

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELO BERNARDES DA SILVEIRA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS/MG**

UBERABA/MG

2014

MARCELO BERNARDES DA SILVEIRA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Mario Antônio de Moura Simim

UBERABA/MG

2014

MARCELO BERNARDES DA SILVEIRA

**PROJETO DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE
CANÁPOLIS - MG**

Banca Examinadora:

Profª: Conceição Aparecida Serralha

Aprovado em Uberaba, 04-02-2014.

RESUMO

O presente trabalho tem como foco a UBS – Unidade Básica de Saúde Joaquim Costa, no município de Canápolis- MG e retrata os problemas da unidade no cumprimento da PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, em relação à equipe e no que tange a população adscrita da unidade. Tem como objetivo organizar a ESF - Estratégia Saúde da Família na UBS em questão, compreender o processo de trabalho, identificar as especificidades de cada elemento do processo de trabalho, além de perceber o funcionamento do mesmo. Foi desenvolvido através de ações educativas que objetivaram interferir no processo de saúde/ doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida e, para tanto, foram propostas ações de divulgação de informações e orientações em relação a fatores primordiais observados juntamente com a população adscrita, o que possibilitou certa melhoria e fez com que mudanças importantes fossem verificadas ao final da realização do projeto.

Palavras-chave: UBS, Canápolis, ESF.

ABSTRACT

This work focuses on UBS - Basic Health Unit Joaquim Costa, municipality of Canápolis-MG and portrays drive problems in fulfilling BANP - National Primary Care Policy in relation to staff and in terms of the enrolled population unit. Aims to organize the FHS - Family Health Strategy at UBS in question, understanding the process of work, identifying the characteristics of each element of the work process, and understand the functioning of the same. Was developed through educational activities that aimed to interfere with the process of health / disease population and expanding social control in protecting the quality of life and both were proposed actions to disseminate information and guidance on the key factors along with the observed population enrolled, which enabled some improvement and has made significant changes were observed at the end of the project.

Key word: UBS, Canápolis, ESF.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	6
1.1- Diagnóstico Situacional: o caso do município de Canápolis	8
2- JUSTIFICATIVA	11
3- OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4- METODOLOGIA	13
5 - Proposta de intervenção	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1- INTRODUÇÃO

O modelo proposto pela Atenção Primária a Saúde (APS) teve enorme impacto na organização do sistema público de saúde no Brasil e o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) foi fundamental como estratégia de reorientação assistencial, substituindo práticas convencionais e reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (STARFIELD, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da consolidação do SUS juntamente com movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, sendo que no Brasil, a Atenção Básica foi criada com o objetivo de ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

A PNAB considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes definidas no documento citado acima.

A Atenção Básica:

“caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais como coletivas, que abrangem a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, através de trabalhos em equipes dirigidos a populações de territórios definidos” (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família surgiu em 1994 como iniciativa do Ministério da Saúde visando à implementação da atenção primária em saúde e à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, sendo que estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2011).

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2011).

Entretanto, a consolidação dessa estratégia precisa ser sustentada por um processo que

permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A ESF como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família.

De acordo com a PNAB cada ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas de acordo com a PNAB, e ainda segundo o documento, recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território em questão, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

A recomendação da PNAB é que a ESF seja multiprofissional e composta por no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

A constituição da equipe deve ser planejada levando-se em consideração alguns princípios e as atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, as equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta
- Elaborar com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença.
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde.
- Resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados.
- Desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.

- Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

De acordo com a PNAB a base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de:

- Visita domiciliar - com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção.
- Internação domiciliar - não substitui a internação hospitalar tradicional. Deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitirem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe.
- Participação em grupos comunitários - a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico, assim como alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

1.1- Diagnóstico Situacional: o caso do município de Canápolis

O município de Canápolis/MG representa a realidade de inúmeras cidades brasileiras, que tenta adequar-se ao sistema de saúde para que este de certa forma possa atender o usuário dentro dos crivos dos princípios básicos do SUS.

