

1ª Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis

Caminhos para uma transição governamental adequada

Oficina de Avaliação, 13 de novembro de 2012

TÍTULO DA PRÁTICA:

Oferta de acesso ampliado e cuidado longitudinal às famílias da comunidade de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) do Saco Grande - Ambiência, agendamento multimodal e escuta qualificada em turno integral.

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T60

1 a> A população do Saco Grande é na sua grande maioria constituída por pessoas
2 de baixa renda com pouca especialização para o trabalho e baixa escolaridade.
3 No seu território situam-se quatro áreas de interesse social nas seis áreas de
4 abrangência. O saneamento básico é deficiente e muitas moradias são
5 inadequadas. A esses fatores somam-se o tráfico de drogas e a violência,
6 responsáveis em grande parte pela desestruturação familiar. Adolescentes tem
7 pouca oportunidade de lazer empoderante e as crianças tem pouco espaço para o
8 lazer já que as famílias jovens ocupam cada vez mais as encostas dos morros.
9 Vários outros fatores negativos poderiam ser citados. Dar conta de toda essa
10 complexidade social oportunizando o acesso sem restrição, oferecendo serviços
11 de qualidade é o grande desafio das equipes de ESF, e o disparador das
12 mudanças instituídas nesta unidade. O vínculo estabelecido com as pessoas é
13 promotor de novas possibilidades de transformação da realidade. Através do
14 aperfeiçoamento do processo de trabalho temos constatado mudanças de
15 comportamento em direção da autonomia e desenvolvimento da cidadania.
16 Apesar do perfil sócio-econômico-cultural da população a convivência no dia a dia
17 tem sido pacífica e harmoniosa. Vários indicadores de produtividade podem ser
18 citados e, dentre estes se destaca o maior número de atendimentos pelo sistema
19 RAI/RAAC de todas as unidades de saúde da rede municipal (ver sistema
20 RAI/RAAC no Infosaúde 2011).



21 Portanto, o grande desafio é manter o processo de trabalho instituído capaz de
22 dar conta do cuidado longitudinal de qualidade, sem restrição de acesso a esta
23 população complexa.

24

25 Desenvolvimento da iniciativa e contextualização

26 Desde o início de 2002, inovações e mudanças vêm ocorrendo no processo de
27 trabalho da nossa Unidade de Saúde da Família (USF) do Saco Grande
28 relacionadas à melhoria do acesso, cuidado integral e longitudinal e ambiência.
29 Em 2008 implantamos o Grupo de Marcação de Consultas que tinha por objetivo
30 reunir as pessoas de cada área de abrangência para discutir as questões relativas
31 ao território, SUS, demanda reprimida, entre outros. Buscava-se o
32 empoderamento, o resgate do espírito democrático, da autonomia e co-
33 responsabilização. Além disso, agendavam-se as consultas, renovavam-se
34 receitas, solicitavam-se exames das pessoas que já estavam em
35 acompanhamento, entre inúmeras outras atividades. A partir desta experiência
36 conseguimos equacionar a demanda, conhecer a população e compreender as
37 reais demandas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2011). Após dois anos,
38 passamos gradativamente ao agendamento diário de consultas com a
39 participação de todos os componentes das equipes de ESF.

40 Para dar conta da implementação de todas as ações necessárias e da
41 complexidade de coordenar uma unidade com seis equipes de ESF foi necessário
42 implantar um novo sistema de gestão, a Gestão Colegiada. Quinzenalmente, às
43 quintas-feiras, das 16:00 às 17:00 horas, os representantes das equipes da ESF e
44 a coordenadora reúnem-se, com pauta elaborada em conjunto, para discutir os
45 problemas trazidos. Os temas são escolhidos pelas próprias equipes e alternam-
46 se num prazo de aproximadamente três meses. Todos podem e devem participar
47 (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de
48 odontologia e agentes comunitários de saúde). Os assuntos são levados pelos
49 interessados para discussão nas reuniões de suas respectivas equipes e trazidos
50 novamente para a próxima reunião colegiada, onde devem ser decididos por
51 consenso.



