

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

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS

MIRNA MENDES HENRIQUES

FORMIGA – MINAS GERAIS
2012

MIRNA MENDES HENRIQUES

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS**

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.

Orientador: Prof. Luiz Carlos Brant

FORMIGA - MINAS GERAIS

2012

MIRNA MENDES HENRIQUES

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS**

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.

Orientador: Prof. Luiz Carlos Brant

Banca de avaliação:

Prof. Luiz Carlos Brant

Prof^a. Thais Lacerda e Silva

Aprovado em Belo Horizonte: 27/10/2012

Agradeço à meus queridos filhos Júlia e Leoni pela paciência na espera por um colo,
amor incondicional, MINHA VIDA.

Meu esposo pelo apoio, força e compreensão.

Meus pais pela ajuda, amor, paciência, apoio e incentivo sempre.

A DEUS por tudo...

RESUMO

A Saúde da Família é uma estratégia diferenciada para a organização dos serviços da Atenção Básica, desenvolvendo, por meio de equipe multidisciplinar, ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, no âmbito individual e coletivo. Para o desenvolvimento destas ações, considera o território em sua dinamicidade, o indivíduo como um todo e sua família, inseridos em um espaço socialmente produzido. A equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde é constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar /técnico de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É neste contexto que este estudo visa conhecer ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município de Divinópolis-MG, a partir da sistematização e análise de dados obtidos de Sistemas de Informação em Saúde, especialmente, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

PALAVRAS CHAVE: Saúde da Família; organização de serviços de saúde, Atenção Básica.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is a model of differentiated services organization of primary care, developed through a multidisciplinary team, promotion and health protection, disease prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation, both individually and collectively. For the development of these actions, considers the territory its dynamicity individual as a whole and where his family entered into a socially produced space. The team minimum recommended by the Ministry of Health is composed of a doctor, a nurse, an assistant / nurse technician and 4 Community Health Agents (ACS). It is in this context that this study intends to health actions developed by Family Health Teams of the municipality of Divinópolis-MG from the systematization and analysis of data obtained from Health Information Systems, especially the Information System of Primary Care (SIAB).

KEYWORDS: Family Health , organization of health service, Primary Care.

SUMÁRIO

1- Introdução	08
2- Objetivos	10
2.1 Geral	10
2.2 Específicos	10
3- Referencial Teórico	11
4- Metodologia	15
4.1 Tipo de Pesquisa	15
4.2 Cenário de Estudo	16
4.3 Sujeitos da Pesquisa	18
5- Resultados	19
6- Considerações Finais	27
Referências	29

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) para reorganizar as práticas de atenção à saúde, substituindo o modelo hospitalocêntrico, permitindo maior acesso aos serviços de saúde, com vistas a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros.

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização dos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas equipes devem desenvolver ações de prevenção, promoção, recuperação e proteção da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (CARBONE; COSTA, 2004).

No texto “Diretriz Conceitual do Ministério da Saúde” (2010), os princípios fundamentais da Atenção Básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição (limitação) de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo profissional com a população, favorecendo assim o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. O desafio dessas equipes é ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção (BRASIL, 2010).

Assim, a construção da integralidade do cuidado em saúde depende, entre outras, da implantação e fortalecimento da Atenção Básica a Saúde, qualificação de suas equipes e incorporação das ações programáticas estratégicas (FERNANDES, 2007).

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e a comunidade, mediada pelo Agente Comunitário de Saúde.

Em geral, as equipes de Saúde da Família são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e quatro ACS. Quando ampliadas, contam ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma

determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e nos espaços comunitários, como por exemplo, escolas e igrejas.

Além disso, a APS caracteriza-se como porta de entrada prioritária do usuário no SUS, entre outras questões, pela localização em territórios delimitados, estando próximo de onde as pessoas vivem; por intervir sobre os fatores de risco e situações de vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas; prestar assistência integral, contínua e de qualidade; realizar atividades de educação e promoção da saúde.

