

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

ASTHELLA DE MOURA BITTENCOURT

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
SOBRE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE CANÁPOLIS-MG**

**UBERABA - MINAS GERAIS
2014**

ASTHELLA DE MOURA BITTENCOURT

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
SOBRE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE CANÁPOLIS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal do Triângulo Mineiro para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Fernanda Carolina Camargo

**UBERABA - MINAS GERAIS
2014**

ASTHELLA DE MOURA BITTENCOURT

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
SOBRE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE CANÁPOLIS-MG**

Banca Examinadora:

Ms. Fernanda Carolina Camargo – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Profª Drª Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, em 25 de janeiro de 2015.

**UBERABA - MINAS GERAIS
2014**

Dedico este trabalho:

À Equipe de Saúde da Família do Programa Saúde da Família (PSF) 3- Hermenegildo de Freitas por terem me permitido vivências e crescimento profissional.

Aos meus familiares por serem meu suporte nos momentos difíceis.

Aos meus pais pelo amor incondicional.

AGRADEÇO

À Deus, pelo dom que me deste.

Aos meus pais e familiares, por me apoiarem em meus planos.

À minha orientadora, professora mestre Fernanda Carolina Camargo pela grande ajuda e paciência.

À minha supervisora do PROVAB, professora Leila Bitar.

À minha equipe pelo companheirismo.

À Coordenação de Atenção Básica e Gestor Municipal, pela confiança.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

RESUMO

Este trabalho é uma proposta de intervenção para a equipe de Saúde da Família PSF3, do município de Canápolis/MG, 2014, a qual consiste no esclarecimento da população cadastrada sobre o trabalho da equipe de saúde. A conscientização da população acerca dos objetivos e propostas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) se mostrou necessária por se tratar de uma comunidade habituada ao modelo de pronto-atendimento baseado apenas na queixa da doença. Além do mais, apresentam resistência no manejo dessa demanda realizado pela aplicação do Protocolo de Manchester pela Enfermeira. Por não serem familiarizados com os objetivos que norteiam a ESF - de prevenção de doenças e promoção de saúde – por vezes se sentem negligenciados, resultando em atritos, ou outras situações violentas com a equipe de saúde. O caminho metodológico utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde. A construção deste conteúdo parte da própria experiência da autora, de sua atuação junto a uma equipe de saúde da família, e imersão no cotidiano vivido do cenário de intervenção. Para tanto, considera como ações prioritárias: apresentar informações em sala de espera, organizar a agenda assistencial de forma a contemplar ações programáticas, divulgar na comunidade as finalidades do Protocolo de Manchester, capacitar a equipe de saúde para melhor acolhimento da comunidade e estabelecimento de vínculos mais efetivos. Essa prática educativa, fundamenta-se na necessidade em promover o acesso universal e qualificado, por cuidados em saúde que considerem integralmente as demandas apresentadas

Descritores: Estratégia saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde

ABSTRACT

This work is an intervention proposal for Health team PSF3 Family, the city of Canápolis / MG , 2014 , which is the clarification of the population registered on the work of the health team . The awareness of the population about the goals and purpose of the Family Health Strategy (FHS) became necessary because it is a community accustomed to the model based emergency care only in the complaint of the disease. Moreover, with resistance in the management of this demand carried out by applying the Manchester Protocol by the nurse . Because they are not familiar with the objectives that guide the FHS - disease prevention and health promotion - sometimes feel neglected , resulting in friction, or other violent situations with the health team . The methodological approach used was the Situational Strategic Planning in Health. The construction of this content part of the experience of the author, of their work with a family health team, and immersion in the everyday living of the intervention scenario . Therefore, considers as priority actions : to present information in the waiting room , organize care agenda to take account program , discussing the purposes of the community of Manchester Protocol , train health staff to better host community and build bridges more effective. This educational practice , is based on the need to promote universal access and qualified for health care to fully consider the demands presented

Descriptors: Family Health Strategy; Primary Health Care; Health Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico do PSF3-Hermenegildo de Freitas em Canápolis-MG, 2014..... 30

Quadro 2- Proposta de operações para resolução dos nós críticos, PSF3-Hermenegildo de Freitas em Canápolis-MG, 2014 31

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ESF – Estratégia Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ATUAÇÃO	11
1.2 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE LOCAL	12
2 JUSTIFICATIVA	15
3 REFERENCIAL TEORICO	17
3.1 O Processo de trabalho em saúde	17
3.2 Princípios Organizativos da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família	20
4 OBJETIVO	23
5 METODOLOGIA	24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6.1 DIAGNÓSTICOS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA ÁREA DE ABRANGENCIA PSF3	27
6.2 PLANOS DE AÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS	29
6.2.1 Principais problemas identificados	29
6.2.2 Descrição do Problema Elencado	30
6.2.3 Explicação do Problema	30
6.2.4 Desenhos das operações	31
6.2.5 Indicadores de monitoramento e avaliação	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ATUAÇÃO

A Unidade de Saúde em estudo encontra-se no município de Canápolis, Minas Gerais, localizado a 653 km da capital, Belo Horizonte; 120 km de Uberlândia; 220 km de Uberaba e 475 km do Distrito Federal. Apresenta população estimada, em 2013, de 11.882 habitantes, 85,67% habitam área urbana (IBGE, 2010).

O município foi criado devido a doação de cinco hectares de terras pelo Senhor José de Paula Gouveia em 1934, à Prefeitura de Monte Alegre de Minas, para a criação de um novo distrito. Tal fato atraiu pessoas, devido à fertilidade da terra, sendo que em 1938 o núcleo populacional que já habitava tal lugar, fez com que em 1938 já fosse denominado de distrito, com nome de Canápolis, devido as várias plantações de cana-de-açúcar no local. Em 1948 obteve sua independência administrativa, passando a ser um novo município e 1955 com Sede de Comarca (IBGE, 2010).

