre uns 20 ou 30 minutos no final para analisar entre os facilitadores como foi o encontro de grupo. É importante ter um pequeno diário para registrar as mudanças que vão se produzindo nas pessoas (i.e.: quem nunca falava um dia fala), eventos marcantes (alguma revelação, confissão ou dica compartilhada etc.).
- Os facilitadores do grupo cuidam do espaço, cuidam de que o grupo aconteça e para tal: preparam o local para receber as pessoas, devem ser sempre pontuais e não permitir que o grupo seja interrompido. Isso implica um gentil convite aos participantes dos grupos a desligarem seus celulares e na solicitação a toda pactuação com a equipe de saúde para priorizar a atividade de maneira que ela não seja nem suspensa, nem interrompida. A continuidade é base da confiabilidade no grupo e isso é a matéria-prima desse tipo de trabalho. Em geral, as pessoas gostarão de voltar se tiverem a impressão de terem compartilhado de uma experiência verdadeira. Para isso, é fundamental que percebam que os facilitadores realmente estavam a fim de estar ali, dedicados por inteiro ao grupo.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, pág. 67-73, 2014.

TEXTO DE APOIO 5 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde faz parte da nossa vida. No cotidiano, praticamos a Promoção quando as crianças estão nas escolas aprendendo, quando temos boas condições de moradia, ao nos relacionarmos gentilmente com nossos familiares, amigos e pessoas no trabalho, quando temos condição de manter hábitos mais saudáveis, ao exercermos nossos direitos de cidadãos e participarmos da vida comunitária. É um ato político que orienta a vida em sociedade, no sentido de construir e manter condições para uma vida saudável e de estabelecer relações solidárias.

No âmbito das políticas públicas e da rede de serviços de saúde, identificar e divulgar boas práticas para a promoção da saúde é de suma importância. Projetos e programas que promovam um diálogo com os profissionais e com a comunidade têm mais chances de dar certo.

Assim, os determinantes e condicionantes de saúde (estilos de vida, condições de trabalho, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, transporte, lazer, bens e serviços essenciais) compõem o planejamento das ações de promoção da saúde e da prevenção dos agravos. Neste caso, o planejamento deve considerar a singularidade dos sujeitos, as coletividades, os modos de produção e organização do trabalho e os contextos sociais.

Cabe citar a Carta de Ottawa (1986), formulada na Conferência Internacional de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como marco político estruturante para as políticas de promoção da saúde, ampliando sua concepção e definindo eixos estratégicos para seu desenvolvimento:

- O estabelecimento de políticas públicas saudáveis;
- A criação de ambientes favoráveis à saúde;
- O reforço da ação comunitária;
- O desenvolvimento de habilidades pessoais para a produção de autonomia;
- A reorientação dos serviços de saúde.

Ao incluirmos a definição destes eixos estratégicos, diversas questões emergem para a organização dos serviços de APS e para o desenvolvimento das ações de saúde. Avanços nos conceitos de cidades saudáveis e de ambientes favoráveis à saúde, ampliando as políticas e as ações para além do setor saúde. A compreensão do impacto dos hábitos e estilo de vida na condição de saúde.

Por que será que mudar estilos e hábitos de vida é tão difícil? O estilo e os hábitos de vida envolvem questões sociais, econômicas, políticas e culturais, não sendo suficiente apelar apenas para as proibições. É preciso investir nas ações motivacionais, educativas, de apoio e acompanhamento, considerando que há nos hábitos uma relação direta com o prazer. Que iniciativas podem ser pensadas para estimular e ampliar a autonomia das pessoas no cuidado com a saúde? Que estratégias precisam ser reforçadas, considerando que geram resultados positivos para a vida (e para a saúde) das pessoas? Como fortalecer a agenda de mudanças da Promoção da Saúde nos diferentes contextos?

DIVERSIDADE E EQUIDADE

O trabalho para a redução das desigualdades étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação sexual, de caráter religioso, entre outros, requer um profundo investimento nas ações políticas, de conscientização e de defesa dos direitos humanos e de educação em saúde.

Um importante desafio diante das iniquidades é desenvolver estratégias que incorporem ações concretas, **privilegiando e dando visibilidade** às populações reconhecidamente vulneráveis.

A população negra, os quilombolas, a população indígena, a população institucionalizada, a população que vive em situação de rua, e outros grupos em desvantagem social, exigem tomadas de decisão do poder público e da sociedade em defesa da vida de todos.

Para combater a violência homofóbica e o preconceito e promover políticas públicas balizadas na cultura de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro criou, em 2011, a Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual/ CEDS-Rio que vem atuando em estreita parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

PROMOÇÃO DA SOLIDARIEDADE E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS

As diversas formas de violência, sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva exigem ações no âmbito do setor saúde. Fortalecer ações de proteção das crianças e adolescentes, em consonância com o Estatuto e ampliar a visibilidade dos agravos, com a notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes para atuar em consonância com os Conselhos Tutelares. A partir de 2009 é regulamentado o Núcleo de Promoção da Solidariedade

e Prevenção das Violências, no âmbito da saúde, como um núcleo coordenador e promotor de ações colegiadas e intersetoriais para o planejamento, implantação, monitoramento e avaliação de políticas e ações para a prevenção e assistência as pessoas em situação de violência, em diferentes ciclos de vida. A promoção da cultura de paz e adoção da mediação de conflitos como estratégia consensual de resolução de controvérsias tem possibilitado a transformação da “cultura do conflito” em “cultura do diálogo” na medida em que estimula a resolução dos problemas pelas próprias partes. A valorização das pessoas é um ponto importante, uma vez que são as pessoas os atores principais e responsáveis pela resolução da divergência.

