

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE FAMÍLIA**

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DOS
CADASTROS FAMILIARES**

DENISE CAMARGOS BATISTA LEOPOLDINO

BELO HORIZONTE – MINAS GERIS

2011

DENISE CAMARGOS BATISTA LEOPOLDINO

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DOS
CADASTROS FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2011

DENISE CAMARGOS BATISTA LEOPOLDINO

**ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DOS CADASTROS
FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovada em Belo Horizonte: **19/03/2011**

Agradeço a equipe do Nescon, em especial a Cristina Paz pelo estímulo ao trabalho, à profa. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo pelo ensino e paciência.

À minha equipe da UBS Novo Aarão Reis, que através do empenho e dedicação possibilitou a realização deste trabalho.

À Prefeitura de Belo Horizonte pelo apoio ao ensino e capacitação de seus profissionais.

Aos colegas trabalhadores da Atenção Básica pela força e perseverança em fazer o melhor.

Ao meu esposo e família, pela compreensão e incentivo nos momentos de trabalho.

A luz que me abriu os olhos para a dor dos deserdados e feridos de injustiça não me permite fechá-los nunca mais enquanto viva. Ainda que o medo costure meus olhos, já não posso deixar de ver: a verdade tocou, com sua lâmina de amor, o centro do meu ser.

Thiago de Mello

RESUMO

A organização do sistema de saúde, em especial a Atenção Básica, ocorre no Brasil a partir da implementação da estratégia em Saúde da Família que vem demonstrando grandes avanços na superação de muitos problemas na área. Tem a família como o espaço de intervenção e o enfoque na prevenção e promoção a saúde. A territorialização e a adscrição da clientela por equipe de saúde viabilizam a organização do processo de trabalho e vigilância em saúde, a partir da delimitação territorial. Os objetivos deste trabalho foram compreender a importância do cadastro familiar no processo de trabalho da equipe e sua interveniência no planejamento e execução das ações de intervenção e na distribuição dos serviços de saúde, destacar a importância do trabalho do ACS no cadastramento das famílias e descrever uma proposta de intervenção na Unidade Básica de Saúde Novo Aarão Reis/BH visando a organização do serviço das equipes de saúde da família a partir do cadastro populacional. O conhecimento do território e das famílias que vivem nele é de extrema relevância para a definição do processo de trabalho da equipe, uma vez que possibilita ações efetivas aumentando a resolutividade dos serviços prestados. O cadastramento realizado pelo agente comunitário de saúde é de fundamental importância para o reconhecimento da população adscrita à unidade básica de saúde, para a identificação dos seus problemas e para a priorização da oferta de serviços de saúde. Para a organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família do Novo Aarão Reis, a partir da realidade da equipe, elaborou-se uma proposta de intervenção para buscar atender as necessidades da população e da equipe, que no momento encontra-se desmotivada pelo excesso de demanda e pela desorganização do processo de trabalho

Palavras chave: territorialização; cadastramento; organização dos serviços de saúde.

ABSTRACT

The Organization of the health care system, in particular the basic care, occurs in Brazil at the implementation of Family's health strategy that has demonstrated great progress in preventing problems. It has focus at the families to prevent their health problems. The territorial delimitation and separate clientele by healthcare team, makes the organization of the job easier. The target of this work were to understand the importance of the family register in the process of team work and its interference in the planning and implementation of intervention and actions in the distribution of health services, highlight the importance of ACS job registering the membership of the families and suggest a intervention at basic health unit Novo Aarão Reis to organize the service family health teams from the population register. The Knowledge of the territory and of the families living in it is extremely important to define work of the team, since it enables effective actions by increasing the efficiency of the services provided. The registration done by community health agent is of fundamental importance to the recognition of population that belongs to a basic health unit and to identify their problems and for prioritizing the provision of health services. To organize the work process of the family health team of the Novo Aarão Reis Health Unit, from the reality of the team, we developed a proposal for intervention to seek the needs of the population and the team, which currently finds himself disheartened by the excess demand and disorganization of our work process

Keywords: territorialisation; membership; Organization of health services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	20
4 CONHECENDO A REALIDADE	21
4.1 O cenário da intervenção	21
4.1.1 O Município de Belo Horizonte	21
4.1.2 O Bairro Novo Aarão Reis	22
4.1.3 A Unidade Básica de Saúde Novo Aarão Reis	23
4.1.4 A Equipe de Saúde da Família	23
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A organização do sistema de saúde, em especial a Atenção Básica, ocorreu no Brasil a partir da implantação da estratégia em Saúde da Família que vem demonstrando grandes avanços na superação de muitos problemas na área, no fortalecimento do vínculo das equipes com a população e na elevação do padrão de saúde do cidadão.