52 Atualmente toda a responsabilidade pelo atendimento à população está centrada
53 nas equipes de ESF e não mais nos trabalhadores administrativos da recepção da
54 unidade de saúde. As agendas são organizadas e gerenciadas de forma
55 autônoma pelos trabalhadores das respectivas equipes de saúde, com base nos
56 indicadores do território e da comunidade, de forma livre, organizando e
57 adequando a demanda de atendimento aos horários da sua semana de trabalho.
58 As consultas são agendadas dentro da própria semana, priorizando-se sempre as
59 pessoas com demandas mais urgentes (esta questão é sempre discutida e
60 reforçada junto à população), centrando-se em critérios de vulnerabilidade social,
61 biológica e cognitiva. O modelo tradicional, centrado no balcão, com o
62 agendamento de consultas realizado sob a responsabilidade dos funcionários
63 administrativos e, muitas vezes com base em critérios subjetivos ou mesmo em
64 obediência ao horário de chegada não é mais adotado nesta USF. Considera-se
65 que estes profissionais, por melhores intenções que possam ter não estão
66 qualificados para uma tão importante tarefa e nem podem ser responsabilizados
67 por suas ações. No sistema antigo perdia-se o enfoque de racionalidade e
68 economicidade indispensável à melhoria do atendimento.

69 Todos os moradores que chegam à unidade de saúde demandando avaliações
70 pontuais ou de urgência são acolhidos pelos trabalhadores das suas equipes de
71 ESF. Quando acontecem imprevistos, como por exemplo, em caso de falta ao
72 trabalho por adoecimento, férias ou outros motivos, conta-se com a colaboração
73 da “área irmã”. Após discussão em reunião mensal com levantamento de alguns
74 critérios para esta definição, as áreas irmãs ficaram assim definidas: áreas 330 e
75 335; áreas 331 e 333; áreas 332 e 334. Atualmente as seis equipes de saúde
76 destinam aproximadamente uma hora e meia de sua agenda para o atendimento
77 da demanda espontânea. As pessoas são orientadas (através de ampla
78 divulgação para toda a comunidade) a chegar ao centro de saúde para a escuta
79 de sua necessidade às oito horas pelo turno da manhã e às treze horas no turno
80 da tarde. As situações de demanda espontânea que eventualmente surgem fora
81 destes horários são atendidas inicialmente pelo técnico de enfermagem que
82 resolve a questão com sua equipe. Médicos, enfermeiros e técnicos de
83 enfermagem cumprem integralmente a jornada de oito horas diárias. Todos os



84 médicos tem a formação em “Residência de Medicina de Família e Comunidade e
85 compreendem a importância do vínculo com a comunidade e trabalhadores,
86 permanecendo ao longo dos anos. A coordenadora já foi enfermeira de ESF
87 durante sete anos e atualmente está na coordenação da unidade há 5 anos.
88 Alguns enfermeiros e técnicos de enfermagem também já trabalham há algum
89 tempo. Temos cobertura de agentes comunitários em todas as micro-áreas, com
90 exceção de uma. Este fato é considerado relevante já que na maioria das equipes
91 de saúde da cidade da cidade isto não acontece.

92 A partir de 2011, o agendamento de consultas programadas de todas as seis
93 equipes (330, 331, 334 e 335) pode também ser realizado por telefone. As
94 equipes de ESF dispõem de um celular, com número próprio, que permanece no
95 centro de saúde em poder de um ACS durante a primeira hora da manhã e a
96 primeira hora da tarde para atendimento da população. Todas as equipes
97 realizam momentos de educação continuada com os ACS, objetivando qualificar a
98 escuta e minimizar possíveis problemas. Quando existe qualquer dúvida durante
99 o telefonema os demais membros da equipe estão sempre disponíveis para
100 esclarecimentos e para evitar agendamentos desnecessários ou equivocados.
101 Além disso, cada equipe tem um e-mail colocado à disposição das pessoas para
102 esclarecimentos de dúvidas e/ou problemas corriqueiros evitando-se
103 deslocamentos desnecessários para a unidade de saúde. São estes os números
104 telefônicos e e-mails das equipes:

105 Área 330 - fone 91264945, equipe330sacogrande@gmail.com

106 Área 331 - fone 8801-5773, equipe331sacogrande@gmail.com

107 Área 332, contato332@gmail.com

108 Área 333 - fone 99761205, saude.area333@gmail.com

109 Área 334 - fone 84832544, saude.area334@gmail.com

110 Área 335 – fone 84287387, contato335@gmail.com



111 Os ACS dispõem das agendas dos profissionais (médico e enfermeiro) e efetuam
112 os agendamentos que, no mesmo dia, são transferidas para as agendas no
113 InfoSaúde. O agendamento para atendimento da demanda espontânea, por
114 algumas equipes, também pode ser marcado por telefone. Este modelo de
115 facilitação de acesso tem reduzido significativamente a falta às consultas, com
116 índice de absenteísmo inferior a seis por cento. As consultas com odontólogos
117 estão mantidas nos Grupos de Marcação pela necessidade de se manter
118 agendamento presencial com estes profissionais das equipes, para melhor
119 avaliação de cada situação.

120 O agendamento de exames e consultas com especialistas é realizado durante
121 todo o período de funcionamento da unidade. Após as consultas os usuários
122 podem se dirigir à sala de “Marcação de consultas e exames” e proceder os
123 agendamentos. Transparência e acesso são garantidos para a verificação da
124 situação dos exames e consultas no sistema. Os trabalhadores das equipes,
125 médicos e enfermeiros tem acesso ao SISREG e acompanham os
126 encaminhamentos realizados, principalmente os de maior urgência e gravidade.

127 Os consultórios do centro de saúde têm acesso à Internet. Com a utilização do
128 Googetalk e e-mails foi possibilitada a comunicação interna e externa rápida e
129 eficiente entre com todos os trabalhadores da unidade, com vários especialistas
130 da atenção secundária, com os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, do
131 Distrito Leste e da Coordenação da USF. O DROPBOX é utilizado por todas as
132 equipes para a atualização dos indicadores de saúde, como lista de gestantes, de
133 diabéticos e hipertensos, de crianças, de pessoas em uso de benzodiazepínicos,
134 de grupos de vulnerabilidade biológica e social, entre outros. Também dispomos
135 do blog do Saco Grande que é sempre atualizado.

136 Há uma ampla cultura de melhoria do ambiente e humanização das relações
137 interpessoais instituída. São realizadas rodas de conversas com os trabalhadores
138 no sentido de lembrar a todos sobre a importância de se “colocar no lugar do
139 outro” para qualificar o acolhimento das pessoas.

140 As cadeiras da sala de espera estão organizadas em forma de círculo para
141 facilitar a comunicação entre todos. Espera-se que esta configuração, que permite