TRÂNSITO

Promover uma mudança coletiva de consciência, capaz de transformar a realidade complexa como a dos acidentes e violências associados ao trânsito é um importante desafio para o campo da saúde integrado a outras Secretarias, como a Secretaria de Transporte, a Secretaria de Educação e outras.

A Década de Ações para a Segurança no Trânsito promovida pela **Organização Mundial da Saúde (OMS)** envolve centenas de países com o objetivo de preservar cinco milhões de vidas nos próximos dez anos, por meio da prevenção de acidentes de trânsito. O Brasil está entre os países que assumiram o compromisso de desenvolver ações em prol da mobilidade urbana e do trânsito seguro.

Na SMS-Rio, o trabalho está pautado pelos projetos Mobilidade, Segurança, Cidadania e Vida no Trânsito, desenvolvidos com o apoio do Ministério da Saúde. As iniciativas combinam pesquisas, projetos educativos e ações intersetoriais.

PROTAGONISMO JUVENIL

Considerar os jovens como sujeitos de intervenções e de ações transformadoras de seus contextos sociais e promover a saúde dos adolescentes e jovens com a experiência de Rede Adolescentes Promotores de Saúde – Projeto RAP da Saúde é uma estratégia prioritária da Promoção da Saúde no âmbito da SMS-RIO.

O Programa tem como base dois conceitos chaves: o protagonismo juvenil e o da educação entre pares. A educação entre pares pressupõe que os jovens são interlocutores privilegiados em seus territórios, já que compartilham os mesmos códigos e experiências. Os jovens desenvolvem potencialidades para o enfrentamento de vulnerabilidades e para o

autocuidado, minimizam comportamentos de riscos e aumentam o compromisso com o desenvolvimento das suas comunidades e seus projetos de vida.

O Programa potencializa a aproximação dos jovens com as Unidades de Saúde da APS. Para além de usuários, tornam-se parceiros, atores sociais importantes para a promoção da saúde.

TABAGISMO

Ao longo dos últimos anos, o controle de tabagismo obteve muitas conquistas no Brasil. As cinco linhas definidas pelo Ministério da Saúde, relacionadas abaixo, são marcos orientadores para o desenvolvimento das ações:

- Ambientes 100% livres de fumo (Decreto Municipal nº 29.284/2008 e Lei Estadual nº 5.517/2009);
- Oferta pública de tratamento para deixar de fumar;
- Prevenção da iniciação no tabagismo;
- Mobilização em datas comemorativas;
- Divulgação da legislação.

De fato, estas estratégias são impactantes para a redução da prevalência de fumantes, especialmente pela oferta pública de tratamento para deixar de fumar e pelo investimento na prevenção da iniciação no tabagismo. Além disso, há a Lei que restringe o ambiente para fumantes com a meta de alcançar ambientes 100% livres de fumo.

Em que pese à progressiva redução ano a ano, os desafios não são poucos. Um fator que chama atenção é a baixa escolaridade que se apresenta como elemento importante associado ao tabagismo. Os achados do VIGITEL (2014) revelam que o hábito de fumar é maior entre pessoas com até oito anos de escolaridade (16%), quase o dobro da frequência observada entre as pessoas com 12 anos ou mais anos de estudo (9%).

ATIVIDADE FÍSICA

O sedentarismo aumenta a vulnerabilidade para as doenças crônicas. De acordo com os dados da **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas** que é realizado por inquérito telefônico (VIGITEL), os índices de inatividade física na Cidade do Rio de Janeiro ainda são importantes.

Assim, a promoção da atividade física regular é fundamental para a proteção e a reabilita-

ção dos níveis de saúde da população carioca, impactando na redução das taxas de morbidade (adoecimento) e mortalidade (morte).

Com efeito, iniciativas como o **Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS)** busca tornar acessível a prática de atividade física com acompanhamento de profissionais qualificados. O objetivo é melhorar os indicadores de saúde das pessoas usuárias.

É estimulante para os usuários poder conhecer e acompanhar os efeitos na saúde. Em hipertensos e diabéticos a pressão arterial e o nível de glicemia mantiveram-se, na quase totalidade dos usuários, em nível normal, além da redução do peso, da redução na dosagem do medicamento de uso contínuo por prescrição médica, da melhora no desempenho da função respiratória, da melhora na autoestima, entre outros.

O incentivo e a oferta da prática de atividade física são iniciativas fundamentais para a reorientação do cuidado em direção à integralidade da atenção.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O direito universal à alimentação e à nutrição, o controle da qualidade dos alimentos colocados para o consumo, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, entre outros. As estratégias de promoção da alimentação saudável e de monitoramento do perfil nutricional da população constituem agenda prioritária para orientação das mudanças necessárias.

Alguns fatores são preocupantes, como o sobrepeso, a obesidade, a proliferação de dietas que são adotadas sem qualquer critério e avaliação profissional, o cuidado com os alimentos e o uso indiscriminado de agrotóxicos.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

2. BUSS, P.M. *Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

3. PAIM, J.S. *Vigilância da Saúde: tendência de reorientação dos modelos assistenciais para a promoção da saúde*. In: CZERESNIA D.; FREITAS; C.M. *Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

TEXTO DE APOIO 6 - INSTRUTIVO PARA UTILIZAÇÃO DOS POSTAIS DA SÉRIE COLECIONE SAÚDE I:

A série de cartões postais Coleção Saúde foi criada em 2007 pela Assessoria de Promoção da Saúde com o objetivo de promover a discussão sobre hábitos, atitudes e valores fundamentais para a vida.

Visando potencializar o uso do material foram realizadas duas oficinas com alguns dos profissionais que trabalham com a promoção da saúde na atenção básica na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes dividiram os postais em categorias, e para cada grupo foram pensados usos destes materiais. Esta é a base deste instrutivo em que as ideias foram reagrupadas e compõem sugestões para o uso dos cartões.