O modelo assistencial ao qual se tenta suplantar tem o médico como agente único do sistema, sendo seu objeto a doença e, os meios, apenas o saber e a tecnologia médica. O novo modelo traz como base de sustentação a EQUIPE, com uma redefinição do processo de trabalho, apontando novos caminhos para a superação das velhas e ineficientes ações. (FARIA, *et al.*, 2010; PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

Historicamente, formou-se no país um contingente de dependentes sociais e políticos, reconhecidos como “excluídos”, com acesso limitado às ofertas sociais. Infelizmente se vivia o poder do assistencialismo, onde o usuário age como mero receptor de ações políticas e sociais criadas por um grupo distante de sua realidade. Não havia equidade nos serviços disponibilizados à população, não atendendo a realidade vivida pelas comunidades. A população pobre e as regiões mais carentes ficavam marginalizadas quanto à oferta de serviços em saúde. As políticas de saúde eram as mesmas para áreas com condições diferenciadas, a oferta de serviços e a distribuição dos recursos não levavam em consideração as desigualdades sociais vivenciadas pela população. Nesse contexto, a reforma sanitária se despontou trazendo as bases que iriam constituir o Sistema Único de Saúde (SUS) e direcionar suas ações. (BRASIL, 2003; FARIA, *et al.*, 2010).

Para o Ministério da Saúde (2006, p. 10) a atenção básica

[...] é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

O Programa Saúde da Família (PSF), que a partir da publicação da Política

Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006) passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), foi e é uma resposta à crise vivida na saúde em nosso país. Saindo de um modelo que produzia procedimentos, médico-centrado, caminhando a um modelo usuário-centrado, com um trabalho verdadeiramente multiprofissional, com o objetivo de “produzir cuidado”, na tentativa de intervir além das práticas curativas. A ESF tem a família e a sua casa como *locus* de intervenção, com enfoque na promoção e na prevenção, trabalhando com uma população adstrita e contando com a participação comunitária. Trabalha com equipes de saúde multiprofissional com seus serviços centrados em ações comunitárias, no desenvolvimento de prioridades a partir do levantamento das necessidades da população, definindo estratégias visando à melhoria das condições de vida da comunidade. (FRANCO; MERHY, 1999; SOUSA; HAMANN, 2009).

A territorialização e a adscrição da clientela por equipe de saúde viabilizam a organização do processo de trabalho e vigilância em saúde, a partir da delimitação territorial. O conhecimento do território e dos indivíduos que vivem nele é de extrema relevância para a definição do processo de trabalho da equipe. Sem isto, não há como planejar e pensar estratégias, não há como propor metas e construir um plano de trabalho.

Na linha guia de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006, p. 42) está destacado que

território [...] não é apenas um espaço geográfico delimitado, mas toda uma diversidade de situações pessoais, familiares, sociais, muitas vezes atravessada por duras desigualdades [...] e são estas desigualdades abordadas na linha guia que exigem atenção e cuidados diferenciados, de acordo com as dificuldades socioeconômicas, de acesso à cultura e ao lazer, de infra-estrutura sanitária, etc, que encontramos num e noutro. [...].

Para Monken e Barcellos (2005), reconhecer esse território é a base para a caracterização da população e de seus problemas, além de fornecer subsídios para avaliar os resultados dos serviços prestados na saúde dessa população.

Gondim *et al.*, (2008, p.15) comentam que a análise do território possibilita “identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas

prioritários para as intervenções.”

A delimitação de uma área e dos indivíduos que vivem nesse território, possibilita a realização de ações efetivas aumentando a resolutividade dos serviços prestados. A adscrição da clientela vem definir uma relação de compromisso e garantir a elaboração de estratégias que tenham impacto sobre a vida da população. A equipe de Saúde da Família se apropria desse território assumindo a responsabilização pelos indivíduos num processo constante de conhecimento, sendo participantes no processo de transformação do modo de vida e saúde das pessoas, entendendo que território não se refere apenas a um espaço geográfico, mas sim a uma rede de relações, a espaços de vida e de morte, a um processo de apropriação deste espaço. (SOUSA; HAMANN, 2009; PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

As condições de vida e trabalho do indivíduo, o saneamento de sua rua e bairro, seu ambiente de trabalho, os serviços de saúde e educação a que tem acesso e o modo como constrói suas relações, são “determinantes” no seu processo de saúde. São as desigualdades sociais que determinarão o “estado de saúde” de uma comunidade e seu impacto sobre a vida individual e coletiva da mesma.

Sala *et al.*, (2004, p. 1557) destacam que

Uma área geográfica adstrita à unidade de saúde da família geralmente é tomada como possuindo características bastante homogêneas, por tratar-se de uma parte de um bairro próximo à unidade de saúde. Este território, além de constituir-se em espaço alvo de atuação da equipe, conforma uma certa identidade comunitária a este grupo de famílias, uma vez que possui situação sócio-cultural com razoável homogeneidade e, freqüentemente, algum tipo de atividade associativa.

Diante disso, o alcance de um retrato fiel da comunidade não se dará por meio da sistematização de uma lista de doenças e agravos, mas da percepção e reconhecimento de situações positivas e negativas, de vulnerabilidades que interferem diretamente no processo de vida do indivíduo.

Sala *et al.* (2004), destacam a importância de se discriminar situações geradoras de adoecimento e a qualidade de vida as quais estão submetidos os indivíduos dentro

de um território. Segundo o mesmo autor é o estudo dessas condições que conduzirá a organização do trabalho a partir da identificação de vulnerabilidades no espaço atendido.

Desponta, no contexto do território, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que segundo Gomes *et al.* (2009) possui um papel essencial no processo de consolidação do SUS, na medida em que é o responsável pelo fortalecimento das relações entre comunidade e serviço, sendo o facilitador do acesso aos serviços de saúde e o elo entre equipe e comunidade.