No estado de Minas Gerais, o programa Saúde em Casa foi lançado com o objetivo de ampliar e fortalecer as equipes de Saúde da Família, sendo destinado R\$ 61 milhões/ano aos municípios onde atuam as ESF. Este recurso pode ser aplicado na qualificação dos profissionais, em infraestrutura dos postos de saúde, na compra de equipamentos médicos e de material de consumo (MS, 2011).

No município de Divinópolis, a discussão e avaliação do cumprimento das metas pactuadas com o estado como: número de coleta de exames preventivo de câncer de colo uterino, percentual de vacinas tetravalente em menores de 1 ano, número de gestantes que realizaram 7 consultas de pré natal, além dos indicadores: visita domiciliar realizada por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, número de vacina em menores de 5 anos, puericultura, e atividades educativas na comunidade (grupo operativo), são feitas entre gestores da Secretaria Municipal de Saúde e as equipes de Saúde da Família do município, tendo como base os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Assim, considerando a importância da APS e especialmente, das equipes de Saúde da Família na garantia à saúde da população, realizou-se um estudo descritivo das ações e serviços desenvolvidos pelas equipes de SF no município, a partir da sistematização dos registros obtidos de Sistemas de Informação em Saúde, entre eles, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além disso, o estudo também permitiu analisar a contribuição das equipes da APS no cumprimento das metas pactuadas entre o município e o estado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar um estudo descritivo das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município de Divinópolis, no período de agosto de 2009 a julho de 2011, a partir dos registros obtidos do SIAB, SISPRENATAL e DATASUS.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as ações realizadas por profissionais das ESF.
- Identificar e analisar o número de procedimentos realizados pela equipe de Saúde da Família no período de agosto de 2009 a julho de 2011.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. 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 (BRASIL, 2002).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), são atribuições comuns a todos os profissionais que integram a equipe:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde;
- III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde;
- IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade;
- VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado;
- VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

- XV - participar das atividades de educação permanente;
- XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

A partir destas atribuições é possível observar a importância das equipes na prevenção de doenças e promoção da saúde, em especial, no desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

Outra atividade que constitui um diferencial introduzido pela Estratégia de Saúde da Família é a visita domiciliar que deve ser realizada por todos os profissionais. A visita domiciliar possibilita ao profissional um melhor conhecimento da comunidade, favorece estabelecimento do vínculo com a equipe, permite fazer uma supervisão da atenção à saúde, e possibilita conhecer de formas mais aprofundada as questões sociais a que estão inseridas estas famílias.

De acordo com Albuquerque; Bosi (2009), a visita domiciliar é uma abordagem das equipes de Saúde da Família e representa uma tecnologia e um instrumento de fundamental importância para o conhecimento da realidade de vida da comunidade nos aspectos familiares, sociais, na dinâmica dessa família. Tendo como objetivo principal a atenção às famílias e compreender o modo vivido por estas famílias e o impacto por eles gerados, podendo planejar as ações do serviço. Além disso, a visita domiciliar permite estabelecer um importante vínculo entre equipe e comunidade (FARIA et al, 2010).

Além das visitas domiciliares, outro indicador importante utilizado para avaliação das práticas da APS é a vacinação. É importante lembrar que o Ministério da Saúde estabelece meta para a vacinação, que deve ser cumprida pelos municípios.

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande *impacto* nas condições gerais da saúde infantil, representando um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, se constituindo no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. O declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestável do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas. Para se alcançar e manter coberturas elevadas, um programa de vacinação tem de passar por avaliações frequentes, nas quais determinados indicadores devem ser medidos utilizando-se instrumentos e informações disponíveis nos serviços e nas comunidades. (GUIMARÃES, 2009 p. 869)

Outro papel de destaque das equipes da APS é a Educação em Saúde, que deve ser orientada às famílias e comunidade em geral para propiciar uma melhor condição de vida e saúde e facilitar o acesso a bens e serviços sociais. Dessa forma, dedicando um espaço para Educação em Saúde, as equipes devem trabalhar questões que vão além do biológico, propiciando à população um entendimento mais abrangente da situação de saúde e fomentando a autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Com isso vimos a necessidade de adoção de um processo de educação permanente, com vistas às atualizações, reorientações, adoção de novos protocolos e revisão do processo de trabalho.

