

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

DANIELE DO AMARAL SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MUDANÇA DO PERFIL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS**

RIBEIRÃO DAS NEVES- MINAS GERAIS

2015

Daniele do Amaral Silva

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MUDANÇA DO PERFIL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM RIBEIRÃO DAS NEVES – MINAS GERAIS**

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. Ubiratan Brum de Castro

Ribeirão das Neves - Minas Gerais

2015

RESUMO

O Diagnóstico Situacional é uma estratégia voltada para a reflexão dos profissionais acerca dos problemas surgidos no ambiente de trabalho com a finalidade de propor mudanças na realidade e convergir com o novo modelo de assistência à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo tem como objetivo realizar o Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Areias I, Ribeirão das Neves - MG, para apontar a necessidade de mudança do perfil da Estratégia de Saúde da Família do e posteriormente elaborar um plano de ação. Descreve o processo de trabalho e identifica a necessidade de programar a educação permanente da equipe em estratégia Saúde da Família e sua relação com a qualidade da assistência total com ênfase na prevenção de doenças e promoção em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, do tipo pesquisa de campo. Os resultados foram apresentados em quadros com levantamento de determinados problemas apontando suas relevâncias e soluções conforme as prioridades.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família, Diagnóstico Situacional, Saúde Pública

ABSTRACT

The evaluation is a strategy focused on the reflection of professionals about the problems encountered in the workplace in order to propose changes in reality and converge with the new health care model proposed by the Unified Health System (SUS). The study aims to conduct the evaluation of Basic Health Unit Areias I, Ribeirão das Neves - MG, pointing the need to change the profile of de family health strategy and then devise a plan of action. It describes the working process and identifies the need to program continuing education for the staff in the Family Health Strategy and its relationship to the quality of comprehensive care with emphasis on disease prevention and health promotion. It is a qualitative, exploratory study, the field research type. The results were presented in tables with lifting certain problems pointing their relevance and solutions as priorities.

Key-words: Family Health Strategy, Evaluation, Public Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. JUSTIFICATIVA.....	07
3. OBJETIVOS.....	08
4. METODOLOGIA.....	10
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	06
5.1 A Estratégia de Saúde da Família.....	10
5.2 Condições Agudas e Crônicas.....	11
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	12
6.1. Cenário.....	12
6.2. Priorização dos Problemas Levantados.....	15
6.3. Plano de Intervenção.....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 Introdução

O Diagnóstico Situacional é a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo. Analisa dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções e é a etapa fundamental no planejamento das ações da Equipe de Saúde da Família.

Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A realidade das Equipes da Saúde da Família, por problemas na criação ou condução, não exprimem a razão da sua implantação. O acompanhamento e avaliação de equipes são necessários. É necessário conhecer os avanços e pontos críticos no desenvolvimento do trabalho, cobertura e contribuições das capacitações, necessidades de educação continuada e permanente, desempenho das equipes e o conseqüente impacto nos indicadores de saúde da população coberta.

O presente trabalho consiste na realização do Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Areias I, Ribeirão das Neves - MG, realizado em abril de 2014. Sua função é auxiliar a equipe encontrar sintonia com os princípios da universalidade, eqüidade e integralidade das ações, estruturando na lógica básica de atenção à saúde. Visa identificar as razões que justificam ao observado atendimento centralizado, voltado para o individuo e com ênfase no atendimento da demanda aguda sem dados e caracterização da região e sem atender as necessidades dos usuários.

2 JUSTIFICATIVA

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e também a forma como estão organizados os serviços e as rotinas das unidades básicas de saúde e das equipes de PSF.

Como médica da UBS Areias I, tive a oportunidade, de ver de perto a realidade do sistema único de saúde, com poucos recursos, poucos profissionais especializados poucos meios de diagnósticos, observei uma população angustiada que vê nesta unidade quase sem recursos uma esperança de obter um diagnóstico e um acompanhamento de suas enfermidades ou na maioria dos casos, somente um profissional para auscultar.

Uma efetiva ação da UBS colaborará com a promoção da saúde e atenção às demandas da população adstrita.

3 Objetivos

Objetivo Geral

Realizar o Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Areias I, Ribeirão das Neves - MG, para descrever o perfil do programa estratégia da saúde da família estabelecida e posteriormente elaborar um plano de ação.