Segundo Silva e Rodrigues (2000), o papel do ACS é fundamental, pois é ele quem chega mais perto e primeiro aos dados, é ele quem vivencia diretamente dentro do lar as situações enfrentadas e vividas pelo usuário e sua família. O principal instrumento utilizado pelo ACS é a visita domiciliar, pela qual alcança o vínculo necessário para realização do trabalho em saúde, amplia o acesso às ações de saúde propostas pela equipe a partir da divulgação de informações e busca de demandas das famílias, para serem levadas a equipe de saúde da UBS de referência.

Demeneck (2008, p. 87), refere que a atenção domiciliar é “um conjunto de ações realizadas pela equipe interdisciplinar no domicílio do usuário, a partir de um diagnóstico, podendo articular ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação”.

Para a autora, a abordagem familiar em seu domicílio requer uma postura adequada da equipe, capaz de atuar sobre os conflitos que podem surgir com sua entrada no lar, reconhecendo o limite de sua intervenção.

A visita domiciliar tem como objetivo principal o indivíduo, a família e suas necessidades, representa a base da Estratégia Saúde da Família, uma vez que é por meio dela que se constrói a relação do usuário com a equipe. As informações geradas por meio dos dados coletados por eles é que irá subsidiar todas as ações da equipe. Os ACS “penetram” no meio familiar, na intimidade da casa, conhecem o “jeito” de viver de cada usuário, suas afeições e seus conflitos. A visita domiciliar é

mais que uma coleta de informações, significa “a construção diária de uma ponte que ligará o usuário à equipe”. (FARIA *et al.* 2010; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

A visita domiciliar apresenta-se como método seguro de conhecimento de como vive cada família, suas condições de vida, o espaço social com seus hábitos, suas crenças, seus valores. Através das informações colhidas nesse momento a equipe pode planejar e executar, com eficiência, suas ações, por meio da elaboração de um plano que possa impactar positivamente nas condições de saúde e vida da comunidade, em especial àquelas em condições de maior desfavorecimento. O domicílio cumpre papel importante como espaço para criação de vínculo entre profissional e usuário e para uma relação de empatia entre eles. (FARIA, *et al.*, 2010; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

A família se destaca como a principal fonte dos dados necessários para a efetivação das ações em saúde, então, conhecer geral e especificadamente as condições de vida da comunidade é vital para o sucesso de qualquer ação proposta. E esse conhecimento se dá pelo trabalho diário dos ACS nas visitas domiciliares, onde fazem o cadastramento das famílias.

Pelo exposto, este trabalho tem como objetivo compreender a importância do cadastro familiar no processo de trabalho da equipe de saúde e sua interveniência no planejamento das ações e distribuição dos serviços de saúde. A opção para fazer este trabalho, surgiu das muitas inquietações produzidas durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais, pelo qual, por meio do aprendizado, do acréscimo de conhecimentos e maior reflexão da prática diária no serviço, motivou a buscar mudanças nas ações profissionais do fazer em saúde. Citando como relevante e estimulador do repensar a prática no serviço, o conteúdo estudado na Unidade Didática I que contemplou os módulos: Processo de trabalho em saúde, Modelo assistencial e Atenção Básica à Saúde; Planejamento e avaliação das ações de saúde e Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade que foram fundamentais para a compreensão da organização do processo de trabalho e do fazer saúde e

reforçadores para a realização deste trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Aarão Reis foi inaugurada em 01/07/2008, sendo que sua construção se deu por um movimento popular na captação de recursos financeiros do Orçamento Participativo partindo da necessidade urgente de um grupo que vivia às margens da assistência à saúde do município. É uma comunidade composta por trabalhadores informais e assalariados, carente, em situação de extrema pobreza, com baixos níveis de escolaridade, marcada pela violência e vivendo em ambientes com condições precárias.

A comunidade atendida foi transferida de duas outras UBS, que realizaram o cadastramento inicial da população adscrita. O cadastro está incompleto e as atualizações feitas pelos ACS não foram efetuadas, havendo uma grande discrepância nos números. São dados defasados que dificultam a caracterização dos usuários e limitam a consulta pela equipe aos mesmos, uma vez que não há confiabilidade nas informações geradas. Sabe-se que a população atendida pela UBS ultrapassa **9** mil usuários (segundo informações dos registros dos ACS), no entanto, nos registros formais (Censo BH Social) constam apenas **3.820** usuários cadastrados.

Nesse contexto, a equipe de saúde enfrenta agressões verbais por parte da população e ameaça de agressões físicas, devido insatisfação com a oferta de serviços na UBS. Quando se avalia a classificação do bairro que é de “Elevado risco” e “muito elevado risco” e observa-se a média de **840** famílias por ACS (conforme registro dos ACS), pode-se inferir que há falha na territorialização realizada pelo município, o que gera insatisfação da equipe, por não conseguir atender toda a demanda, uma vez que o quantitativo de profissionais é insuficiente causando a insatisfação da comunidade, por não ver seus problemas resolvidos. Nas discussões com a comunidade é percebível e recorrente o relato dessa insatisfação. A sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e de apoio administrativo gera um aumento do absenteísmo e ocasiona divergências e conflitos nas relações interpessoais na equipe que reflete diretamente na relação equipe-comunidade. Tudo isso revela as dificuldades enfrentadas na construção de relações de trabalho adequadas ao processo de trabalho, com atividades

fragmentadas, ausência de trabalho conjunto, onde as reuniões de equipe e as ações específicas da estratégia saúde da família são dificultadas, uma vez que, as auxiliares de enfermagem estão “presas” aos setores da unidade (farmácia, vacina, entre outros), a médica e a enfermeira são sobrecarregadas com atendimentos à agudos e a demanda exagerada enfrentada na unidade.