Desde o surgimento e instalação da Unidade Básica de Saúde (UBS) Joaquim Costa no município, este tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pela ESF, atendendo com resolubilidade e qualidade as necessidades de saúde da população adscrita.

Na Unidade de Saúde Joaquim Costa observa-se resquícios do modelo hospitalocêntrico, considerando a visão popular de que o único local ou unidade de saúde para a resolução dos problemas de saúde é o hospital, diga-se Pronto-Socorro.

De acordo com dados do IBGE (Censo Demográfico, 2010) o município de Canápolis no ano de 2010 tinha população de 11.365 habitantes, com estimativa de aumento para 11.882

habitantes no ano de 2013. Considerando tais números pode-se dizer que população é bem dividida e semelhante em relação a quantidade de pessoas por gênero, visto que são 5.984 homens e 5.381 mulheres.

O município com esse número de habitantes tem população urbana consideravelmente maior do que a rural, sendo 10.180 pessoas residentes na zona urbana e apenas 1.185 residentes na zona rural.

Com base nos dados disponibilizados no IBGE (Censo Demográfico, 2010), seguem os números da divisão da população em faixas etárias, de acordo com o gênero e a zona onde residem, se urbana ou rural. Sabendo-se que são 5.304 homens que residem na zona urbana e apenas 680 na zona rural e 4.876 mulheres que residem na zona urbana e 505 na zona rural.

O município de Canápolis dispõe de Unidade de Vigilância Sanitária, Centro Odontológico Municipal e o Centro de Saúde Dona Maria de Souza Barcelos, além de quatro unidades de saúde, sendo:

PSF1- Casa de Saúde Joaquim Rodrigues Costa

PSF2 - Casa de Saúde Dr. Osvaldo Pinto

PSF3 - Hermenegildo de Freitas

PSF4 - Unidade Básica de Saúde da Família Bolivar José Santana.

Em relação à população adscrita, não há participação social ativa, e não há um funcionamento em rede dos níveis de hierarquia, como preconizados nas diretrizes do SUS. A transferência ou encaminhamento de um paciente para uma avaliação pormenorizada é sempre complicada e dificultosa.

Em relação à equipe da ABS foco desse trabalho, deve-se ressaltar que o recurso humano está em adaptação às novas funções e nem sempre tais profissionais tem um arcabouço educacional e cultural suficiente para exercer tais funções. Há certa desmotivação, falta de empenho e de pró-atividade no que diz respeito à atividades que de certa forma são importantes para a população, como: visita domiciliar, organizar uma agenda com intuito de atender populações específicas como HIPERDIA, Puericultura, Pré Natal, etc. Também faltam espaços e oportunidades para discussões de temas relevantes para a Unidade, sendo que não há reuniões de grupo com a equipe.

O maior problema observado no PSF1, é que embora esta apresente espaço físico suficiente, não tem infraestrutura adequada para pequenos procedimentos cirúrgicos e passa por um problema comum entre as UBS do município em questão: a população tem a concepção de unidade de saúde como Pronto Atendimento.

2- JUSTIFICATIVA

O crescimento do PSF e a melhoria da qualidade da assistência na atenção básica por meio da saúde da família fazem parte das prioridades do Ministério da Saúde. O Programa de Saúde da Família busca superar os modelos de assistência centrados exclusivamente na doença e procura desenvolver práticas de gerência de serviço e assistência à população de cunho participativo por meio do trabalho em equipes que se responsabilizam pela assistência de populações em territórios delimitados.

Os princípios da atenção básica no Brasil permeiam a integralidade, qualidade, equidade e a participação social. Por meio da definição do número de pessoas a serem atendidas estabelecem ligação/vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a coresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

A Saúde da Família é um projeto para melhorar a assistência prestada pelo SUS e para que haja a consolidação dos objetivos do PSF se faz necessário que haja mudanças nas Unidades Básicas tradicionais visando a melhor qualificação e orientação dos profissionais que trabalham nas equipes, a melhor organização do próprio PSF e mais informação por parte das equipes em relação a comunidade atendida.