1ª Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis

Caminhos para uma transição governamental adequada

Oficina de Avaliação, 13 de novembro de 2012

142 a troca de olhares, promova a solidariedade e a empatia. Colocar-se no lugar do
143 outro, ao invés de somente esperar pelo seu próprio atendimento, pode motivar a
144 todos pela responsabilização coletiva dos problemas e priorizar o atendimento de
145 quem mais precisa. Este espaço acolhedor é um dos pilares encontrados para
146 humanizar as relações entre as pessoas e melhorar o ambiente. Muitas vezes
147 utiliza-se a sala de espera, com o consentimento dos usuários, para conversar
148 sobre algum assunto relevante. Alguns trabalhadores se responsabilizam pela
149 exibição de filmes e documentários, que promovem e estimulam a criatividade e a
150 imaginação. Evita-se sempre que a TV esteja sintonizada em programas de
151 auditório que dificultam ou impedem o pensamento crítico. Os profissionais têm o
152 entendimento de que seus consultórios devem ser aconchegantes e acolhedores.
153 São pintados com cores variadas, decorados com objetos pessoais. Os
154 consultórios dos médicos e dos enfermeiros das equipes ficam próximos, para
155 possibilitar atendimentos cada vez mais resolutivos e compartilhados quando
156 necessário. A criatividade é estimulada o tempo todo para melhorar cada vez
157 mais o aspecto geral da unidade e para tornar o ambiente cada vez mais
158 saudável. As salas de espera são decoradas com quadros e plantas. Na sala de
159 espera está à disposição de pais e crianças um espaço com brinquedos e jogos
160 educativos, quadro negro, giz, giz de cera e papel. Os nomes dos trabalhadores e
161 um breve currículo de cada componente das ESF estão expostos em murais
162 específicos ao lado dos consultórios. Informações e atualizações sobre diversos
163 temas relacionados à saúde estão constantemente sendo oferecidas à população.
164 Para fortalecer a comunicação e ampliar o conhecimento de todos, são
165 organizadas as “Semanas Temáticas”. De acordo com um calendário mensal, as
166 equipes de ESF preparam atividades sobre diferentes temas. São utilizados
167 alguns murais destinados para este fim, com informes, pinturas, desenhos, etc.
168 Algumas equipes realizam atividades nas instituições do bairro, como escolas,
169 creches e centros comunitários. Outras atividades, como teatro, teatro de
170 fantoches, palestras com convidados especiais, brincadeiras e uma infinidade de
171 outras atividades alternam-se, de acordo com a criatividade de cada equipe.
172 Durante o ano de 2012 já foram organizadas as seguintes semanas temáticas:
173 Violência contra a criança, Alimentação Saudável, Cuidados com Animais



174 Domésticos, SUS e ESF, Terapias complementares, Semana da Odontologia,
175 entre outros.

176 Vários grupos de promoção à saúde estão à disposição das pessoas para
177 incrementar as várias possibilidades de compreensão do processo saúde/doença.
178 Entendemos que a atenção primária em saúde, além de se constituir em “porta de
179 entrada” do sistema de saúde, tem também a responsabilidade de oferecer
180 “portas de saída” para o empoderamento, co-responsabilização e autonomia.

181

182 A descrição de uma família típica da comunidade ilustra o acesso e o cuidado
183 oferecido permitindo a visualização do processo na prática. Embora a família não
184 seja real, a história individual de cada membro reflete muitas histórias de vida
185 acompanhadas nesta unidade. Assim, ao longo do ano de 2012 os membros da
186 família abaixo discriminados foram “cuidados” pela equipe de saúde:

187

188 Avô- 63 a.- HAS e DIA mais ICC. Participa do grupo de Tabagismo, aguarda
189 ecocardiograma há dois anos. Agenda consulta presencialmente quando precisa
190 porque prefere; vem regularmente ao CS no início da manhã para avaliações
191 pontuais (queixas de cansaço, falta de ar, entre outras); faz uso de diversas
192 medicações; quando precisa de receita nova conversa com o técnico de
193 enfermagem que deixa a receita nova na caixinha da “equipe 335” na farmácia;
194 consulta com cardiologista na Policlínica e aguarda retorno desde agosto. Teve
195 até o momento doze consultas na USF (de urgências e programadas).

196

197 Avó- 60 a.- Depressão, em uso de benzodiazepínicos; é acompanhada pelo
198 psiquiatra do NASF; participa do Programa Floripa Ativa, do Grupo de Mulheres
199 Maravilhosas e do Grupo Amanhecer. Vem sempre ao CS junto com o marido
200 para atendimentos pontuais; agenda consulta por telefone porque prefere; já teve
201 dez consultas até o momento (de urgência e programadas).



202

203 Mãe- 40 a.- Dona de casa. Fez todos os pré-natais na unidade; tem três filhos que
204 são acompanhados no CS; é obesa e participa do grupo de Emagrecimento; fez
205 lavagem de ouvido; faz uso de anticoncepcional; realiza preventivo com a
206 enfermeira de 2/2 anos com história de preventivos normais; receitas de
207 anticoncepcionas são renovadas de 6/6 meses com enfermeira sem necessidade
208 de agendamento de consulta; envia e-mails semanalmente para busca de
209 informações; traz o bebê para os Grupos de Puericultura e de Saúde Bucal; teve
210 problemas na amamentação e recebeu cuidado do técnico de enfermagem e
211 enfermeiro até a instalação do equilíbrio do processo.