A UBS Novo Aarão Reis está com seus serviços centrados no atendimento a agudos, com uma demanda diária enorme o que dificulta a execução de ações coletivas de prevenção e educação em saúde. A equipe, diante disso, tenta rever suas ações, mudando estratégias no intuito de otimizar os serviços, mas diante da manutenção da grande demanda e da contínua insatisfação dos envolvidos, concluiu-se então que o problema tem sua origem na quantificação desses usuários, na identificação de suas necessidades de saúde e de vida e dos potenciais da comunidade.

A equipe detectou que existem vários problemas contribuindo para a manutenção dessa situação na UBS e destacou os seguintes:

- Falha na coleta das informações pelo ACS e dados fornecidos erroneamente pelo usuário (preenchimento errado das fichas).
- Ausência de atualização (inclusão, exclusão) periódica dos dados de vida de cada usuário (deficiência na atualização no preenchimento da Ficha).
- Cadastros não sistematizados gerando perdas nos dados coletados (ausência de digitador/ falhas na digitação).
- Falhas na execução do percurso, não havendo planejamento na realização das visitas pelo ACS.
- Alta rotatividade de moradores do território da UBS.

Esses problemas geram uma desorganização do processo de trabalho da equipe, afetando principalmente a programação que acarreta consequências tanto para o usuário como para a avaliação dos serviços ofertados às famílias, a saber:

- Sub-registro gerando falhas na interpretação das condições reais de

vida da população.

- Dados não confiáveis quali e quantitativamente da população adscrita da UBS.
- Realidade descrita incoerente com a realmente vivenciada pela comunidade.
- Prejuízo no processo de tomada de decisão, planejamento e execução das ações de intervenção e na distribuição dos serviços de saúde.

Tudo isso leva o trabalho a ser estressante, não produtivo, causando insatisfação dos profissionais com o processo de trabalho, sendo algumas vezes, o motivo da rotatividade desses profissionais

Com a finalidade de buscar entender a tória dos problemas foi elaborado o mapa contextual para identificação dos problemas. Apresenta-se esquematicamente na FIG.01 rede dos problemas identificados.