Segundo Vasconcelos M. et al 2009, a incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano.

Neste Município Mineiro, a ESF, tem a responsabilidade de gerir e organizar seu próprio trabalho, sua rotina, suas atividades, de acordo com sua demanda e com as atribuições de cada membro da equipe, atribuições estas propostas na portaria 2488 MS de 2011, sendo supervisionado por um coordenador.

Segundo o modelo proposto por Matus (1997) citado por Faria et al., 2010, podemos compreender a gestão em três níveis: o nível das regras, nível dos sistemas e dos fatos. O nível das regras que determina qualidade da gestão e organização, e se divide em direcionalidade, que é a clareza que a organização tem em sua missão; governabilidade, que caracteriza o grau de descentralização ou autonomia da equipe; responsabilidade, compromisso da equipe.

O nível dos sistemas, onde as ESF tem que entender sua responsabilidade de gestão. Esta se divide em três dimensões: cognitiva, que caracteriza o conhecimento de gestão; a analítica, que considera a capacidade da equipe de analisar os problemas e propor intervenções; a comportamental, que é a capacidade de desenvolver o comportamento exigido. Já no nível dos fatos, as equipes não planejam, atendem a demanda espontânea e apresentam dificuldades em organizar e cumprir as agendas.

Neste contexto, estamos de acordo com Matus (2010), quando este considera o nível das regras o mais importante, pois a equipe é a que melhor conhece a população em que trabalha e pode organizar melhor o serviço, mais direcionado para a necessidade de sua população adscrita.

Campos et al (2010, p. 18) destacam que o planejamento cotidiano, na maioria das vezes, é feito de forma intuitiva ou pouco sistematizada, práticas que devem ser modificadas. De acordo com os autores:

Quando planejamos alcançar objetivos complexos e queremos fazê-lo de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersetorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento.

Acreditamos que as ESF, para o desenvolvimento do trabalho e sempre na busca para alcançar melhores resultados, precisam trabalhar em equipe, repensar o modo como acontece a gestão do trabalho e o mais importante, avaliar a qualidade do trabalho que estão prestando à comunidade.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Este trabalho apresentou uma pesquisa qualiquantitativa. Sabemos que mesmo sendo uma pesquisa quantitativa, a qualidade também será analisada, pois quando fazemos uma análise quantitativa, está nunca será avaliada isoladamente.

Segundo Minayo (1992, p. 11):

a dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivenciadas relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados. Frente à problemática da quantidade e da qualidade a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas.

Os dados da pesquisa foram levantados por meio da análise de conteúdo do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), SISPRENATAL, DATASUS.

Bardin define a Análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção, recepção destas mensagens (BARDIN, 1979 *apud* MINAYO, 2004).

Segundo informações do texto Sistema de Informação SIAB, do Portal Saúde, o SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações do Saúde da Família tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS.

O SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL/MS, 2011).

Os dados selecionados para análise foram: os indicadores do Programa Saúde em Casa, que incluem: número de coleta de exames preventivo de câncer de colo uterino; percentual de vacinas tetravalente em menores de 1 ano e número de gestantes que realizaram 7 consultas de pré natal. Além de outros estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, como: número de visitas domiciliares realizadas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; número de vacina em menores de 5 anos; puericultura e número de atividades educativas desenvolvidas na comunidade (grupo operativo).

4.2. Cenário de Estudo

O estudo foi realizado no município de Divinópolis, que conta com 17 equipes de Saúde da Família, com saúde bucal, sendo duas com modalidade tipo II, 03 Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e 15 Centros de Saúde Convencionais. Os dados obtidos dos sistemas de informação supra citados, se referiram às equipes de SF Santos Dumont, Icaraí, Serra Verde, Morada Nova e Jardínópolis.