O foco do processo de trabalho tendo em vista a implementação do SUS e a reorganização da atenção básica em saúde, tem como base a estratégia de Saúde da Família. Entendendo aqui o processo de trabalho como o modo com que são desenvolvidas as atividades profissionais e o modo como é realizado o trabalho de forma geral na UBS.

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular e os meios e condições de trabalho se combinam juntamente com a qualificação da equipe com o objetivo de atender as necessidades da comunidade.

No setor de saúde surgem cotidianamente situações de muita complexidade envolvendo uma diversidade de relações. Lidar com as demandas e necessidades de indivíduos, famílias e comunidades requer instrumentos complexos para que a equipe possa fazer intervenções e avaliações adequadas.

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos da reordenação da atenção à saúde no SUS. Devido a isso se faz necessário aprofundar o conhecimento sobre o processo de trabalho em geral e em relação ao processo de trabalho na atenção básica em particular.

3- OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Construir um projeto de intervenção visando à organização da ESF na UBS Joaquim Costa em Canápolis/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender o processo de trabalho na sua totalidade e a interrelação dos seus elementos.
- Identificar as especificidades de cada elemento do processo de trabalho e suas implicações práticas. Perceber o funcionamento do processo de trabalho numa perspectiva dinâmica.
- Planejar ações e definir meios para executar as ações necessárias.
- Compreender a importância da avaliação constante no processo de trabalho.

4- METODOLOGIA

O desenvolvimento do projeto parte da concepção de que todas as transformações passam pelo crivo da equipe de saúde, base para todas as mudanças na microrregião da população adscrita (WONCA, 1994).

Para que tais objetivos sejam alcançados, seguem diretrizes e planejamentos que de modo geral visam orientar as ações da ESF, e que através de tais ações será possível alcançar os objetivos, no primeiro momento, os que são especificamente relacionados à população e à informação dessa, no segundo momento os objetivos relacionados se referem à própria organização da ESF e sua equipe.

Para cada tópico seguem as diretrizes que para que cada planejamento seja executado como proposto anteriormente:

1 - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde/ doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.

Ações:

- Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas sequelas, através da mídia e/ou de eventos, palestras.
- Divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando à redução da morbi-mortalidade por acidentes e doenças do trabalho.
- Divulgação de informações e orientações educativas em saúde bucal.

2 - Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.

Ações:

- Identificação dos grupos de risco que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários.

3 - Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.

Ações:

- Diagnóstico clínico e coleta de material para exames, bem como seu envio a laboratórios de referência.
- Identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados.

4- Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica.

Ações:

- Atendimento a essas urgências médicas e odontológicas conforme possível.

Para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem ser seguidas as diretrizes do SUS, com implantação de estratégias que reorientem o modelo de atenção à saúde e sejam adequadas à realidade local.

Entre as várias existentes, a estratégia de Saúde da Família tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, o que faz com que sua disseminação seja considerada prioridade para o Ministério da Saúde, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012).

A ESF iniciada com a incorporação de agentes comunitários de saúde às unidades básicas de saúde contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde.

As UBS reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e a população.

A reorganização da atenção básica visa contribuir também para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência.

No que se refere aos objetivos traçados em relação a própria ESF e sua organização, a reorganização gerencial e operacional da atenção básica, seguem os meios pelos quais tais objetivos serão alcançados:

1. Cadastramento e Implantação do Cartão SUS

Para possibilitar uma amplitude de informações, recomenda-se a realização do cadastramento domiciliar de forma ativa, ou seja, através de visitas a cada domicílio.

Por meio do cadastro, pode-se iniciar o vínculo do sistema de saúde e seus profissionais com a comunidade, tanto no sentido do conhecimento mútuo entre as pessoas, como no sentido da informação à população sobre a oferta de serviços. É o início do estabelecimento da relação de compromisso e de responsabilização entre serviços e população.

O cadastro deve ser atualizado periodicamente para que possa se constituir em um instrumento eficaz de identificação das situações e/ou problemas que exijam atenção especial dos serviços de saúde, permitindo que o município eleja prioridades e obtenha melhores resultados com os recursos aplicados.