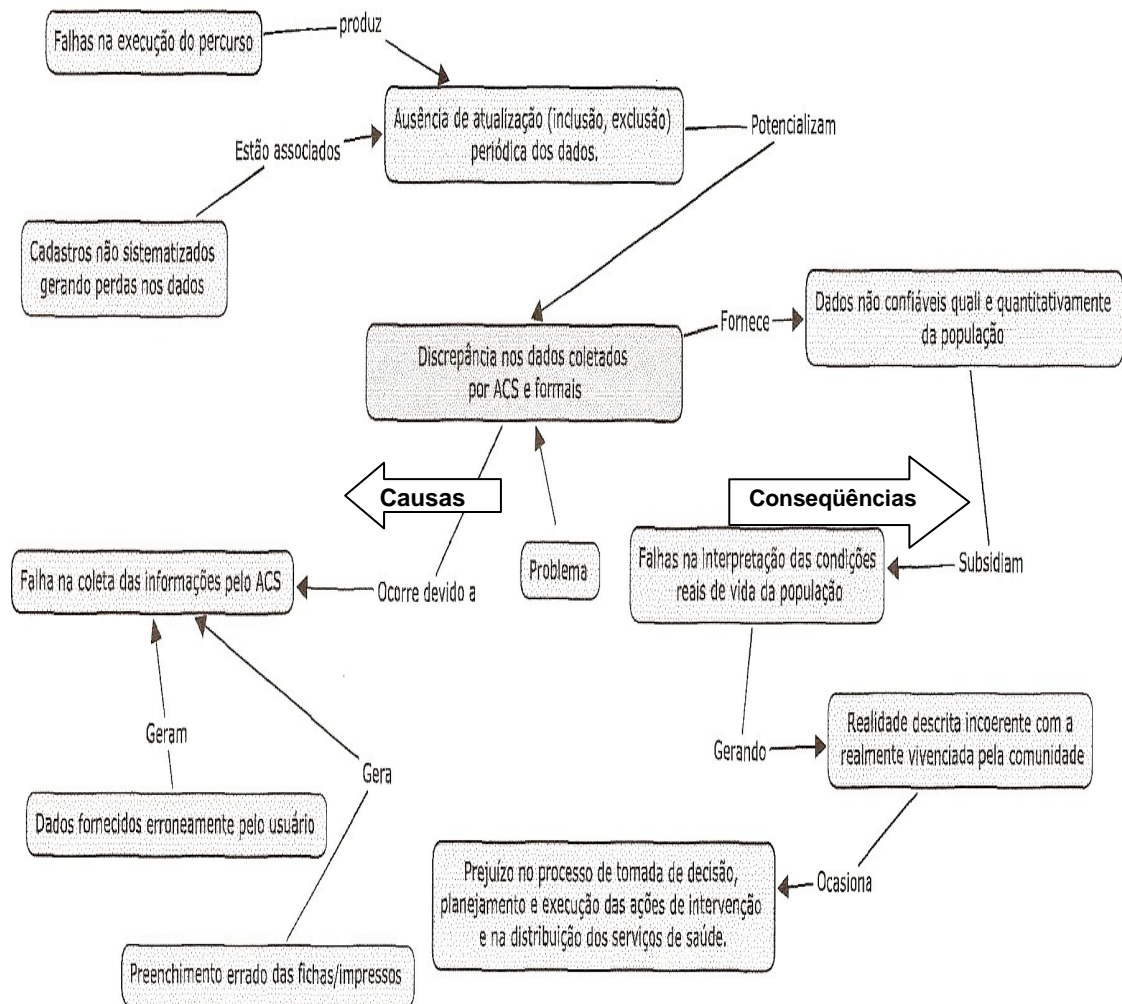


FIGURA 01 - Esquema explicativo dos problemas identificados

Neste estudo pretende-se destacar a importância do cadastro familiar atualizado e a responsabilização dos profissionais de saúde na concretização do mesmo e ainda demonstrar para a gestão municipal a importância de uma revisão contínua do território, para de fato possibilitar à equipe as condições necessárias para um bom trabalho com as famílias na área de abrangência da UBS.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender a importância do cadastro familiar no processo de trabalho da equipe e sua intervirência no planejamento e execução das ações de intervenção e na distribuição dos serviços de saúde.

3.2 Específicos

Destacar a importância do trabalho do ACS no cadastramento das famílias;
Descrever uma proposta de intervenção na Unidade Básica de Saúde Novo Aarão Reis visando a organização do serviço das equipes de saúde da família a partir do cadastro populacional.

4 CONHECENDO A REALIDADE

Foi realizado uma revisão bibliográfica no período de Julho a Dezembro de 2010, sobre a importância do cadastramento como um instrumento de planejamento das ações de saúde no território de uma equipe de saúde da família. A pesquisa bibliográfica foi livre, considerando ser o cadastramento um tema novo e com maior utilização na estratégia saúde da família. Foram utilizados os conhecimentos levantados na literatura pesquisada e a vivência como profissional para a elaboração da proposta de intervenção.

4. 1 O cenário da intervenção

4.1.1 O Município

Belo Horizonte é uma cidade com praças e áreas arborizadas que propiciam um ambiente acolhedor aos seus moradores, sendo um bom lugar para se viver. Belo Horizonte é uma cidade dinâmica, com uma localização privilegiada, estando interligada a grandes centros como São Paulo e Rio de Janeiro. Possui uma vasta gama de serviços e um comércio bem desenvolvido, grandes espaços para eventos, uma infra-estrutura turística de qualidade com espaços arquitetônicos e rica produção artística e cultural. O turismo é beneficiado pela extensa malha rodoviária e transporte aéreo aumentando o fluxo turístico e consequentes investimentos na área. A cidade foi planejada para ser a capital de Minas Gerais, inicialmente comportando, segundo o projeto de construção, apenas 200 mil habitantes. Hoje, com os avanços tecnológicos e o desenvolvimento econômico, esta população ultrapassa 2 milhões de habitantes, tornando-se uma grande metrópole, arrojada e moderna. (BELO HORIZONTE, 2010).

Por outro lado, todo este desenvolvimento gerou um grande crescimento urbano, sem planejamento prévio dos setores básicos do município. O crescimento desordenado levou à ocupação de áreas inapropriadas para habitação, com moradias erguidas em morros, áreas íngremes e às margens de córregos. As favelas passaram a fazer parte do cartão postal da cidade.

Tem-se então a formação de um contingente populacional marginalizado, vivendo em ambientes inóspitos, em condições precárias, destituídos dos direitos básicos à vida. Homens e mulheres sem cidadania, revelando-se como um grande desafio político, social e econômico.

É nesse contexto que a saúde no município necessitou de uma nova estratégia para atender a demanda criada. Fez-se necessário o aumento da oferta de serviços nesta área, em especial na Atenção Primária à Saúde, colocando-a como principal porta de entrada ao sistema de saúde o que possibilita, gradativamente, sua organização. Belo Horizonte, nos últimos anos, priorizou investimentos na Atenção Primária à Saúde contando hoje com **513** equipes de Saúde da Família (ESF), **202** equipes de Saúde Bucal, **65** equipes de Saúde Mental e uma equipe multidisciplinar de profissionais envolvidos na assistência direta a população. São **146** Centros de Saúde, **2.316** Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com 390 mil famílias assistidas correspondendo a 75% de cobertura da população do município. (MAGALHÃES JUNIOR, 2008).