212

213 Pai- 45 a.- Motorista de ônibus; tem lombalgia crônica e participa do Grupo de
214 Terapia Corporal; reduziu uso de medicações para dor e antiinflamatórios; fez 12
215 sessões de acupuntura no CS; aguarda US de ombro há mais de 06 meses; ainda
216 está afastado do trabalho; veio quatro vezes à unidade para atendimentos de
217 urgência (dor) e liga antes de vir; afastado do trabalho pela perícia médica.

218

219 Filho de 20 a – Hígido, trabalha com obras; fez uma sutura na mão por acidente
220 no trabalho e uma cantoplastia por unha encravada; agendou uma consulta
221 programada por telefone e duas para demanda pontual.

222

223 Filho de 15 a- Estudante, usuário de crack e maconha; já veio diversas vezes à
224 unidade porque tem vínculo com médico de sua ESF; vem à unidade quando
225 quer, em qualquer horário; é acompanhamento no CAPs AD e tem problemas na
226 escola; equipe de ESF já foi solicitada pela escola diversas vezes (Programa
227 Saúde do Escolar (PSE); fez acompanhamento com psicóloga do NASF (6
228 sessões).

229



230 Bebê de 6 meses- Primeira consulta foi realizada em visita domiciliar; o
231 odontólogo participou da segunda consulta de enfermagem e orientou sobre
232 saúde bucal; aos seis meses foi trazido pela mãe ao grupo de Saúde Bucal e vem
233 aos grupos mensais de Puericultura; está com crescimento e desenvolvimento
234 adequado; vacinas em dia; dois atendimentos pontuais por febre.

235

236 b> O processo de trabalho da USF do Saco Grande atende todos os
237 pressupostos elencados nas portarias e normativas do Ministério da Saúde
238 (DAB), Portaria 283/2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e
239 Diretrizes para a organização do acesso de 2011. Oferecemos um atendimento
240 integral e longitudinal, partindo do acesso humanizado e ampliado com
241 agendamento de consultas e atendimento de demandas pontuais diariamente, em
242 todos os turnos de trabalho, diretamente com os trabalhadores das ESF, de forma
243 presencial, por telefone e e-mail. A equidade é buscada o tempo todo através da
244 escuta qualificada. Trabalhamos na ótica do empoderamento, fortalecimento da
245 cidadania e resolução conjunta dos problemas. O trabalho em equipe,
246 sedimentado na premissa do aprofundamento dos saberes específicos e
247 compartilhados vem permitindo que a população tenha um cuidado de saúde
248 baseado em protocolos mundiais e nacionais atualizados.

249 c> Todo este processo de trabalho organizado tem como objetivo central o de
250 proporcionar acesso qualificado e cuidado longitudinal, integral e humanizado
251 para todas as famílias do bairro, racionalizando da forma mais eficiente possível
252 os recursos disponíveis. Entendemos que opção política de ofertar serviços de
253 saúde universal, com integralidade e excelência é fundamental para construção
254 de uma sociedade mais equânime reduzindo os efeitos nocivos da desigualdade
255 social e da carência de outros serviços essenciais por grandes contingentes da
256 população. A disseminação de uma cultura de

257 paz, colaboração e respeito mútuo nas relações interpessoais entre os

258 próprios trabalhadores e a população promovem o empoderamento e



259 autonomia dos sujeitos.

260 Como objetivos específicos citamos: ofertar acesso ampliado e qualificado para
261 todos; reduzir o tempo de espera para agendamento de consultas; promover
262 empoderamento e conhecimentos sobre o processo saúde-doença; ofertar
263 atendimento com adscrição de clientela para as seis equipes de ESF; manter o
264 processo de trabalho instituído nas seis equipes; ofertar diversas formas de
265 agendamento de consultas (telefones das equipes, e-mails e presencialmente;
266 oferecer acolhimento com escuta qualificada em tempo integral; reduzir o
267 absenteísmo interno e para as consultas com especialistas.