Além da identificação das pessoas e da contribuição para a criação de vínculo de responsabilização entre os serviços de saúde e o cidadão, o cartão:

- auxilia nos mecanismos de referência e contra-referência intra e intermunicipal de pacientes;
- facilita a compensação financeira intermunicipal e interestadual;
- contribui para a uniformização e compatibilização dos dados, de forma a consolidar os sistemas de informação em saúde nos municípios, estados e União;
- permite a agilização do encaminhamento para exames, consultas, etc.

O Cadastro Nacional, portanto, será capaz de fornecer aos cadastros municipais a identificação de pacientes oriundos de outros municípios, bem como de possibilitar o controle para que uma pessoa não possua mais de um cartão SUS válido, no mesmo município.

No âmbito das equipes locais, contribui no processo de gerenciamento das unidades de saúde e na simplificação de procedimentos burocráticos administrativos, através da rápida identificação dos usuários mediante leitura magnética do cartão individual, da emissão automática de etiquetas identificadoras para os documentos de uso interno, para a solicitação de exames, controle de resultados, entre outros usos.

Para os usuários, a importância do cartão estará representada na identificação da unidade de saúde de sua referência e na agilidade dos processos administrativos durante o atendimento nos serviços de saúde, uma vez que passa a existir um código de identificação único para todos os serviços de saúde.

2. Adscrição da clientela.

Trabalhar com definição da área de abrangência e de população que será cadastrada e vinculada à unidade e está sob a responsabilidade da UBS.

Uma unidade básica de saúde deve ser responsável por um número compatível de pessoas que residam na área próxima, de forma que seja possível desenvolver a atenção integral a todos os indivíduos e facilitar o acesso ao serviço.

3. Referência para a assistência de média e alta complexidade.

A organização da referência dos pacientes faz parte da organização de um sistema municipal de saúde e requer normas, e fluxos definidos. Esse objetivo de levar esse tipo de informação à população pode ser alcançado com cartazes na USB em questão, assim como panfletos que podem ser distribuídos auxiliando na divulgação de informações que impactam o trabalho da equipe.

4. Acompanhamento e Avaliação.

A incorporação de mecanismos que permitam acompanhar permanentemente as ações e atividades dos serviços de saúde e avaliar o seu impacto sobre as condições de saúde da população deve ser assumida como responsabilidade da unidade em relação a sua área de atuação e as atribuições desse trabalho devem ser divididas entre os membros da equipe.

5 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Problema priorizado

O Programa Saúde da Família vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS. O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada.

No tocante ao PSF1 foco desse trabalho, foram observados alguns problemas que dificultam/impedem que o mesmo cumpra o seu papel conforme exigido e proposto pelo SUS. Os principais problemas são: a coordenação e organização do PSF, a capacitação da equipe, a não longitudinalidade devido a constante troca de agentes das equipes (conforme a política municipal) e a utilização de modo errôneo por parte da população, que usufrui do PSF como unidade de Pronto Atendimento.

Em relação à coordenação do PSF, esta tem sido um desafio para os profissionais e a equipe de saúde, pois nem sempre esses têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados e isso não tem sido possível.

No tocante à organização das equipes e do PSF, ressalta-se que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, sem um planejamento coletivo que adapte as atividades às necessidades da população na área de abrangência. Por outro lado não há uma responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, o que acarreta descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional. A ausência de integração gerencial de habilidades e talentos individuais em uma competência coletiva também produz serviços menos eficientes e de menor efetividade.

Sabe-se que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Destaca-se a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto.

No que se refere à capacitação faz-se necessário que os profissionais da atenção básica sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade visando a promoção da saúde, tendo a sua disposição cursos de capacitação suficientes para que possam desenvolver essas ações. Isso não ocorre no

município como deveria, visto que são poucos os cursos disponibilizados e esses não são suficientes para que os profissionais desenvolvam essas habilidades tidas como necessárias de acordo com o planejamento do SUS.