4.1.2 O Bairro Novo Aarão Reis

O Novo Aarão Reis é um bairro localizado no Distrito Sanitário Norte que faz limites com o município de Santa Luzia e com os distritos sanitários de Venda Nova, Pampulha e Nordeste. Possui uma população de cerca de 9 mil habitantes. A área do bairro Novo Aarão Reis era uma fazenda, Chácara Novo Aarão Reis, que foi desativada e invadida por pessoas que não tinham onde morar, marginalizadas socioeconômico e geograficamente. Levantaram ali, até mesmo as margens do rio poluído, seus barracos sem nenhuma infraestrutura, expostos a inundação e doenças. Fica às margens da estrada que leva ao município de Santa Luzia e o Ribeirão do Onça. Após anos de lutas, a população conseguiu que a Prefeitura doasse os terrenos e ainda fornecesse material para construção das casas. A partir daí, ocorreu um crescimento gradativo do bairro, a população cresceu e, conseqüentemente, surgiram novas áreas invadidas, com casas construídas à beira

de rios e outros locais inapropriados, com o surgimento de becos e ruas sem infraestrutura.

4.1.3 A Unidade Básica de Saúde Novo Aarão Reis

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Aarão Reis localiza-se à Avenida Hum, 200. A UBS atende uma população de mais de nove mil pessoas que antes eram atendidas nas UBS MG-20 e Aarão Reis. Possui dez consultórios, sala de enfermagem, reunião, vacina, coleta, curativo, farmácia, fraldário e sala para a equipe de zoonoses. Construída de acordo com o padrão do município, com estrutura física adequada e adaptação para deficientes físicos, propicia boas condições de trabalho à equipe e conforto aos usuários. Possui os insumos de consumo e permanente necessários à assistência e a continuidade da mesma, facilitando o trabalho da equipe.

A Unidade funciona das 07:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira, com duas equipes de Saúde da Família, equipes 1 e 2. Cada equipe é composta por profissional médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS. Faz parte do quadro de funcionários ainda um enfermeiro de apoio (carga horária de 4 horas diárias), dois auxiliares de enfermagem (6 horas diárias), um pediatra (4 horas diárias), além de servidor administrativo, de serviços gerais e de portaria. Em alguns dias da semana, a UBS recebe da UFMG e Unifenas, acadêmicos e seus preceptores. Duas equipes de saúde bucal estão sendo integradas às equipes de Saúde da Família com início breve das atividades.

4.1.4 A Equipe de Saúde da Família

A equipe de Saúde da Família 2 (ESF 2) é composta por 5 ACS, 2 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira e 1 generalista, cumprindo o horário de trabalho de 07:00 às 16:00 horas. A equipe vive um momento especial de conhecimento mútuo e adaptação ao processo de trabalho, com alguns fatores dificultadores intervenientes nesse processo: profissionais que foram remanejados de outras unidades para

compor a equipe; alta rotatividade do enfermeiro com duas substituições em menos de três meses; ACS em fase de efetivação e a iminência da saída da médica da equipe. Soma-se a isto, a quantidade insuficiente de auxiliares de enfermagem para atender a grande demanda da UBS em seus diversos setores, tais como: coleta de material para exames laboratoriais, aplicação de vacinas e a realização de curativos, sobrecarregando os auxiliares da equipe.

A rotina de trabalho se dá com o atendimento a demanda espontânea, todas as manhãs, realizado pela médica e pela enfermeira, não tendo a participação das auxiliares, pois essas estão escaladas para a realização da coleta de material para exames na unidade. À tarde são realizadas atividades programadas em saúde da criança, como puericultura; saúde da mulher, como pré-natal e citologia oncológica; grupos operativos e de convivência; visitas domiciliares e atividades administrativas e de organização do serviço (reuniões de equipe, supervisão, etc). Devido à demanda exagerada da UBS, algumas atividades como os grupos de saúde e capacitação da equipe, ficam prejudicados. A grande procura pelos serviços pode ser explicada pela presença muito recente da UBS na comunidade, revelando uma demanda reprimida, uma vez que esta população era atendida em uma unidade que estava localizada há 3 quilômetros de suas casas. Diante disso, o vínculo da comunidade com a equipe está em construção, gradativamente identifica-se as necessidades da população adscrita, suas peculiaridades e modos de vida. A equipe busca o fortalecimento de suas ações, com efetividade sobre o processo saúde-doença, e a organização do seu processo de trabalho.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para avançar na organização do processo de trabalho da equipe, baseada nas considerações sobre o modo de trabalho da mesma na UBS, propõe-se algumas estratégias de intervenção com a finalidade de reorganizar o trabalho da equipe dentro do território, utilizando ferramentas como o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que levem a equipe a melhorar o uso dos dados do cadastro das famílias, a partir das fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em especial os da Ficha A, coletados pelos agentes comunitários de saúde.