Para quem?

Crianças, escolares, adolescentes, mulheres, homens, jovens e idosos.

Profissionais de saúde, agentes comunitários, profissionais de educação, usuários em geral, usuários em grupos específicos e população.

Onde utilizar os cartões:

- unidades de saúde
- visitas domiciliares do PSF
- escolas (eventos ou atividades de rotina)

De que forma:

- sala de espera
- grupos educativos abertos e fechados
- roda de conversa
- consulta individual
- exposição na unidade de saúde
- display, varal, camelô da saúde
- distribuição em eventos

Algumas sugestões em que a imaginação e criatividade são os temperos!

Todos os temas dos postais

1) Escolha do postal/imagem conforme mensagem que se quer passar



Alguém inicia, mostrando um dos cartões:

- a) Criação coletiva de história: Era uma vez.... A história vai se desenvolvendo com a ajuda das pessoas.
- b) Desenhar para além do cartão. Isto significa continuar ou completar a imagem com desenhos, palavras ou outras ideias.
- c) Dar um cartão de modelo e distribuir vários cartões em branco e pedir para criar novos cartões – com materiais de arte e sucata distribuídos.
- d) Roda de conversa com diferentes grupos, propiciando troca de experiências entre os integrantes: o que a mensagem/imagem traz para cada um.

Considerações para concluir a dinâmica:

Quando a história ou o material ficarem prontos discute-se o sentido do que foi construído, sempre na perspectiva da promoção da saúde, da paz, da solidariedade e de outros valores que se queira evidenciar...

2) Brincadeiras coletivas baseadas no conteúdo/imagem de um cartão:

- a) Construção de material em cooperação e/ou concurso: redação, música, poesia, desenhos, pinturas, estórias...
- b) Utilização em formas de expressão, de acordo com as possibilidades materiais: dramatização, livro, histórias em quadrinhos ou animação.
- c) Confecção de pipas ou concurso da mais bonita ou da que melhor voa. Empinar pipas é muito interessante. Crianças e adultos gostam! Mas pode ser perigoso. No final deste instrutivo incluímos algumas instruções da Light para que essa brincadeira seja segura.

3) Confeccionar individual ou coletivamente, em cooperação ou por concurso um dos materiais:

- grande cartão para deixar na parede
- mosaico, com tiras de papel ou pano
- mural

- colcha de retalhos ou tapete com cenas diferentes que evidencie uma sequência de eventos ou várias histórias concomitantes.

Material: papel, papel laminado, papel reciclado, cartolina, papel cartão, pano, lápis, tinta, cola, tesoura, tiras de papel ou pano, sucata, como lã, tecido, paetês, miçangas, vidrilhos, purpurina...

4) Enviar ou dar um cartão para pessoas em que foi reconhecido algum dos problemas retratados, como forma de acolhimento. Gentileza, delicadeza e empatia com o outro deve reger esta ação para evitar constrangimentos. O diálogo tem que permear esta ação.

SUGESTÕES PARA TEMAS ESPECÍFICOS

Alguns temas podem ser agrupados neste momento, dentro do olhar da inclusão ou da discriminação. Em todos os casos é necessário que ao final o grupo reflita conjuntamente sobre caminhos a seguir.

a) Trabalho de resgate de memória afetiva e cultural, através da pergunta:

- O que me dá prazer na vida?
- Alimentação de sua região-frutas-lembrança da sua infância.
- Momentos especiais na diversidade.
- No caso da alimentação: Quais comidas são boas para saúde? O que eu gosto. O que faz bem?
- Em relação à família: como me relaciono com minha família? Meu parceiro? Meus filhos?

b) Trabalho de resgate de problemas e de momentos de discriminação em algum dos itens da diversidade:

- O que me levou a ficar aborrecido por ter sido vítima de preconceito ou de violência?
- No mesmo sentido, ao se falar de alimentação podem ser feitas as perguntas: Quais comidas não devem ser oferecidas às pessoas? Por que?
- Será que as coisas que eu gosto são saudáveis?



Essas perguntas podem ser respondidas através de várias técnicas, porém na discussão final devem ser avaliadas sob o ponto de vista da vida das pessoas, de sua cultura, e dos valores que as cercam. No caso do tema diversidade lembrar sempre do direito humano que cada um tem de viver sua individualidade. E que as coletividades têm direito à cidadania.

Em relação à alimentação lembrar sempre de estimular o que consta nos cartões: frutas, legumes e verduras e feijão com arroz. Evitando-se os alimentos que sabidamente não trazem saúde.

TEXTO APOIO 7 - COLEGIADO DE GESTÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOVER MUDANÇAS.

O Colegiado de Gestão é um espaço de pactuação, composto por um grupo de profissionais que representam todas as categorias/equipes que compõe a Unidade de Saúde, escolhidos por seus pares que, juntamente com o Gerente da unidade e representantes dos usuários se reúnem com periodicidade pré-determinada, com pauta, com o objetivo de discutir e deliberar sobre os problemas relativos à unidade, sob sua governabilidade, para exercer o gerenciamento participativo e democrático, a pactuação e responsabilização pelas decisões tomadas.

A implantação do colegiado de gestão possibilita um espaço de discussão permanente dos problemas de saúde, bem como da organização do processo de trabalho, buscando promover as mudanças necessárias à organização dos serviços.