A longitudinalidade é um ponto importante para alcançar os objetivos da ESF, pois se trata de uma relação pessoal de longa duração entre profissionais e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde. E está associada a diversos benefícios, como: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Criar essa relação tem sido um problema, visto que os agentes são submetidos e substituídos de acordo com os interesses políticos municipais.

Quanto à prevenção em geral destacam-se como pontos fundamentais e como finalidade: promoção da saúde, preservação da saúde e meios para evitar doenças, restabelecimento da saúde e a redução do sofrimento e da ansiedade. No tocante aos 4 níveis de aplicação da medicina preventiva tem-se:

1 – Prevenção primária: é dividida em promoção da saúde e proteção específica, sendo que a primeira visa a educação sanitária; bom padrão de nutrição ajustado às várias fases de desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade; moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos. E a segunda: o uso de imunizações específicas; atenção à higiene pessoal; hábito de saneamento do ambiente; proteção contra riscos ocupacionais; proteção contra acidentes; uso de alimentos específicos; proteção contra substâncias carcinogênicas. Desta forma, a finalidade deste nível de prevenção é reduzir a incidência da doença, através do controle dos fatores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população.

2 – Prevenção secundária: As medidas são voltadas para a o período patológico, enquanto a doença ainda está progredindo. É subdividido em:

- Diagnóstico e Tratamento Precoce: Trata-se de identificar o processo patológico no seu início, antes do aparecimento dos sintomas através de rastreamento, exames periódicos de saúde, busca ativa de casos entre contatos, autoexame, intervenções médicas ou cirúrgicas precoces.

- Limitação da incapacidade do Dano: Consiste em identificar a doença, limitar a extensão das respectivas lesões e retardar o aparecimento das complicações através do acesso facilitado aos serviços de saúde, tratamento médico ou cirúrgico adequado e a hospitalização em função das necessidades.

3 – Prevenção terciária: tem como foco a reabilitação através da prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e treinamento a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes; educação do público e indústria, no sentido de que empreguem o reabilitado; emprego tão completo quanto possível; colocação seletiva; terapia ocupacional em hospitais; utilização de asilos.

4 – Prevenção quaternária: visa a limitação do dano e consiste em identificar a doença, limitar a extensão das respectivas lesões e retratar o aparecimento de complicações, se não for possível evitá-las por completo. No tocante à utilização da UBS por parte da população, esta não compreendia de forma correta a função da unidade e recorria à mesma como uma unidade de pronto atendimento.

Nó crítico

Em relação a ações e projetos para superar os problemas e dificuldades encontrados, propõe-se a capacitação da equipe, o estabelecimento de uma agenda de atendimentos que dê atenção aos programas de Hiperdia, puericultura, pré-natal, além de visita domiciliar aos pacientes acamados, não se esquecendo do atendimento à demanda livre.

Serão desenvolvidas ações:

- Educativas que possam interferir no processo de saúde/ doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida. Através de Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas sequelas, através da mídia e/ou de eventos, palestras.
- Com foco nos grupos de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças com a identificação dos grupos de risco que deverão ser acompanhados diferenciadamente utilizando o cadastramento da população.
- De atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica.
- De cadastramento e Implantação do Cartão SUS com a realização do cadastramento domiciliar de forma ativa através de visitas a cada domicílio.
- De adscrição da clientela com a definição da área de abrangência e de população que será cadastrada e vinculada à unidade sob a responsabilidade da UBS.

No tocante à capacitação da equipe: a implementação de uma estratégia de valorização da qualificação do profissional das ESF deve ter por objetivo promover a autonomia

intelectual dos trabalhadores, seu domínio do conhecimento técnico-científico e capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, trabalho em equipe, interação com os usuários dos serviços, consciência da qualidade e das implicações éticas e maior humanização das atividades de atenção primária pelo SUS. A qualificação/capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde

Objetivo

Organizar a USB com o intento de garantir o atendimento nas bases do SUS.