A cidade de Divinópolis está localizada na região Centro-Oeste de Minas Gerais, a 110 quilômetros de Belo Horizonte, no sentido sudoeste. Com aproximadamente 200.000 habitantes, Divinópolis é uma das dez maiores cidades do Estado. Situada num importante entroncamento rodo - ferroviário, estabelece ligações com as regiões

portuárias de Vitória e Rio de Janeiro além de estar na área de influência da rodovia Fernão Dias. A economia de Divinópolis é bem diversificada tendo na indústria de confecção, na produção do ferro gusa e na produção do aço o seu ponto forte. É também importante pólo comercial e de serviços. Possuindo várias indústrias de porte como a Siderúrgica Gerdau, shoppings especializados na área de confecção de roupas, Divinópolis é sede de diretorias, superintendências e gerências regionais de diversos órgãos públicos, bancos e outros serviços, as definições referidas aqui estão no texto O CEFET-MG Campus V – Divinópolis e sua cidade.

Divinópolis é a cidade-pólo do Alto São Francisco, conhecida pelas qualidades de suas confecções, mas destacada também pela prestação de serviços profissionais liberais, pelos serviços da administração pública (dos três níveis), pelo comércio diversificado e pela qualidade de suas escolas de ensino regular e de graduação superior em mais de 15 áreas.

No município de Divinópolis, foram realizadas as oficinas do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), o que nos orienta quanto a organização e planejamento das ações com planilhas de programação. Segundo Eugênio Vilaça (2008):

A gestão da condição de saúde é uma tecnologia especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção à saúde. A gestão da condição de saúde é um enfoque que se dirige a uma população determinada e é portanto, uma tecnologia que exige, como pré – condição o conhecimento e o relacionamento constantes com uma população – alvo das intervenções em relação a uma condição ou patologia.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES MG) explica que o propósito do PDR é:

constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (texto Políticas de Saúde).

No município contamos com o Canal Minas Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que é uma rede estratégica multimídia, para desenvolvimento de

Educação Permanente a distância, e oferece vários cursos para profissionais também à distância.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

O presente trabalho teve como público alvo as equipes de Saúde da Família Icaraí, Morada Nova, Santos Dumont, Serra Verde e Jardimópolis por estas possuírem os residentes de enfermagem desde agosto de 2010.

Estas equipes estão localizadas na periferia do município de Divinópolis, MG, todas possuem mais de duas mil e seiscentas pessoas adscritas (SIAB, 2011). São equipes que atendem a população urbana do município, ficando somente a ESF Jardimópolis com uma população mista (urbana e rural). Todas as equipes em questão possuem equipe de Saúde Bucal, 4 ou 5 ACS, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e um médico. Somente uma das unidades possui menos de 10 anos de funcionamento. As equipes de enfermagem e saúde bucal possuem mais de 3 anos de Saúde da Família, tendo profissionais trabalhando há mais de 10 anos. No município citado, todos os profissionais das equipes de Saúde da Família são admitidos através de concurso público.

5. RESULTADOS

Os resultados apresentados se referem às variáveis: número de pessoas sobre responsabilidade das equipes de saúde da família contempladas no estudo; número de exames preventivos, vacinas tetravalente em menores de 1 ano, total de pré natal com 7 consultas completas, visita domiciliar, puericultura e número de atividade em grupo, educação em saúde.

A tabela 01 demonstra o total de pessoas que residem nas áreas de abrangência das 05 equipes de Saúde da Família, do município de Divinópolis. Observa-se que embora a média recomendada para atuação das equipes seja de 3.000 habitantes, este número ultrapassa nas três equipes do município (Icaraí, Morada Nova e Serra Verde).