Na gestão local da unidade de saúde se faz necessário estabelecer ações de enfrentamento da realidade local sistematicamente, mas os gestores sabem que promover mudanças nas rotinas estabelecidas demanda a participação de vários atores. Quando se faz isso em regime colegiado, pode-se ampliar a capacidade de gestão e obter algumas vantagens, a citar:

- As soluções e resultados obtidos da discussão colegiada são mais sustentáveis e duradouros do que os alcançados por um gestor ou um pequeno grupo de gestores;
- Processos colegiados produzem uma visão compartilhada por todos e enriquecida pela variedade de pontos de vista, competências e funções dos que são membros do colegiado;
- São também processos que podem ganhar maior governabilidade, porque têm o potencial de engajar representantes de todos os componentes da equipe da unidade e usuários;
- Outra vantagem é que os esforços e avanços alcançados pela Unidade passam a contar com vários “porta-vozes”, ou seja, pessoas que têm informações do que se passa no colegiado podem atuar como formadores de opinião. Podem estreitar as relações de trabalho e dar visibilidade à população das atribuições e competências, potencialidades e dificuldades daquela unidade.

A gestão colegiada, portanto, visa envolver os trabalhadores e usuários na tomada de decisão, de forma a criar a responsabilização dos mesmos em relação às decisões tomadas e às diretrizes do modelo assistencial do município, democratizando a gestão local.

Na formação do colegiado gestor, alguns pontos importantes na organização devem ser observados, tais como:

PARTICIPAÇÃO DOS COMPONENTES DO COLEGIADO: Tem como modo de implantação um processo seletivo em que sua configuração se dá pela escolha de representantes de todos os segmentos, através de eleição / indicação de trabalhadores, gestores e usuários e/ou legitimação de um grupo constituído.

É importante que o colegiado de gestão conte com os seguintes participantes:

- Gestor(es) da Unidade;
- Trabalhadores (representação de todas as categorias profissionais);
- Usuários (não sendo restrito às lideranças comunitárias).

Não existe regra fechada quanto à representação de cada segmento, sendo fundamental estimular a participação dos usuários.

Estimula-se que todas as Equipes de Saúde da Família daquela unidade estejam representadas no Colegiado de Gestão.

• **FREQUENCIA DAS REUNIÕES:** o calendário de reuniões deverá ser acordado com os membros do colegiado, mantendo a frequência necessária em relação aos temas que precisam de discussão pelo colegiado de gestão. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro orienta que os Colegiados de Gestão aconteçam na primeira semana de cada mês. As datas e horários devem estar afixados no mural de informação da Unidade. Orienta-se que sejam realizados na Unidade de Atenção Primária.

• **PAUTA DAS REUNIÕES:** a pauta das reuniões sempre deve ser construída coletivamente, de forma a garantir um espaço de diálogo cooperativo e de efetiva participação. Importante ter um tempo para os informes gerais.

• **METODOLOGIA A SEGUIR:** busca-se a sistematização das ações de enfrentamento dos problemas, propiciando um espaço de gestão capaz de discutir, planejar, avaliar e pactuar ações definidas. É preciso evitar a reprodução de estrutura hierarquizada e autoritária.

• **O REGISTRO DAS REUNIÕES:** orienta-se o registro de todas as reuniões em ata, para disponibilizar para os demais integrantes da equipe e interessados, e manter o histórico do que foi discutido e pactuado. Importante ler o que foi registrado e colocar a possibilidade de correção durante a reunião.

Apesar da importância da gestão colegiada no gerenciamento local, norteadas pelas orientações acima, é preciso ter cuidado para não cair nas “armadilhas”, que seriam os usos e funcionamentos inadequados do Colegiado de Gestão, levando à sua desvirtuação e não cumprimento do papel proposto:

- Deve-se evitar que o Colegiado de Gestão vire espaço apenas de informes, reivindicações e queixas. Isto pode gerar uma imobilização da gestão local e o não enfrentamento dos problemas e das discussões necessárias para organização do processo de trabalho;
- Há o risco de focalizar as discussões em questões que estão fora da governabilidade local, ou condicionar as mudanças necessárias a “ganhos” advindos de reivindicações feitas a outro nível da gestão. Isto gera um desgaste do colegiado, por não alcançar resultados e desmotiva a participação;
- É importante priorizar e garantir que este espaço seja mantido na agenda da unidade;
- Deve-se evitar a não formalização do colegiado perante o conjunto dos trabalhadores da unidade de saúde e usuários. A formalização é importante, porque é uma forma de garantir a representatividade dos membros, validando a proposta inicial de democratização das decisões e publicização das mesmas.

Concluindo, busca-se com a gestão colegiada a participação dos vários atores da unidade e dos usuários, possibilitando a divisão de responsabilidades e enriquecendo o processo de identificação de soluções coletivas para os problemas que surgem no seu cotidiano. É importante ressaltar a existência do colegiado de gestão não garante a democratização da gestão. Cabe aos participantes garantir que o colegiado de gestão seja de fato, um instrumento de construção coletiva.

Referências Bibliográficas:

1. www.race.nuca.ie.ufj.br/br/m1/texto02.html
2. DINIZ, K.M.R; TEIXEIRA,P.F.; OLIVEIRA, R.C. Relatório de avaliação da influência da gestão colegiada da secretaria municipal de Betim. Mimeo, 1999.
3. Recomendações para a orientação da Atenção Básica na rede municipal, SMSA-BH, Junho. Mimeo, 2003.

¹Texto elaborado por Silvana Benjamim Guimarães/GERASA – Norte, como contribuição para discussão do tema com o Colegiado de Gerentes da GERASA – Norte. Belo Horizonte, Agosto/2003.

BANCO DE CASOS

CASO 1 - FAMÍLIA SILVA - 1

José Eduardo Silva, 42 anos, trabalha como vendedor ambulante e procurou a Clínica da Família com queixa de dor de dente. Foi acolhido e atendido pelo dentista, que também fez a inserção no sistema de regulação (SISREG) para realizar tratamento de canal no Centro de Especialidade Odontológica (CEO). O profissional observou dentes escurecidos devido o uso de cigarro e tosse constante, que segundo José persiste há um mês, apesar de estar usando medicação prescrita na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), após ter sido atendido lá. O dentista, verificando que o Sr. José não era cadastrado, passou o caso para uma ACS da equipe, informando da tosse recorrente e a mesma agendou visita domiciliar.