268 d> O acesso ampliado e o cuidado longitudinal e integral é derresponsabilidade de
269 todos. O processo de trabalho é sistematicamenteavaliado em diferentes espaços
270 de decisão, desde as reuniões dasrespectivas equipes de ESF semanalmente,
271 reuniões colegiadasquinzenais como também nas reuniões mensais de
272 planejamento.Além disso, as ações adotadas no planejamento geral da unidade
273 vemavaliando e acompanhando os indicadores de saúde estabelecidos pelaSMS
274 e PMAQ, com parâmetros de produtividade, relatórios de vigilância,serviços
275 oferecidos e população atendida no que concerne ao acesso ecuidado das
276 pessoas, orientada para uma gestão eficaz dos recursos.

277 As inovações são avaliadas o tempo todo. Na última reunião do Colegiado Gestor
278 deste mês, realizada no dia 31/10/2012 discutimos a retirada de todas as senhas
279 utilizadas para a substituição do modelo da “prancheta” já utilizado anteriormente.
280 Nos inícios dos turnos (8:00 e 13:00 horas) forma-se uma fila na entrada da
281 unidade, apesar de todas as pessoas serem atendidas. Entendemos que a
282 substituição das senhas para a anotação em prancheta e a escuta qualificada do
283 técnico de enfermagem, ou enfermeiro ou médico de cada equipe pode ser mais
284 adequada. Além disso foi proposto o estímulo ao agendamento das urgências
285 para o mesmo dia. Garante-se o atendimento das pessoas que comparecem à
286 unidade sem agendamento prévio. Estas propostas serão levadas para discussão
287 nas respectivas equipes de ESF na próxima semana; se aprovada na próxima
288 reunião colegiada, será colocada em prática e avaliada sistematicamente.



289 As equipes tem recebido e respondido aproximadamente 80 e-mails mensais e
290 agendado mais consultas por telefone do que presencialmente. Temos garantido
291 que aproximadamente cinquenta por cento das consultas são oferecidas para o
292 agendamento de consultas programadas e cinquenta por cento para atendimento
293 de demanda espontânea. Todas as pessoas que desejam agendar consultas
294 médicas, de enfermagem ou odontológicas são atendidas. Quando o número de
295 solicitações excede o número oferecido, os ACS anotam os nomes e os telefones
296 das pessoas e, após diálogo com os trabalhadores das equipes, respondem às
297 solicitações, garantindo o acesso.

298

299 e) A busca do processo de trabalho que tem por objetivo implementar a atenção
300 às pessoas de forma cada vez mais ampliada, humanizada e integral vem se
301 desenvolvendo continuamente ao longo dos anos, a partir de 2002. Os
302 trabalhadores das equipes têm percebido que o vínculo estabelecido com as
303 pessoas da comunidade tem permitido avanços relacionados à melhoria de
304 qualidade de vida. Este é um processo que exige avaliações e inovações
305 constantes.

306

307 f) Os audiovisuais foram produzidos através de parcerias com o Curso de
308 Jornalismo da UFSC e TELESSAÚDE; os Cursos de aperfeiçoamento técnico e
309 Comunicação Clínica são desenvolvidos com apoio institucional da SMS, DSL e
310 Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade (ACMFC). O
311 aperfeiçoamento do modelo de educação em serviço, desde o ensino prático
312 durante a graduação até as residências médica e multiprofissional conta com as
313 parcerias da UFSC e ACMFC, e os alunos dos diversos cursos da Universidade
314 Federal de Santa Catarina (RDA) têm participado ativamente deste processo.
315 Todas as ações desenvolvidas pelos mesmos são organizadas a partir das
316 ações propostas no Planejamento Geral da Unidade e do planejamento
317 das equipes de ESF. O Blog, por exemplo, foi atualizado recentemente
318 pelos alunos da 5ª fase de Medicina com a supervisão do médico da ESF.



319 As alunas da 8ª fase de Enfermagem estão participando ativamente
320 do desenvolvimento deste trabalho, relacionado à apresentação por PREZI.