Quadro 01 - Descrição de proposta de intervenção

Projetos	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
“(Re) Conhecendo a comunidade”	Conhecimento do número real de usuários da área de abrangência da equipe	Cadastros corretos com informações fidedignas de todos os moradores da área ACS capacitados e engajados no trabalho	Revisar fichas familiares e/ou cadastrar famílias Treinar ACS preenchimento correto dos impressos	Enfermeira e ACS	6 meses
“Aprimorando o trabalho”	Acompanhamento mensal de cada família Coleta de informações adequadas que retratem a real situação da comunidade	Contato permanente com a população - monitoramento Cadastros e atualizações corretas que facilitam a tomada de decisão e a organização do serviço	Realizar ações de sensibilização e responsabilização dos ACS quanto à importância da atualização sistemática dos dados	Enfermeira	1 mês
“Por onde ando”	Otimização do trabalho do ACS Avaliação sistemática do percurso Aumento da produtividade do ACS	Percurso atualizado e reconhecido Execução correta do percurso com otimização do tempo Maior eficiência no serviço	Revisão do percurso realizado pelos ACS Cronograma/ programação do percurso – visitas diárias	Enfermeira	15 dias
“Eu posso ajudar”	Colaboração da comunidade na coleta e atualizações dos dados	Participação ativa da comunidade nos serviços da unidade	Informar e sensibilizar a comunidade da importância do fornecimento correto das informações	Equipe	6 meses

Quadro 02 - Elaboração do plano – resultados esperados.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Erro na coleta das informações pelo ACS	<p>“(Re) Conhecendo a comunidade”</p> <p>Recadastrar todas as famílias e/ou revisar fichas familiares</p> <p>Treinar ACS preenchimento correto dos impressos</p>	<p>Conhecimento do número real de usuários da área de abrangência da equipe</p>	<p>Cadastros corretos com informações fidedignas de todos os moradores da área</p> <p>ACS capacitados e engajados no trabalho</p>	<p>Organizacional → disponibilização dos impressos, sala de reunião.</p> <p>Cognitivo → conhecer os impressos utilizados e seu correto preenchimento</p> <p>Político → adesão da equipe na execução</p>
Atualização (inclusão, exclusão) periódica dos dados do usuário não realizada.	<p>“Aprimorando o trabalho”</p> <p>Sensibilização e responsabilização dos ACS quanto à importância da atualização sistemática dos dados</p>	<p>Acompanhamento mensal de cada família</p> <p>Coleta de informações adequadas que retratem a real situação da comunidade</p>	<p>Contato permanente com a população - monitoramento</p> <p>Cadastros e atualizações corretas que facilitam a tomada de decisão e a organização do serviço</p>	<p>Organizacional → disponibilização dos impressos, sala de reunião.</p> <p>Cognitivo → conhecer os impressos utilizados e seu correto preenchimento, importância do SIS</p> <p>Político → adesão da equipe na execução</p>
Falhas na execução do percurso	<p>“Por onde ando”</p> <p>Revisão do percurso realizado pelos ACS</p> <p>Cronograma/programação do percurso – visitas diárias</p>	<p>Otimização do trabalho do ACS</p> <p>Avaliação sistemática do percurso</p> <p>Aumento da produtividade do ACS</p>	<p>Percurso atualizado e reconhecido</p> <p>Execução correta do percurso com otimização do tempo</p> <p>Maior eficiência no serviço</p>	<p>Organizacional → disponibilização dos impressos, sala de reunião.</p> <p>Cognitivo → conhecimento das micro-áreas e a área atendida como um todo</p> <p>Político → articulação com GEREPI - parceria na elaboração dos percursos; adesão da equipe</p>

<p>Falta de colaboração da comunidade quanto ao cadastro e fornecimento das informações</p>	<p>“Eu posso ajudar”</p> <p>Informar e sensibilizar a comunidade da importância do fornecimento correto das informações</p>	<p>Colaboração da comunidade na coleta e atualizações dos dados</p>	<p>Participação ativa da comunidade nos serviços da unidade</p>	<p>Organizacional → uso dos espaços de atendimento da unidade</p> <p>Cognitivo → abordagem pessoal, empatia</p> <p>Político → mobilização da equipe e da comunidade</p>
--	---	---	---	---

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação da equipe com a comunidade e o conhecimento adquirido através desta relação é que direcionará o planejamento das ações de forma eqüitativa. Não adianta reservar vagas na agenda para atender hipertensos e diabéticos se, na verdade, não é essa a prioridade da população. Muitas vezes consideram-se, devido informações quantitativas, necessidades que não são as realmente “sentidas” pela comunidade. Destaca-se aí a importância do trabalho do ACS e seu valor como instrumento que garantirá o sucesso das ações a serem implementadas pela equipe de Saúde da Família.

O cadastro familiar é uma “leitura” da comunidade e de sua situação de saúde. Por meio dele se conhece a população, sua condição de vida, como vive e como se insere no processo de saúde-doença. O cadastro quantifica e qualifica a população. Ele direciona o trabalho da equipe, definindo inicialmente o território e sua distribuição em microáreas, o processo de trabalho em si, determinando onde, como e quando a equipe deve intervir prioritariamente, com ações de saúde e políticas públicas. Possibilita também a classificação de risco para a priorização de atendimento. Em um processo contínuo, este cadastro deve ser atualizado a partir de inclusões, exclusões e outras alterações que ocorrem na dinâmica da comunidade. Através da adscrição da clientela e com o trabalho dos ACS, trazendo informações acerca da vida e das necessidades das famílias, suas características, seus potenciais e a forma como vivem e se relacionam, têm-se subsídios para o conhecimento da área.

O trabalho da equipe desponta como um desafio ao novo modelo, pois é por meio dele que se alcançará a integralidade do cuidado em saúde, que deve ser exercido com a colaboração de todos os profissionais em ações interdisciplinares, com maior interação social e integração dos profissionais, possibilitando assim, melhores resultados na qualificação da assistência ofertada à população.