Um mês depois a ACS foi à casa do Sr. José para cadastrar a família que se constitui de uma companheira, Ana Maria, 38 anos, grávida de cinco meses e sem pré-natal e três filhos menores. O menino de um ano e meio tinha a caderneta de vacinação desatualizada; uma menina com sete anos e uma adolescente de 15 anos que estão afastadas da escola, pois toda documentação da família se perdeu em uma enchente. A Sra. Ana Maria relata ainda que sua filha adolescente não gosta de estudar, pois se interessa somente por dançar e ouvir música durante todo o dia, repetindo várias vezes a mesma série.

Ana Maria relata que tentou iniciar o pré-natal há quatro meses, pois soube que uma amiga conseguiu se inserir no Programa Cegonha Carioca. Procurou a Maternidade, mas foi orientada a procurar a Clínica da Família mais próxima de sua casa para conseguir se inserir no Programa. No mesmo trajeto, foi até uma Policlínica indicada pela amiga, pois começou a se sentir mal. Chegando lá, perguntaram seu endereço, sendo orientada a procurar a Clínica da Família perto de sua casa. Como nada lhe foi entregue por escrito, ela esqueceu o endereço para onde deveria ir. Chegou a passar mal no início da gravidez e como a UPA é perto de sua casa, procurou esse serviço para tentar iniciar o pré-natal. O tempo foi passando e ela percebeu que já estava na metade da gravidez. Quem descobriu o endereço da Clínica da Família foi o marido, quando procurou a unidade com dor de dente.

Segundo o relato da família, a matrícula das crianças na escola não foi realizada pela ausência de documentação. Segundo a escola, a matrícula só pode ser realizada com toda documentação em ordem. Nenhuma orientação foi dada sobre como regularizar a situação.

A ACS realiza o cadastramento da família e retorna para a Clínica da Família com a promessa de trazer consulta agendada com o médico, assim que houver disponibilidade de horário. Informações sobre o território:

- Centro de convivência de Idosos
- ONG voltada para atividades de dança
- Templos religiosos
- Clínica da Família
- Poupa Tempo
- CRAS
- Policlínica
- Espaço de Educação Infantil (EDI)
- Escola Municipal
- Escola Estadual

CASO 2 - FAMÍLIA SILVA - 2

Ana Maria, de 38 anos, grávida de 5 meses, e José Eduardo Silva, de 42 anos, tabagista, possuem três filhos menores: um com um ano e seis meses, uma menina com sete anos e uma adolescente de 15 anos. A família perdeu todos os seus documentos há 4 meses após uma enchente. Como Ana Maria vai constantemente à casa de sua mãe em um bairro vizinho, dirigiu-se, há 4 meses, à Clínica da Família próxima para iniciar seu pré-natal. Quando forneceu seu endereço, foi informada que havia uma Clínica da Família próxima à sua residência e que lá poderia realizar seu pré-natal.

De posse de um papel impresso com o endereço da sua Clínica da Família e com o nome dos membros da equipe responsável por sua família, Ana Maria foi ao local indicado no dia seguinte. Chegando lá, foi acolhida pela ACS na baia da sua equipe que acionou a enfermeira, a qual realizou uma consulta de enfermagem com Ana Maria, realizou os testes rápidos para sífilis e HIV e a orientou sobre o Programa Cegonha Carioca e sobre a visita à Maternidade. Encaminhou seu filho de 1 ano e 6 meses para sala de vacinas e agendou uma Visita Domiciliar para que a família fosse cadastrada pela ACS.

Durante o contato com a enfermeira, Ana Maria perguntou se tinha dentista na unidade, já que seu marido José vinha se queixando constantemente de dor de dente. A enfermeira orientou que José poderia procurar a Equipe de Saúde Bucal (ESB) que seria acolhido a qualquer hora. José, que trabalha como vendedor ambulante, procurou a ESB da Clínica da Família com queixa de dor de dente. Foi acolhido e atendido pelo dentista, que também fez a inserção no sistema de regulação (SISREG) para realizar tratamento de canal no Centro de Especialidade Odontológica (CEO). O profissional observou dentes escurecidos pelo uso de cigarro e tosse constante, que segundo José persiste há um mês, apesar de ter tomado todo o vidro de xarope fornecido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). José acreditava que a tosse não podia ser nada grave, porque o médico da UPA não fez nenhum encami-



nhamento e nem deu orientações para o caso de persistência da tosse.

O dentista solicita a presença da ACS e pede que ela oriente José para realizar a coleta da primeira amostra de escarro nos fundos da clínica, num espaço aberto e com pouca circulação de pessoas. A segunda amostra seria coletada no dia seguinte.

A Visita Domiciliar para o cadastramento, que havia sido agendada para a semana seguinte, foi antecipada devido a suspeita de Tuberculose do usuário e a situação de vulnerabilidade da família. Além disso, estava muito chateado porque a filha adolescente tinha arrumado um namorado na comunidade e “se pegasse uma barriga ele ia expulsar ela de casa” (SIC). Durante a visita de cadastramento da ACS, que vai acompanhada da enfermeira e da técnica de enfermagem, verifica-se que Ana Maria está com muitas dúvidas em relação aos serviços que a Clínica da Família pode oferecer e como conseguiria ser uma beneficiária do Programa Bolsa Família.