321 O nosso processo de trabalho vem sendo divulgado como modelo de APS
322 em revistas especializadas e Rede APS da Associação Brasileira de Medicina do
323 Brasil .

324 g) Os conselheiros do Conselho Local de Saúde do Saco Grande, reunidos na
325 última reunião do dia 18/11/2012, avaliaram que o modelo de saúde do USF Saco
326 Grande está muito bem organizado e atende amplamente às necessidades das
327 pessoas. Foi ressaltado de forma enfática o empenho de todos os trabalhadores
328 para oferecer um serviço de qualidade. Comparações com outras unidades, que
329 ao olhar dos mesmos é “muito pior, a nossa unidade está muito bem”, é motivo de
330 orgulho para a grande maioria dos usuários e conselheiros.

331

332 h) Recursos humanos e financeiros envolvidos (Quantitativamente); Os telefones
333 celulares foram comprados pelas próprias equipes; as ferramentas de software
334 não incorrem em custos nem obtenção de licenças; a elaboração e impressão dos
335 cartões de visita, mini-currículos e diversos materiais de ambiência (móveis
336 harmoniosos e ergonômicos, quadros decorativos, luminárias, vasos com
337 plantas, entre outros) foram custeados pelos próprios trabalhadores da unidade. Os
338 vídeos e audiovisuais foram produzidos através de parcerias com o Curso de
339 Jornalismo da UFSC e TELESSAÚDE. Cursos de aperfeiçoamento técnico e
340 Comunicação Clínica são desenvolvidos com apoio institucional da SMS, DSL e
341 Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade (ACMFC).

342 O aperfeiçoamento do modelo de educação em serviço, desde o ensino prático
343 durante a graduação até as residências médicas em multiprofissional conta com as
344 parcerias da UFSC e ACMFC.

345 Diversas melhorias em relação à ambiência são bancadas pelos
346 próprios trabalhadores (móveis mais harmônicos e ergonômicos, quadros
347 nas paredes, luminárias, vasos com plantas, entre outros).



348 i>escuta qualificada pelas equipes de ESF durante todo o turno; agendamento
349 diversificados (uso de telefone, e-mail e de forma presencial); melhora da
350 ambiência; diminuição do absenteísmo às consultas; comunicação efetiva entre
351 os trabalhadores e usuários; várias atividades de promoção de saúde e auto-
352 cuidado; atendimentos de urgência e primeiro atendimento de emergência;
353 cartões de visita de cada equipe, minicurriculo dos profissionais/equipes;
354 semanas temáticas; reunião colegiada; documentários audiovisuais; ambulatório
355 de acupuntura. comunicação interna, externa e gestão da informação via internet.

356 j> O exemplo da família demonstra na prática, que todas as necessidades de
357 atenção primária são desenvolvidas na nossa unidade de saúde e podem ser
358 replicadas na rede se houver comprometimento dos trabalhadores de saúde e
359 entendimento aprofundado de trabalho em equipe. De maneira geral, este modelo
360 favorece a consolidação dos princípios da APS dentro do SUS, revelando a
361 viabilidade de custo-eficácia e seu potencial de influenciar positivamente o
362 contexto social e cultural das comunidades atendidas.

363 k> Apresentação dos trabalhadores através do mini-currículo; cartões de visitas
364 das áreas; descentralização do atendimento das pessoas no balcão; ambiência
365 acolhedora; agendamentos de consultas por telefone, e-mail e de forma
366 presencial; estímulo à co-responsabilização; gestão Colegiada; utilização de
367 mídias e softwares diversificadas para comunicação interna, externa e gerência
368 das informações. Definição das áreas irmãs. Produção audiovisual. Cultura de
369 Educação Permanente nos espaços de reunião. Inserção de encaminhamentos e
370 exames imediata após atendimentos. Gestão pelas equipes das agendas
371 profissionais.