TABELA 1: Número total de pessoas da área de abrangência das ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	2792	3105
ESF Jardinópolis	2817	2901
ESF Morada Nova	3771	3789
ESF Santos Dumont	2661	2717
ESF Serra Verde	3162	3267

Fonte: SIAB 10/ 2011

Na tabela 02, pode ser observado o número total de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, por constituir uma população com indicadores previstos pelo Programa Saúde em Casa, do Estado de Minas Gerais.

TABELA 2: Número total de mulheres e percentual dessas mulheres, dentro da população total na faixa etária de 20 a 59 anos das ESF em 2011

Unidade	Número de mulheres	%
ESF Icaraí	933	30,0
ESF Jardinópolis	829	28,6
ESF Morada Nova	1256	33,1
ESF Santos Dumont	811	29,8
ESF Serra Verde	998	30,5

Fonte: SIAB 2012

Já as tabelas 03 e 04 referem-se ao número de exame preventivo realizado pelas ESF e a relação com a meta pactuada com o estado.

TABELA 3: Número de exame preventivo realizado pelas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	96	168
ESF Jardinópolis	337	305
ESF Morada Nova	244	229
ESF Santos Dumont	237	326
ESF Serra Verde	199	241

Fonte: SIAB 10/2011

A tabela 04 demonstra que das 5 ESF três não conseguiram cumprir a meta estabelecida de número de exame preventivo. Entretanto, este estudo não permite identificar as razões para o não cumprimento da meta.

TABELA 4: Número de exame preventivo realizado nas ESF e meta das ESF no ano de 2011

Unidade	Nº de exames realizados	Meta de exames
ESF Icaraí	196	382
ESF Jardinópolis	253	281
ESF Morada Nova	292	286
ESF Santos Dumont	301	180
ESF Serra Verde	223	237

Fonte: SISCAMLAB 2011

A tabela 05 apresenta o número de atendimento de puericultura realizado nas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011, comparando os dois períodos, podemos observar que houve um pequeno aumento em três equipes, grande aumento em uma equipe e uma diminuição significativa em outra equipe. Com isso avaliamos a necessidade de uma organização, programação e planejamento das equipes, tendo em vista que no 2º período contávamos com mais um profissional enfermeiro nestas unidades.

TABELA 5: Número de atendimento de puericultura realizado nas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	210	235
ESF Jardinópolis	348	366
ESF Morada Nova	219	223
ESF Santos Dumont	245	362
ESF Serra Verde	243	203

Fonte: SIAB 10/ 2011

A Tabela 06 demonstra o Número de visita domiciliar dos profissionais: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem das ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011. Conforme destacado no documento da Política Nacional de Atenção Básica, a visita domiciliar é uma importante abordagem das equipes de saúde da família. A tabela 06 demonstra o quantitativo das visitas realizadas pelos médicos, enfermeiros e auxiliar de enfermagem. De forma geral, as visitas foram mais frequentes no período de agosto de 2009 a julho de 2010, quando se comparado à agosto de 2010 a julho de 2011.

TABELA 6: Número de visita domiciliar dos profissionais: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem das ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
*ESF Icaraí	329	257
ESF Jardinópolis	458	396
ESF Morada Nova	348	478
ESF Santos Dumont	305	258
ESF Serra Verde	230	324

Fonte: SIAB 10/ 2011

*em 2011 a ESF Icaraí ficou um período de aproximadamente 3 meses sem médico o que alterou a rotina da unidade.

As tabelas 07 e 08 apresentam o número de atendimento dos profissionais enfermeiro e médico, respectivamente, das ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011. Observa-se grande aumento no número de atendimento destes profissionais, apontando para a necessidade de rever os conceitos e práticas das equipes, que não devem ser restrita à dimensão assistencial e curativa.