Aproveitando que Ana Maria está sendo orientada pela técnica de enfermagem e pela ACS, a enfermeira aborda a adolescente, que pede, quase sussurrando, para fazer um teste de gravidez, pois a menstruação já estava atrasada havia 20 dias. Como a enfermeira não tinha levado as tiras do teste consigo, solicita que a jovem vá à Clínica da Família logo depois do almoço: “Vai lá e me procura, pode deixar que a gente trabalha com ética e o sigilo é um direito seu”.

Ao deixar a casa, a profissional já pensa em chamar a assistente social do NASF para uma consulta conjunta, pois não sabia muito bem como ajudar na questão dos documentos perdidos na enchente.

Informações sobre o território:

- ONG voltada para atividades de dança
- Templos religiosos
- Clínica da Família
- Poupa Tempo
- Policlínica Espaço de Educação Infantil (EDI)
- CRAS
- Escola Municipal
- Escola Estadual

CASO 3 - "PRECISA INTERNAR"

Um homem de 52 anos, usuário de álcool e cocaína com diabetes teve agendada sua primeira consulta na Clínica da Família com a enfermeira de sua equipe, a pedido do usuário, após visita domiciliar da ACS em sua residência. Este chega pedindo ajuda devido a gravidade de sua situação, uma vez que é usuário de cocaína e álcool há 40 anos e diz que o uso de drogas está colocando em risco a sua vida. É motorista de ônibus, usa a droga e o álcool à noite, não dorme, pois 5 horas da manhã entra no trabalho, chegando bastante comprometido e, mesmo assim, sai para dirigir. Já provocou pequenas colisões.

Antes de iniciar seu contato com a Saúde da Família, em desespero, procura a UPA mais próxima de sua casa para pedir ajuda e foi encaminhado ao CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD). Foi acolhido no CAPS, já teve duas consultas com a Psiquiatra e já estava tomando a medicação.

A enfermeira da sua equipe de Saúde da Família ao conhecer o paciente fica apavorada e chama a psicóloga do NASF para discutir o caso, afirmando que o melhor tratamento para o usuário é a internação. Justifica que pode colocar a sua vida e a de outros em risco. A psicóloga do NASF dialoga com a enfermeira e aponta que precisam atender o caso, compreender o que está acontecendo para avaliar melhor a situação e conversar com o CAPS AD. Ao escutarem o paciente, durante a consulta conjunta este refere que já estava apresentando melhoras com a medicação prescrita no CAPS, pois a ansiedade diminuiu para buscar a droga mesmo usando-a todos os dias. Também foi sabido que o paciente é diabético e não estava se cuidando. No momento, o paciente está de licença saúde.

A equipe de SF fez solicitações de exames clínicos e orienta retorno logo após os resultados ficarem prontos. O paciente foi orientado a dar continuidade ao tratamento no CAPS AD e na Clínica da Família.

Foi feita a articulação com o CAPS AD, inicialmente por telefone e depois eles estiveram na Unidade para a discussão do projeto terapêutico singular. Participaram a Psiquiatra e a Psicóloga do CAPS AD, a Enfermeira e a ACS da equipe de referência e a Psicóloga do NASF. O paciente demorou a comparecer na consulta de retorno dos resultados dos exames, mas voltou após uma visita da ACS de sua microárea. Foi indicado a participar do grupo de Álcool e Drogas da Unidade, grupo que o paciente aderiu.

Sua esposa retornou do Nordeste, mas está resistente em morar com ele, pois não há quase mais nada em casa. O aluguel está atrasado e as contas também. A equipe de Saúde da Família conversou com ela, tentando acolher sua escolha e explicando que a solidão dele pode estar agravando a situação de uso e abuso de drogas. A equipe de SF solicitou o comparecimento dos dois à Unidade. Caso escrito por Jane da Rocha Cruz (Psicóloga do NASF Heitor dos Prazeres)

CASO 4 - MARIANA - PERCURSO DO USUÁRIO NA REDE DE SAÚDE

Paciente, Mariana, 54 anos, do sexo feminino, branca, tabagista há mais de 20 anos, aposentada recentemente, relata que há cerca de cinco anos, passou a apresentar dor no pescoço e nos membros superiores com predominância em membro superior direito, com pontadas e queimação em todo o braço, dormência nos dedos indicador bilateralmente. Nos últimos 02 anos a dor e sensação de choque nos dedos pioraram.

Procurou UPA Morro da Cruz no quadro mais agudo, sendo medicada e liberada. Depois de alguns dias, procura o Hospital Central onde foi medicada e recebe alta. Posteriormente, deu entrada na UPA Cristal, onde permaneceu por 10 horas em observação sendo, posteriormente, liberada.

Após alguns dias em casa, foi indicada pela prima para procurar a Centro Municipal de Saúde Ribeira, onde recebeu o primeiro atendimento e foi informada que não poderia continuar seu acompanhamento, pois não era moradora do território da Unidade.

A paciente, com quadro agudo e com as dores intensificadas, procurou um consultório particular de ortopedia, onde foi encaminhada para realizar exames laboratoriais e raio-x. A usuária não conseguiu realizar os exames solicitados, devido às questões financeiras.

Foi procurar tratamento alternativo na Igreja do seu bairro, onde era realizado atendimento por um voluntário de auriculoterapia quinzenalmente. A mesma refere que um dia ao conversar com a vizinha na fila do atendimento na Igreja, soube do grupo de Reabilitação realizado na Clínica da Família com a presença da fisioterapeuta e do grupo da Academia Carioca, coordenado pelo educador físico. Foi quando a paciente procurou um profissional do NASF para obter mais informações sobre como participar deste grupo. Então, a paciente passou pela consulta médica, quando começaram a investigar os sintomas com pedido da radiografia da coluna cervical e exames laboratoriais. A radiografia foi realizada em 03 dias e o exame laboratorial no dia seguinte da consulta. Porém, a consulta de retorno com o médico foi após 02 meses. Assim que o médico visualizou a radiografia foi evidenciado a patologia discal (hérnia de disco cervical).