Objetivos Específicos

- Compreender a estruturação da UBS;
- Conhecer a área de abrangência do Centro de Saúde;
- Conhecer o perfil da comunidade assistida;
- Conhecer a metodologia de trabalho da equipe de Programa de Saúde da Família (PSF).
- Identificar o perfil da UBS AREIAS I como problema relevante.
- Elaborar um plano de intervenção

4. Metodologia

Primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica através da leitura de artigos publicados na Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), utilizando como descritores: Programa de Saúde da Família, Diagnóstico Situacional, Saúde Pública e dos materiais disponíveis no Nescon.

Para orientar e viabilizar a proposta foram utilizados dados coletados no período de Março/Abril de 2014 nas instalações da UBS Areias I e na sua área de abrangência, através de entrevistas direcionadas a informantes – chave (funcionários e usuários) e observação de campo.

Concluída a obtenção dos dados, seguiu-se o momento de reflexão para analisar as informações obtidas e assim, construir o plano de intervenção para alcançar os objetivos esperados.

5. Revisão bibliográfica

5.1 A Estratégia de saúde da Família

Nos últimos anos, a saúde coletiva no Brasil veio passando por período de transformação de modelo de saúde que já apontava para uma necessidade de revitalização. Tal processo partiu da reforma sanitária da década de 1980, deu base para o Sistema Único de Saúde (SUS) de hoje e, já na década de 1990 apontou a Estratégia de saúde da Família como um dos caminhos para a reorganização do modelo assistencial no país. Hoje, esta estratégia mostra-se como a vertente mais sólida da proposta de um modelo plural em edificação, que traz meios efetivos de praticar promoção da saúde. (ARCHANJO, et al., 2007)

A Estratégia de Saúde da Família foi pensada após a implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) que ocorre no Brasil, em junho de 1991. Em Janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

A Saúde da família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias, localizadas em uma área delimitada. As equipes atuam na promoção da saúde,, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes , e na manutenção da saúde desta comunidade. O objetivo maior é a orientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade (FARIA, et al. 2008).

Cada Equipe de Saúde da Família deve responsabilizar-se pela saúde de três a quatro mil pessoas, e ao mesmo tempo, descartar de dentro desta população adscrita os casos que necessitam de atenção individual, encarregando-se do seu atendimento eventual ou sistemático. Não é fácil estabelecer critérios práticos para está seleção, mas uma abordagem clínica de

qualidade somente será possível se conseguir avaliar riscos e a concentrar atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade. (Campos, 2003).

4.2 Condições Agudas e Crônicas

A **Organização Mundial da Saúde (2003)** propõe, neste texto, o modelo de atenção denominado de cuidados inovadores para as condições crônicas. Este é um documento básico para se entender os fundamentos das redes de atenção à saúde porque ele introduz uma visão nova de tipificação das enfermidades, diferente da clássica divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis, ao propor os conceitos de condições crônicas e condições agudas.

Os sistemas de serviços de saúde foram construídos, historicamente, para atender às condições agudas. Isso gerou uma cultura organizacional voltada para as urgências e emergências, valorizadora dos pontos de atenção à saúde estabelecida para os eventos agudos e destinada a funcionar sob pressão e com o objetivo de curar os doentes.

Os pacientes e suas famílias necessitam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes para a promoção da saúde e a prevenção ou manejo eficaz das condições crônicas. Isso requer um novo modelo de atenção à saúde.

O modelo de cuidados inovadores para condições crônicas é uma expansão de um modelo prévio, o modelo de atenção crônica desenvolvido com o intuito de proporcionar um método de organização do serviço de saúde que atenda às condições crônicas (Wagner et al., 1999). Esse modelo é mais amplo porque envolvem os pacientes e suas famílias, as organizações e saúde e as comunidades.

6. Proposta de Intervenção

6.1 Cenário

Este estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Areias I, que se localiza na R. S. Lucas, 173 - Ribeirão das Neves , Minas Gerais.

Esta UBS oferece atendimento às comunidades dos bairros: Areias I e Santana.

Ribeirão das Neves é um município do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Conta com uma população de 319.310 habitantes, segundo estimativas do IBGE em 2012. Foi considerado um município dormitório, pois a maior parte de seus moradores trabalha na capital mineira ou nos municípios vizinhos que também fazem parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O município possui atualmente poucas fábricas e um comércio com pouco crescimento, abrigando uma pequena parte da população economicamente ativa, levando a população a trabalhar na capital de Belo Horizonte, servindo a cidade apenas como dormitório. Ribeirão das Neves é também muito conhecida por abrigar diversas unidades prisionais do Estado de Minas Gerais.