O trabalho em equipe, para ser efetivo e ter como produto final um cuidado em saúde de qualidade, deve contemplar um plano comum, um projeto prévio discutido

e acordado por todos os membros, a partir de uma administração competente destas ações.

Sousa e Hamann (2009), afirmam que a Saúde da Família é uma estratégia política que vem contribuindo para a diminuição das iniquidades, ampliando o acesso aos serviços básicos de saúde, promovendo vinculação equipe-comunidade no intuito de cuidar do processo de vida e morte da população. A implantação das equipes de saúde da família só será efetiva, só produzirá efeitos se houver quem a potencialize para a mudança. E ainda que órgãos legislem sobre a temática, que programas e políticas públicas sejam criadas, só haverá sucesso com a corresponsabilização dos usuários pela sua própria saúde. É preciso identificar, nas áreas de atuação da equipe, os potenciais existentes, é preciso que a comunidade lute conjuntamente, aumentando a capacidade do indivíduo de atuar em favor de sua saúde. Uma rede social bem estabelecida e articulada promove no local onde atua um desenvolvimento de grande importância, na medida em que desperta novos comportamentos fomentando a participação de todos.

A organização do sistema municipal de saúde a partir da implementação das equipes Saúde da Família vem demonstrando grandes avanços na rede de atenção à saúde com a superação de muitos problemas, entre esses, o fortalecimento do vínculo das equipes com a população na busca da elevação do padrão de qualidade da atenção à saúde e da vida do cidadão.

A proposta de intervenção elaborada está respaldada na plenitude do trabalho dos agentes comunitários de saúde e para o exercício dessa função é necessário que os mesmos sejam capacitados em serviço e sejam reconhecidos pela relevância do seu trabalho junto as famílias de suas microareas.

Considera-se que a implementação da proposta de intervenção descrita possibilite a organização do serviço das equipes a partir do reconhecimento da comunidade e dos recursos disponíveis, como também conduzir a equipe a repensar seu processo de trabalho revelando a importância de sua interação como grupo e da utilização dos recursos políticos através da relação com a gestão local e municipal. Para tanto, é extremamente relevante a apresentação e discussão prévia dessa proposta com a equipe, em especial os ACS, com a gestão local e o Conselho Local de Saúde como

forma de pactuação e formalização de um compromisso mútuo que levará ao sucesso das ações a serem implementadas.

Enfatiza-se, portanto a importância do cadastro familiar enquanto instrumento para diagnóstico de saúde da população do território da equipe de saúde e a execução correta da territorialização como forma de propiciar à equipe condições de trabalho adequadas, onde possa exercer efetivamente ações que resultem em benefícios para o usuário e satisfação para os trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2003, v.3, n.1, p. 113-125. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100013>. Acesso em 18/08/10.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em 23/02/11.
3. DEMENECK, K.A. Características da atenção primária à saúde. **Arq. Catarin. Med.**, v.37, n.1, p. 84-90, 2008. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/541.pdf>>. Acesso em 08/08/10.
4. FARIA, H. P.; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. dos. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. NESCON/UFMG. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
5. FRANCO T; MERHY E. PSF: Contradições e novos desafios. Belo Horizonte/Campinas, março 1999, Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em 01/10/2010.
6. GOMES, K. de O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/08/10.
7. GONDIM G.M.M., MONKEN, M. ROJAS, L.I.; BARCELLOS, C.; PEITIER, P.; NAVARRO, M.; GRACIE, R. território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: Barcellos C, Carvalho A, Monken, M. Moreira. J. (org.). **Território, Ambiente e Saúde** Ed. Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf>. Acesso em 15/10/10.
8. MAGALHÃES JUNIOR. H.M. Implantação de Saúde da Família em um grande Centro Urbano: resultados e desafios do caso Belo Horizonte. *In*: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/MESA_REDONDA_21_09_15H45_pdf/Helv%E9cio%20Miranda%20Magalh%E3es%20J%FAnior.pdf>. Acesso em: 07/10/10.
9. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção em saúde mental. Belo

Horizonte, 2006, 238p. Linha Guia da Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>>. Acesso em 12/07/10.

10. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/08/10.

11. PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, v.2, n. 2, p.47-55, 2006. Disponível em: <<http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=26>>. Acesso em 03/09/10.

12. PIANCASTELLI, Carlos Haroldo; FARIA, Horácio Pereira de; SILVEIRA, Marília Rezende da. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, p.45-50, 2000. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/PIANCASTELLI,%20Carlos%20Haroldo/1010>>. Acesso em: 15/08/10.

13. SALA, Arnaldo; SIMOES, Oziris; LUPPI, Carla Gianna; MAZZIERO, Miryan Cristina. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, v.20, n.6, p. 1556-1564. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/13.pdf>>. Acesso em: 03/08/10.

14. SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 2, n.1, jan/jun. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/678/748>>. Acesso em: 03/09/10.

15. SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000800002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=pt>. Acesso em: 05/08/10.

16. VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Práticas pedagógicas em Atenção Básica a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. 72p.

17. BELO HORIZONTE. A cidade que conquista. Disponível em: <<http://www.belo Horizonte.mg.gov.br>>. Acesso em 08/10/10.