A paciente foi encaminhada para a fisioterapia convencional e avaliação da neurologia na Policlínica, paciente relata que teve acesso à consulta da neurologia após 01 ano de espera na fila. Não teve acesso à fisioterapia no nível secundário, agravando-se os sintomas, juntamente com aumento de peso, vida sedentária, ansiedade e estresse.

CASO 5 - BATE FORTE O CORAÇÃO DE MARIA

Maria, 25 anos, moradora da comunidade, entrou no consultório com firmeza e sem maiores delongas falou que ali estava para “pegar um pedido de eletrocardiograma”, porque estava sentindo seu “coração bater no pescoço”. No entanto, após uma escuta e exame físico, foi visto que Maria não possuía qualquer problema cardíaco. O profissional realizou com ela uma abordagem centrada nos aspectos singulares de sua vida na tentativa de compreender o que poderia estar associado à sua queixa inicial.

Maria, então, motivada pelo interesse demonstrado na escuta sobre a sua vida, começou a relatar que estava sendo agredida verbalmente e fisicamente pelo marido e que, por isto, estava pensando em se separar. Relatou que este comportamento dele era recorrente e que há um mês começara a sentir os sintomas que motivaram a busca pela consulta. Maria se sentia culpada de apanhar do marido e dizia que tudo “estava assim porque tinha traído ele em um momento de desespero e raiva”.

Como você e sua equipe poderiam agir na condução deste caso?

CASO 6 - FAMÍLIA DE SUZANA

Suzana tem 21 anos, em união estável há cinco anos, tem uma filha de quatro anos com este companheiro e faz pré-natal regularmente na Clínica da Família (está na sexta consulta). Tem histórico de ser uma pessoa “nervosa”.

Mora na comunidade do Morro Azul desde que nasceu e é vizinha dos seus pais (mora no mesmo quintal).

Chega à consulta de pré-natal relatando estar mais ansiosa com o final da gestação, com medo do parto. Além disso, queixando-se de cansaço nas tarefas domésticas, mas acha que não deve pedir ajuda à família.

Exame físico sem alterações, IG 35 semanas.

Perguntas:

- **Como a família influencia a condição de saúde de Suzana?**
- **Que estratégias a equipe de SF pode estabelecer para abordar a família de Suzana?**

CASO 7 - JEÓRGIA

Dramatização de VD

Jeórgia tem 17 anos e está no 1º trimestre de gravidez. Vive maritalmente com Jorge, de 57 anos. É semi-analfabeta e não estuda, permanecendo todo seu tempo na casa. Compareceu com o companheiro à consulta de pré-natal no 2º mês de gravidez. Não falava nada na consulta, apenas chorava alegando dor na barriga. Jorge diz que vê Jeórgia bater na própria barriga quando sente dor e que tem muito medo pela saúde do filho. Ele não se dirige a Jeórgia em nenhum momento e se adianta a responder as perguntas que são feitas a ela. A ACS comenta ter medo dele e evitar a casa. Na primeira visita realizada, a ACS observou que ele nunca deixa a adolescente sozinha e que, enquanto ele fala, ela cospe frequentemente no chão. Jorge, ao ser abordado, diz que recolheu Jeórgia na rua com 11 anos, que estava “largada”, se prostituía, sempre ameaçada por diferentes pessoas da comunidade. Diz que mais tarde começou a se relacionar com ela “como esposa”. A mãe de Jeórgia falecera jovem por uso de drogas, mas seu pai morava na comunidade. Jorge diz que não a deixa sair porque tem medo que fuja de casa e volte à prostituição. Jeórgia cuida da mãe de Jorge, que é acamada e tem capacidade limitada de falar devido a um câncer de garganta.

Preocupada com a situação de Jeórgia, a equipe organiza uma visita da enfermeira à residência.

Caso descrito com base em situações reais do programa EMAC.

Referência: Oficina de Formação de facilitadores da Estratégia de atenção a mães adolescentes, suas crianças e suas famílias – EMAC. Comitê Internacional da Cruz Vermelha/CICV/SMS RJ.

CASO 8 - JOANA

Dramatização de VD

Joana tem 19 anos e está no 6º mês de gestação. Seus dois filhos vivem com sua mãe em outra casa. Ela mora com seu companheiro de 20 anos, sua sogra, cunhada e duas sobrinhas. Passa a maior parte do tempo dentro de casa, não estuda, e ajuda a sogra cadeirante que trabalha numa pequena biosca doméstica. Joana apresenta-se tímida e apreensiva na primeira visita, olhando sempre para o cômodo onde o companheiro está. Relata uso de cigarro e álcool ao longo da gestação e apenas uma presença em consulta de pré-natal. Diz ter medo de tomar injeção e, por isso não quer fazer exames. Fala também que seu

companheiro não a deixa ir à Clínica por ciúmes. O companheiro atua no tráfico de drogas. Numa das visitas, quando a visitadora bate na porta, ouve uma gritaria e presencia o rapaz atirando uma chave de casa com força na cabeça de uma das crianças da casa, de 8 anos, xingando-a agressivamente. A menina se machuca e sai chorando. A equipe decide que a médica vá à casa da família com a ACS.

Caso descrito com base em situações reais do programa EMAC.

Referência: Oficina de Formação de facilitadores da Estratégia de atenção a mães adolescentes, suas crianças e suas famílias – EMAC. Comitê Internacional da Cruz Vermelha/CICV/SMS RJ.