O município está dividido em três regiões ou distritos administrativos: o distrito de Justinópolis, a região Central e o Veneza.

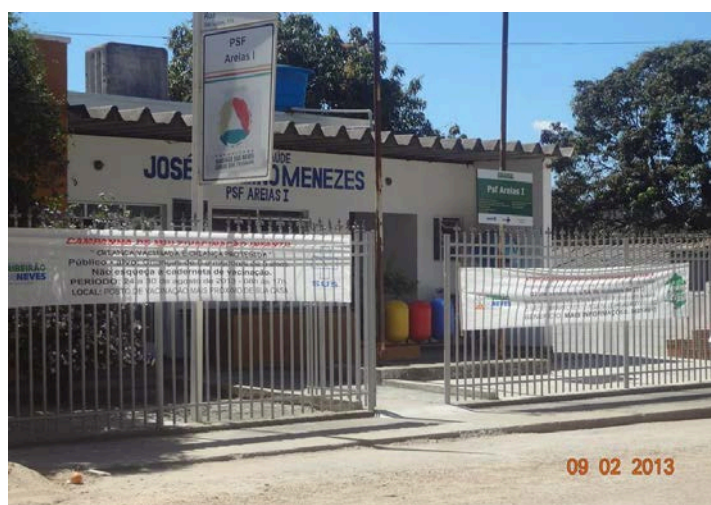
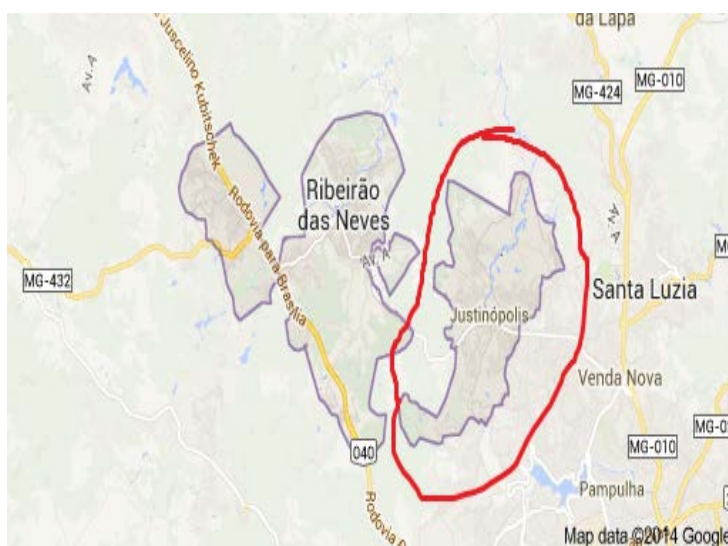
Ribeirão das Neves atualmente conta com 50 Equipes de Saúde da Família (ESF) e com o programa mais médico estão todas completas, existem também as quatro unidades básicas de referencia (UBR) que servem de apoio à população não coberta pelo PSF.

Justinópolis é um distrito de Ribeirão das Neves, situado na porção leste do município, próximo à divisa com Belo Horizonte e Vespasiano.

A comunidade Areias I e Santana são bairros do distrito de Justinópolis e atualmente tem uma população estimada de 5 mil habitantes. Conta com uma

Igreja Católica central, escola municipal e estadual, creche e uma unidade básica de saúde. Estima-se que a presença de presídios provocou um crescimento desordenado na região. O acesso à região é difícil por apresentar ruas e avenidas não bem definidas, desmatamentos, queimadas etc.

A UBS Areias I esta composta por seis ACS (agentes comunitários de saúde), dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um médico da família. Todos com carga semanal de 40 horas de trabalho e uma equipe odontológica. Atendendo uma população estimada de mais ou menos 4 mil habitantes e atualmente a equipe se encontra completa.



Descrição Física da Unidade Básica Areias I

- Recepção: Local destinado à recepção e direcionamento dos pacientes de acordo com a demanda. Encontram-se aqui os prontuários dos usuários cadastrados e ocorre a entrega de resultados de exames;
- Dois consultórios destinados às consultas médicas, consultas de enfermagem, acolhimento e retirada de resultados de exames laboratoriais;
- Farmácia: armazenamento e distribuição de medicamentos.
- Sala de curativo: realização de curativos de feridas crônicas e agudas e retirada de pontos, no âmbito da atenção básica.
- Sala é utilizada para aferição de pressão e observação;
- Cozinha
- Quatro banheiros:
 - 1 banheiro para uso dos funcionários;
 - 1 banheiro para usuários;
 - 1 banheiro na sala de ginecologia;
- Sala de vacinas: onde ocorrem armazenamento e administrações de vacinas de rotina e campanhas de vacinação.
- Consultório dentário e sala de escovação.