Importa considerar aqui a universalidade do direito à saúde e aos serviços, a integralidade da atenção, pressupondo a oferta pública de ações preventivas e curativas, básicas e de média e alta complexidade, a hierarquização do atendimento, garantindo referência e contra-referência diante dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Resultado esperado

Quanto aos resultados esperados ao fim desse projeto, tem-se a educação continuada em saúde como foco, a ênfase na prevenção de doenças e a intenção em garantir os 4 níveis de prevenção.

Mais do que a simples orientação inicial é importante para atualização de profissionais originários de formação específica um processo de educação continuada (treinamento em serviço), sistematizado, capaz de corrigir e/ou aprimorar habilidades. A alternativa metodológica das políticas de educação permanente parte do pressuposto de que esse processo deve ser "recortado", a partir da realidade das práticas concretas de saúde, seus determinantes e limitantes, no sentido de buscar interação com as exigências do trabalho.

Atores sociais/ responsabilidades

A equipe de saúde da família juntamente com a população adscrita é responsável pelo cumprimento dos objetivos desse projeto, sendo assim a população tem como atribuição principal a participação de modo correto e em relação as atribuições dos membros das equipes, segue descrito:

- Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.
- Enfermeiro: supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.
- Auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.
- Agente Comunitário de Saúde: faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Recursos necessários

Em relação aos recursos necessários para o sucesso dessa intervenção os principais são: recursos humanos em saúde com capacitação técnica adequada, equipamentos médicos; e a intervenção dos representantes políticos no sentido de proporcionar, facilitar e organizar a capacitação da equipe que tem que se deslocar até o município de Ituiutaba- MG sempre que necessita de algo vinculado à Secretaria Regional de Saúde, situada nessa cidade. Esses são obstáculos que em maior ou menor grau impedem o bom desempenho e o cumprimento dos objetivos do PSF.

Responsáveis

Os responsáveis pela implementação do projeto são: a prefeitura, o coordenador do PSF e toda a equipe envolvida na unidade, assim como a própria população.

Cronograma

Calcula-se cerca de um ano para a implantação total do projeto em questão.

Acompanhamento e avaliação

O projeto será acompanhado pelo coordenador geral da ESF, o coordenador da própria unidade e a Secretaria Regional de Saúde localizada em Ituiutaba – MG, assim como pelo coordenador do PROVAB.

O projeto será avaliado nas reuniões realizadas na unidade, momento no qual serão discutidas as melhorias a serem realizadas e as melhorias já alcançadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a extrema importância da concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), pois a partir de sua criação inúmeras mudanças ocorreram com a implantação de diversos níveis de atenção, entre eles, o Programa Saúde da Família (PSF), que mesmo sendo um recente artifício do Ministério da Saúde para minimizar os problemas relacionados a saúde, já traz consigo vários benefícios.

A prioridade dada à atenção básica representa grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente e possa consolidar a relação entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência. A Saúde da Família deve ser entendida como um modo de mudar o atendimento às pessoas e reorientar o modelo assistencial mediante a implantação de equipes integradas por diferentes profissionais nas UBS. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde para estimular hábitos e atitudes saudáveis junto a população, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças visando assegurar o bom padrão de saúde da comunidade.

Esse trabalho é resultado de observações e vivência em uma UBS e com esse estudo foi possível abordar os maiores problemas da unidade e apontar as soluções para tal, sendo que alguns resultados foram percebidos conforme a implementação e a evolução do projeto e outros devem ser implementados e alcançados conforme o andamento do mesmo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarios de Saude . Recursos humanos: um desafio do SUS/Conselho Nacional de Secretarios de Saude. Brasilia: CONASS, 2004. 28p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – Proesf; 2003.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

IBGE, Censo Demográfico 2010.

OMS. WONCA. Fazer que a Prática Médica e a Educação Médica sejam mais adequadas às necessidades das pessoas: a contribuição do Medico de Família. In: CONFERÊNCIA CONJUNTA OMS-WONCA, 1994, Ontário Canadá.

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, 2000.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde, 2002.