CASO 9 - JÚLIA

Dramatização de VD

Julia tem 12 anos e está no 8º mês de gravidez. Saiu da escola no início da gravidez e diz que não gosta de estudar. Mora numa casa de dois cômodos com sua mãe, padrasto e sua irmã de 1 ano, de quem toma conta enquanto sua mãe trabalha fora como doméstica. Sua mãe, de 26 anos, está no 5º mês de gravidez. Diz que o pai de seu bebê é um adolescente de 14 anos e que não têm contato. A ACS relata boatos de que Julia teria se relacionado sexualmente com vários garotos de um grupo e que a gravidez fora fruto desse momento. O padrasto de Julia trabalha à noite e dorme de dia.

O caso mobiliza bastante a equipe. No dia da visita, a ACS encontra excepcionalmente a mãe de Julia na casa.

Caso descrito com base em situações reais do programa EMAC.

Referência: Oficina de Formação de facilitadores da Estratégia de atenção a mães adolescentes, suas crianças e suas famílias – EMAC. Comitê Internacional da Cruz Vermelha/CICV/SMS RJ.

CASO 10 - FAMÍLIA SILVA

José Eduardo Silva, 42 anos, trabalha como vendedor ambulante e procurou a Clínica da Família com queixa de dor de dente. Foi acolhido e a consulta realizada com o dentista que observou os dentes escurecidos devido o uso de cigarro e uma tosse constante, que

segundo relato de José está com esta tosse com catarro persistente há um mês.

O dentista verificando que o Sr. José não era cadastrado passou o caso para uma ACS da equipe, informando sobre a tosse recorrente e a mesma agendou uma visita domiciliar.

Duas semanas depois a ACS foi à casa do Sr. José para cadastrar a família que se constitui de uma companheira Ana Maria, 38 anos, que está grávida de 5 meses sem pré-natal, três filhos menores: um menino com 1 ano e 6 meses com caderneta desatualizada, uma menina com 7 anos e uma adolescente de 15 anos que estão afastadas da escola, pois toda documentação da família se perdeu em uma enchente. A Sra. Ana Maria relata ainda que sua filha adolescente não gosta de estudar e que repetiu várias vezes a mesma série. Moram na mesma casa os pais do Sr. José e a mãe, que tem 69 anos, é diabética e está acamada com uma ferida crônica em membro inferior direito.

Seu pai tem 70 anos é hipertenso e também tabagista.

ATIVIDADES

MATRIZ PARA O PLANEJAMENTO DE AÇÕES

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA:						
OBJETIVO/META:						
Estratégias para alcançar os objetivos metas	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Baseada na Matriz do AMAQ - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

ROTEIRO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

a) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais), que possibilite uma conclusão a respeito de riscos, vulnerabilidade, resiliências e suas potencialidades. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos, interesses, assim como seu trabalho, cultura, família e sua rede social.

b) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, as quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com a família, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

c) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de referência e NASF) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.

d) Reavaliação: nesse momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

MATRIZ PARA ATIVIDADE EDUCATIVA

IDENTIFICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Título: Nome da atividade.• Facilitador: quem fará a atividade?• Período: data de início e término• Carga horária: número total de horas• Local: onde ocorrerá a atividade• Público-alvo: especificar quem são os participante
----------------------	---

<p>IDENTIFICAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Descrever de que trata a atividade - o que é? • Objetivos • Sintetizar o que se pretende alcançar com a atividade - para quê? • Metodologia • Planejamento da ação educativa e estratégias didáticas • Descrição de como será desenvolvida a atividade - como? • Avaliação • Estabelecer algum tipo de avaliação pelos participantes sobre a atividade e descrever a expectativa sobre o impacto produzido após a atividade, na sua área de atuação
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais: especificar os materiais de consumo e equipamentos que serão utilizados (papéis, canetas, projetor; flip chart; televisor; vídeo; reprodução de textos, elaboração de programação e outros).

SITUAÇÃO - PROBLEMA - COLEGIADO GESTOR

Sem ter um equipamento de saúde em seu território, uma comunidade de Vila Isabel com população estimada em 19.000 habitantes, foi contemplada com uma UBS em 2004. Havia sido uma grande conquista da comunidade, mas havia um problema, o único imóvel que atendia minimamente os critérios para a implantação da unidade era uma casa sem infraestrutura e ambiência adequada para atender as necessidades da UBS.

A casa era pequena, de 02 andares, corredores estreitos que não permitia a boa circulação das pessoas, as salas de atendimento eram em número e espaço insuficientes e não cabia todo o mobiliário. Apenas um dos consultórios tinha a cama ginecológica para preventivo que ficava no subsolo assim como farmácia e procedimento.

O acesso ao subsolo era por escada. Foi necessário improvisar uma sala de espera na calçada da unidade por falta de espaço na recepção e as atividades coletivas eram realizadas nos fundos da unidade num pequeno terreno em declive embaixo de uma linda mangueira. Em 2006 com o surto da Dengue, ficou evidente a falta de estrutura da unidade para acomodar os pacientes para hidratação.

Tanto a comunidade quanto os funcionários começaram a reivindicar uma nova unidade. Um morador e uma técnica de enfermagem tinham encontrado e apresentado ao coordenador da área uma casa bem espaçosa como alternativa. A sugestão foi bem-vinda a CAP.

ANOTAÇÕES





Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar - Cidade Nova

Rio de Janeiro – RJ - 20211-110

Telefone: 21 2293-4245

prefeitura.rio/web/sms/pagina_inicial

Imprensa

Tiragem: 1.000 exemplares

Formato: 21,0cm x 29,7cm

Papel: Couché 90g (miolo), Supremo Duo Design 300g (capa)

Impresso na Gráfica Imprensa da Cidade

Rio de Janeiro – RJ

Todos os direitos reservados

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.