A UBS Areias I foi recentemente reformada e a estrutura comporta a demanda da comunidade.

Considerações básicas

Os problemas identificados na UBS

Os problemas foram identificados através de levantamentos com toda a equipe da UBS em reuniões agendadas para esse fim. Em geral, realizava-se cerca de 20 atendimentos diários agendados pelo ACS (Agente comunitário de saúde) na recepção da UBS. A rotina observada era que o paciente chegava com uma queixa, gerando atendimento no dia ou era necessário retornar no dia seguinte. Essa demanda espontânea levava o usuário a formar fila na UBS para conseguir o atendimento. O acolhimento era um procedimento desconhecido pelos funcionários da UBS.

A ênfase do atendimento estava na demanda aguda e com objetivo curativo. A população tinha o costume de deixar as receitas na UBS para serem renovadas, sem controle de suas doenças de base, como a diabetes e a hipertensão. Havia um acúmulo de encaminhamentos para especialidades, muitos para Cardiologia e Ortopedia, e em muitos casos esses pacientes estavam sem exames de rotina básicos.

O atendimento em saúde estava centrado no indivíduo e desvinculado da comunidade. Não havia programas de promoção e prevenção vinculados a agenda e os que programas preventivos e consultas de Pré Natal somente eram realizados na demanda espontânea.

6.2 Priorizações dos Problemas Levantados

QUADRO 1 – PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS LEVANTADOS

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total
	1-Baixo 2-Médio 3-Alto	1-Tardia 2-Relativo 3-Imediato	1-Nenhuma 2-Parcial 3-Total	
Atendimento centrado na doença sobre a demanda espontânea.	3	3	2	8
Tratar o indivíduo como objeto da ação	3	3	1	7
Baixa capacidade de resolver o problema	3	3	1	7
Saber e poder centrado no profissional de saúde	3	1	1	5
Desvinculado da comunidade	2	1	3	6
Desvio de Função	3	1	3	7
Dificuldade de comunicação entre os profissionais sobre o processo de trabalho	3	2	2	7
Falta de entendimento do usuário com relação ao funcionamento da unidade	1	2	2	5

Problemas Priorizados: problema causa e consequência.

Após a apresentação dos problemas levantados na UBS, conforme quadro 1, foram selecionados cinco conforme a importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

QUADRO 2 – PROBLEMAS PRIORIZADOS – CAUSAS E CONSEQUENCIA

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSA	CONSEQUENCIA
1- Atendimento centrado na doença sobre a demanda espontânea.	Falta de uma agenda programada, grupos operativos, promoção da saúde e do acolhimento da demanda espontânea.	Numero de doenças crônicas descompensadas e demandas agudas cada vez mais elevadas
2- Desvio de Função.	Por falta de funcionários o ACS fica na recepção e cuida da agenda, agendando conforme a demanda.	Devido à falta de conhecimento do mesmo, muitos casos graves ou com prioridade passam despercebidos.
3- Baixa capacidade de resolver o problema	Atendimento centrado na demanda aguda, sobrecarregando a equipe e gerando atendimentos em ciclos.	O usuário procura a UBS pelo mesmo motivo várias vezes ou busca a UPA sobrecarregando os serviços de emergências.
4- Tratar o indivíduo como objeto da ação	Atendimento rápido, sobrecarregado, fazendo esquecer que o indivíduo é um sujeito integrado à família e a sua comunidade.	Medicamos a crise hipertensiva, a ansiedade, a crise asmática, esquecendo o motivo que poderia estar desencadeando o quadro; exemplo: um filho usuário de drogas, uma filha adolescente gestante, o ambiente inadequado ou simplesmente o não entender de como usar e os horários das medicações.
5- Dificuldades de comunicação entre os profissionais sobre o processo de trabalho	A principal arma da equipe é a união, entrar em entendimento sobre a função de cada um e a comunicação e a nossa arma mais poderosa para enfrentar os desafios mencionados acima	Toda a desorganização de um serviço.

6.3 Propostas de Intervenção

Após as causas levantadas foram apresentadas as soluções no quadro 3.