TABELA 7: Número de atendimento do profissional enfermeiro das ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	551	952
ESF Jardinópolis	3631	4878
ESF Morada Nova	1526	1406
ESF Santos Dumont	1873	2733
ESF Serra Verde	2906	5603

Fonte: SIAB 10/ 2011

TABELA 8: Número de atendimento do profissional médico das ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	2908	2426
ESF Jardinópolis	2077	3360
ESF Morada Nova	1552	2477
ESF Santos Dumont	2012	2842
ESF Serra Verde	2311	1915

Fonte: SIAB 10/ 2011

A tabela 9 demonstra o número de atendimento em grupo, educação em saúde, realizado pelas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011. Sabe-se que as ações de Educação em Saúde auxiliam na Promoção da Saúde e prevenção de doenças, tendo em vista que uma população bem orientada, e que possui conhecimento sobre suas condições de vida e de saúde, tem uma maior possibilidade em cuidar de si próprio e da comunidade onde vive.

É preciso descobrir os atores sociais, e com eles trabalhar em conjunto, equipe e comunidade, contando com o apoio destes que apresentarão temáticas, desejos e experiências diferentes. E como estes estão inseridos na comunidade, conhecem melhor seus problemas e dificuldades, podendo ajudar a equipe com o planejamento das atividades e serviços a serem oferecidos. Os dados da tabela demonstram que houve queda das atividades em grupo, educação em saúde e de ações educativas em 4 Equipes de Saúde da Família, sendo observado aumento destas ações somente na ESF Morada Nova.

TABELA 9: Número de atendimento em grupo, educação em saúde, realizado pelas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011.

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	28	25
ESF Jardinópolis	110	88
ESF Morada Nova	77	92
ESF Santos Dumont	84	49
ESF Serra Verde	154	72

Fonte: SIAB 10/ 2011

Na tabela 10 é possível visualizar o número de consultas de pré natal realizadas pelas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011. Observa-se que houve um aumento significativo na realização deste procedimento na maioria das equipes.

TABELA 10: Número de consultas de pré natal realizadas pelas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	29	127
ESF Jardinópolis	127	120
ESF Morada Nova	52	122
ESF Santos Dumont	76	73
ESF Serra Verde	116	151

Fonte: SIAB 2011

Dados sobre vacinação podem ser visualizados nas tabelas 11 e 12. Segundo dados da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização, do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGPNI/DEVEP/SVS/MS), o município de Divinópolis não atinge a meta de 95% de cobertura de vacina tetravalente em menores de 1 ano desde 2005.

TABELA 11: Número de 3ª dose de vacina tetravalente em menores de 1 ano realizadas pelas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icaraí	75	60
ESF Jardinópolis	34	38
ESF Morada Nova	35	31
ESF Santos Dumont	35	44
ESF Serra Verde	31	14

Fonte: Arquivo Setor Vigilância Epidemiológica SEMUSA Divinópolis-04/2012

TABELA 12: Número total de vacinas realizadas pelas ESF no período de agosto de 2009 a julho de 2011:

Unidade	Período agosto de 2009 a julho de 2010	Período agosto de 2010 a julho de 2011
ESF Icarai	5928	1989
ESF Jardinópolis	4013	3558
ESF Morada Nova	3538	1932
ESF Santos Dumont	662	769
ESF Serra Verde	3422	2194

Fonte: Arquivo Setor Processamento /SEMUSA/Boletim Produção das Unidades de Saúde-04/2012

Após análise dos dados observamos um aumento das atividades realizadas em algumas unidades e em determinados procedimentos.

Destaca-se a necessidade de ampliar a equipe de saúde e de re-organizar o processo de trabalho, incorporando entre, outras, metodologias de planejamento das ações de saúde. A grande quantidade de atendimentos de consultas de enfermagem e de médicos demonstra a grande demanda por serviços assistenciais, mas por outro lado, apontam para uma persistência do modelo biomédico na ESF.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho mostrou uma necessidade em organizar o serviço, fazer um plano de ação, avaliar, monitorar na tentativa de melhorar o acesso e a qualidade do serviço oferecido.

Concordamos com BRASIL (2012), quando este expõe a importância do planejamento e da programação, do vínculo da equipe com a comunidade colocando o usuário como principal foco, mas coloca-o também como responsável por sua saúde.