372 l - Considerando a experiência relatada aqui como campo de aprendizado,
373 entendemos que a construção deste processo de trabalho permite a muitos
374 profissionais uma leitura aprofundada do contexto político e social em que a rede
375 é montada e a população se encontra, possibilitando compreender os limites
376 técnicos e humanos da assistência em saúde, ressaltando a importância das
377 ações de empoderamento e promoção da saúde. As técnicas de gestão
378 horizontal e aperfeiçoamento constante do processo de trabalho nos permitiu



379 avançar na direção do envolvimento e motivação pessoal das equipes,
380 flexibilizando o modelo de forma a atender às imprevisibilidades inerentes ao
381 contexto da demanda. Ao compartilhar a responsabilidade pelo cuidado em
382 equipe superamos os problemas gerados pelas condutas profissional-centrada/
383 médico centrada, melhorando também com isso as relações de vínculo
384 usuário/serviço. Entendemos que o modelo apresentado incorpora e aposta nos
385 atributos consagrados da APS, adaptando-os aos contexto local em suas diversas
386 particularidades e obtendo com isso melhores indicadores de saúde,
387 produtividade e resolubilidade, promovendo assim a superação parcial dos
388 modelos hospitalocêntricos e iatrogêncos co-existent no mercado. As inovações
389 nos meios de comunicação com os usuários favorece uma melhor organização e
390 distribuição da demanda, bem como no empoderamento dos usuários pelo próprio
391 cuidado.

392 m- Integração com a rede municipal para sensibilização da ampliação do acesso
393 aos serviços de APS; integração com RDA/UFSC para formação de estudantes
394 de diferentes cursos; Residência Multiprofissional durante duas edições;
395 Residência Médica desde 2002 até o momento; parceria e integração com setor
396 de Planejamento, Coordenação da Atenção Primária, Programas Estratégicos e
397 Práticas Integrativas e Complementares; parceria com Associação Catarinense de
398 Medicina de Família e Comunidade.

399 n- A implantação e manutenção do processo de trabalho aqui descrito favorece a
400 responsabilização e comprometimento dos trabalhadores, adscrição de clientela,
401 vínculo com os usuários, agendamentos garantidos na própria semana,
402 agendamentos diversificados, manutenção da alta produtividade dos
403 trabalhadores em geral, oferta de serviços adequada à demanda, melhoria dos
404 indicadores de morbi-mortalidade, diminuição do absenteísmo; comunicação
405 ativa; empoderamento e parceria com vários setores da comunidade como
406 escolas, creches, centros comunitários, pastoral da criança, pastoral da saúde;
407 implementação da prática e cultura de planejamento; protagonismo nos espaços
408 de decisão colegiada. Acesso garantido com escuta qualificada durante período
409 integral; atendimento com vínculo à equipe de ESF para demanda programada e
410 espontânea pr; formas de agendamentos diversificadas (telefone, e-mail e



411 presencial); agendamento diário com garantia de agendamento durante a própria
412 semana; diversas atividades de auto-cuidado e promoção da saúde;
413 compartilhamento de responsabilidades e promoção da cidadania e
414 empoderamento.

415 o - Inovações foram realizadas , em sua maior parte, com recursos dos próprios
416 trabalhadores e parcerias com setor de Planejamento da SMS, RDAUFSC,
417 TELESSAÚDE, Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade.
418 O monitoramento dos relatórios de produção da unidade demonstram um
419 incremento real no aproveitamento de recursos do sistema único, tanto internos
420 ao centro de saúde quanto em nível secundário e terciário.

421 p - Acesso ampliado e qualificado e cuidado longitudinal para todas as pessoas
422 do bairro com redução de indicadores de morbi-mortalidade; mesmo processo de
423 trabalho instituído com acesso qualificado nas seis equipes de ESF com quatro
424 áreas de interesse social; melhoria da ambiência; cultura da paz; emancipação e
425 empoderamento de todos; redução do tempo de agendamento de consultas;
426 acesso e atendimento com vínculo; diminuição do absenteísmo interno (em torno
427 de seis por cento) quanto referenciado; alta resolutividade (menos de dez
428 por cento de encaminhamentos para atenção secundária); exposição dos
429 minicurrículos dos trabalhadores; comunicação pró-ativa por ferramentas de
430 software; manutenção de elevados indicadores de produtividade.