QUADRO 3 – SOLUÇÕES AOS PROBLEMAS LEVANTADOS

PROBLEMA PRIORIZADO	SOLUÇÕES
Atendimento centrado na doença sobre a demanda espontânea.	Programar uma agenda Realizar grupos operativos de diferentes faixas etárias para promoção de saúde. Programar o acolhimento
Desvio de Função	Programar o acolhimento e colocar a agenda sobre responsabilidade da enfermeira da equipe.
Baixa capacidade de resolver o problema	Abrir uma agenda com foco em demanda crônica para diferentes faixas etárias.
Tratar o indivíduo como objeto da ação	Realizar o atendimento centrado no sujeito com ênfase na família e conhecimento sobre a comunidade através do diagnóstico situacional.
Dificuldade de comunicação entre os profissionais sobre o processo de trabalho	Realizar reuniões de equipe semanal com participação de todos e com o NASF semanal. Solicitar reuniões mensais com os gestores.

PLANO DE AÇÃO

O plano de ação, conforme quadro 4 , define o que fazer, como fazer, quem são os responsáveis e o cronograma a ser estabelecido

QUADRO 4

Meta	O que fazer	Como Fazer	Responsável	Cronograma
Programar uma agenda	Criar agenda para o enfermeiro e médico com foco na promoção em saúde, prevenção de doenças e tratamento de doenças crônicas.	Através do acolhimento, agendar os pacientes crônicos, prevenção, puericultura e atender as demandas agudas	A equipe	Início na primeira semana de julho
Realizar grupos operativos de diferentes faixas etárias para promoção de saúde	Criar grupos operativos para promoção e prevenção da saúde conforme a demanda da população	Convidar a comunidade para os grupos operativos ex: reeducação alimentar, grupos de diabéticos, hipertensos, DST e etc.	A equipe	Início na primeira semana de julho
Programar o acolhimento	Iniciar o acolhimento junto com a enfermeira		Enfermeira e Medico com apoio da equipe	
Realizar o atendimento centrado no sujeito com ênfase na família e conhecimento sobre a comunidade através do diagnostico situacional.	Realizar o diagnostico situacional	Através de um estudo observacional e reuniões em equipe.	A equipe	
Realizar reuniões de equipe semanal com participação de todos e com o NASF quinzenal. Solicitar reuniões mensais com os gestores -		As reuniões deveram ser feitas para dinâmica do trabalho em equipe com ênfase na educação permanente.	A equipe, NASF e os gestores.	Em março

8 Considerações Finais

Para encontrar um problema de saúde relevante é necessário entrar em todas as etapas de um planejamento. Na UBS Areias se realizou o Diagnóstico Situacional apontando os problemas relevantes para posteriormente programar um plano de ação para mudar o perfil da Estratégia da Saúde da Família. Dentre os problemas relevantes, a organização de uma agenda com foco na atenção primária, iniciar o acolhimento e estimular os grupos operativos se tornaram prioridades.

Foi iniciado o processo de organização de uma agenda de trabalho, conforme a demanda e os desafios supracitados acima. A equipe ainda enfrenta muitas dificuldades na aceitação das mudanças atuais, mas, aos poucos, percebe-se que a organização facilita o processo de trabalho e os resultados certamente virão.

Referências Bibliográficas

< http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Portal da Saúde - Estratégia Saúde da Família>. Acesso em 07 de maio de 2015.

Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª edição, São Paulo: Atlas, 2007. Cap. 4, p. 41-57.

PUCCINI, Tarso; CECÍLIO, Luis Carlos. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

Política Nacional de Humanização – **Humaniza SUS (Ministério da Saúde Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, DF. 2004). ARCHANJO, D.R; ARCHANJO, I. R.; SILVA, L. L. **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: Ibpex, 2007.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família comentado, Goiânia**: AB, 2008.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

WAGNER, E.H. et al. - A survey of leading chronic disease management program: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7: 56-66, 1999.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família: diagnóstico situacional em saúde. Fortaleza, 2010.

TANCRED, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania).

Ministério da Saúde. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em. Acesso em: 25 out. 2011.

MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, (42):40-44, 1994.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro.** *Cad. Saúde Pública*, 9(2):177-184, 1993.

MENDES, E. V. **O processo de construção do SUS: reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma Sanitária.** Brasília, 1992. [Documento interno]

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 8(2):11-48, 1998

VASCONCELLOS, M. P. C. **Reflexões sobre a saúde da família.** In: **Mendes, E. V. org. A organização da saúde no nível local.** São Paulo, Editora HUCITEC, 1998. p.155-172.