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.[...]

Adescrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.[...]

[...] com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

Este trabalho permitiu verificar a importância da gestão acompanhar, avaliar, monitorar os processos de trabalho das equipes.

O município fez adesão ao Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e acreditamos que com este novo instrumento que nos oferta ferramentas de autoavaliação para equipe e gestão, estas possam conhecer e apropriar das situações vivenciadas e juntas, modifique, melhore este cenário.

Para BRASIL (2012), a autoavaliação é entendida como:

dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho.

Quando analisamos equipe e processo de trabalho, lidamos com várias questões que dificultam este processo, entre elas o “querer fazer”, “se apropriar do trabalho”, trabalhar em equipe, questões pessoais, objetivos, entre outras. Acreditamos que para trabalhar com ESF, o profissional tem que ter perfil para tal.

“A grande revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão for o valor gerado para o usuário.” (MICHAEL PORTER, 2007)

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. B.B.; BOSI, M.L.M. *Visita Domiciliar: Percepções de usuários*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25 (5) : 1103 – 1112, 2009.

Atenção Básica e a Saúde da Família: Diretriz Conceitual. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php> . Acesso em 11 de setembro de 2011.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70 .1979 *apud* MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, HUCITEC, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica AMAQ*. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família: equipes de Saúde da Família*. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 09 de setembro de 2011.

BRASIL. *Sistema de Informação SIAB*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743. Acesso em 03 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 06 de junho de 2012.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. Belo Horizonte, NESCON UFMG, p 18 e 19, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. *Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos*. Belo Horizonte, NESCON UFMG, 48 – 87,2009

Divinópolis. Economia – Indústria da Confecção. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Divin%C3%B3polis>. Acesso em 29 de agosto de 2011.

FARIA, H. P.; et al. *O Processo de trabalho em atenção básica à saúde: Os objetivos e as finalidades: Os objetivos dos profissionais e das equipes de Saúde da Família*. . Belo Horizonte, NESCON UFMG, 2009.

FARIA, H. P.; et al. *Modelo assistencial e atenção básica à saúde*. Belo Horizonte, NESCON UFMG, 68 p, 2010.

FERREIRA, A. B. H. *Mini Aurélio: O Dicionário da Língua Portuguesa*. Curitiba: Positivo, 2009. 895 p.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas*. 8. ed. Belo Horizonte, 2011. 258 p.

GUIMARÃES, T.M.R. et al. 876. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):868-876, abr, 2009.

MATUS, C. 1997 *apud* FARIA, H. P., et al. *Gestão do Trabalho na equipe de Saúde da Família: Gestão do trabalho da equipe de saúde da família. Modelo assistencial e atenção básica à saúde*. Belo Horizonte, NESCON UFMG, p. 58 - 60, 2010.

MENDES, E. V. A Gestão da Condição de Saúde. *Cad. Implantação do Plano diretor da Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte, v. 4, p. 43, 2008.

MINAS GERAIS. *Plano Diretor de Regionalização*. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr. Acesso em 01 de setembro de 2011.

MINAS GERAIS. *Programa Saúde em Casa*. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa. Acesso em 01 de setembro de 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, HUCITEC, 2004.

O Canal Minas Saúde. Disponível em: <http://www.portalminassaude.com.br/>. Acesso em 01 de setembro de 2011

O CEFET-MG CAMPUS V – DIVINÓPOLIS E SUA CIDADE. Disponível em: <http://www.div.cefetmg.br/site/menuLateral/Localizacao.html>. Acesso em 29 de agosto de 2011.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Artmed, 2007.

Programa Saúde da Família. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149. Acesso em 05 de julho de 2010.

SISPRENATAL: DATASUS Ministério da Saúde, outubro de 2011. Disponível em <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>. Acesso em 12 de outubro de 2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M..Aprendendo a aprender Educação Permanente em Saúde. *Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem*. Belo Horizonte, Editora UFMG - Nescon UFMG 2009.