Canápolis/MG possui uma área de 839,737 km², clima tropical temperado, densidade demográfica de 13,53 hab/km², e unidades domésticas por organização familiar no total de 3.688 unidades (IBGE, 2010).

O valor obtido de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal foi de 0,722; Taxa de Urbanização de 84,5%, Renda Média Familiar de – R\$ 679,36; Taxa de Abastecimento de Água Tratada de 83,1%, sendo tal dado do censo de 2000, assim como a taxa de recolhimento de esgoto por rede pública de 82% também de 2000. As principais atividades econômicas são: produtos de extração vegetal, pecuária, lavoura, cereais leguminosas e oleaginosas (IBGE, 2010).

A taxa de crescimento anual da população foi de 21,1; a densidade demográfica segundo de 13,53 hab/km². Em relação à taxa de escolarização; foi evidenciado total de 1.305 matrículas no ensino fundamental, e 409 matrículas no ensino médio (IBGE, 2010)

1.2 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE LOCAL

No decorrer das atividades do curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), oferecido pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, foram obtidas informações junto aos gestores locais sobre o funcionamento e organização da rede de saúde de Canápolis/MG. Destaca-se que o município possui sistema de saúde organizado de maneira que praticamente toda a população está adscrita na Estratégia Saúde da Família, inserida na atenção básica conforme seu local de moradia.

A Estratégia Saúde da Família do município de Canápolis/MG iniciou em 2001 (PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014). Possui, atualmente, quatro equipes de Saúde da Família, cada uma composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, um auxiliar de saúde bucal e /ou técnico de saúde bucal, um dentista, agentes comunitários de saúde (ACS) conforme o numero de população coberta (1ACS para cada 400 habitantes, aproximadamente), em conformidade aos parâmetros propostos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Contam ainda com apoio de uma nutricionista, uma psicóloga, duas auxiliares de serviços gerais.

Além disso, o município conta com um Hospital Santa Casa de Misericórdia, um Correio, uma Casa Lotérica, 10 centros religiosas, uma rodoviária, quatro bancos. O abastecimento de água pela rede pública e energia elétrica está disponível a quase 100% da população (PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014).

Observa-se que o sistema de saúde de Canápolis/MG está organizado, a fim a consolidar um modelo poliarquico e integrado para a estruturação da rede de Atenção à Saúde. A porta de entrada preferencial é a Atenção Básica por meio das equipes de Saúde da Família. Outra porta de entrada é o Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia. Esse estabelecimento oferece além dos atendimentos emergenciais, atendimentos de nível secundário, incluindo cirurgias, de pequeno e médio portes, e internações (PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014).

São disponibilizadas consultas ambulatoriais com especialistas: dois Ginecologistas e obstetras (os quais realizam o pré-natal de alto risco, cirurgias de pequeno e médio porte), um Cirurgião geral, um Otorrinolaringologista, um Oftalmologista, um Ortopedista, um Psiquiatra, dois Pediatras, um Cardiologista (CADERNOS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2010; PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014). Essas consultas acontecem somente mediante referência da Estratégia Saúde da Família. Já, para as agendas das especialidades básicas (pediatria e ginecologia) os usuários são atendidos sem necessidade de encaminhamento.

Outras especialidades médicas (dermatologia, urologia, proctologia, gastroenterologia, angiologia) são referenciadas por solicitações para Tratamento Fora de Domicílio nos municípios polo das regiões de saúde como Uberlândia/MG ou Ituiutaba/MG. Para dinamizar o acesso às especialidades médicas, a região conta com consórcios intermunicipais que financiam de maneira diferenciada esses atendimentos. Sobre os exames complementares e diagnóstico, estão disponíveis no próprio município exames laboratoriais, raios-X, ultrassonografia, e os demais são encaminhados para os municípios polo da região (CADERNOS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE, 2010; PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014). De forma geral, percebe-se a atenção básica como central na coordenação do cuidado, em especial nos encaminhamentos e orientação dos fluxos assistenciais.

A regulação dos leitos hospitalares é realizada pela central de leitos estadual, orientadas pelo SUS fácil. As vagas geralmente são referenciadas para Uberlândia/MG ou Ituiutaba/MG, conforme a gravidade do caso. Porém, outros municípios polos de saúde como Patos de Minas, são acionados frente à especialidade das demandas de saúde (PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014).

O município conta com ambulâncias para o transporte aos serviços eletivos, ao tratamento fora do domicílio, e às urgências e emergências (mas ainda não conta com SAMU) (PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014).

Segundo informações do Fundo Nacional de Saúde, o município recebeu no ano de 2013 o total de R\$ 1.272.431,48, diretamente para o fundo municipal de saúde (BRASIL, 2014). O Conselho Municipal de Saúde faz a fiscalização e proposição do desempenho orçamentário, processo de gestão participativa. Possui sua composição adequada e regimento (PREFEITURA DE CANAPOLIS, 2014).

Diante do exposto, observa-se estímulo à qualificação da rede assistencial local. Para alcance dessa melhoria, faz-se crucial uma melhor compreensão pela população sobre a organização da rede de atenção, em especial, o esclarecimento sobre as finalidades assistenciais da Estratégia Saúde da Família.

2 JUSTIFICATIVA

O processo de trabalho em saúde diferencia-se de demais processos de trabalho ao se considerar o protagonismo dos “objetos de intervenção”, as pessoas demandantes das necessidades de saúde são sujeitos sócio-históricos. Assim, a qualidade da assistência em saúde prestada está diretamente dependente da relação estabelecida entre trabalhadores de saúde, as pessoas que demandam por necessidades de saúde e a gestão do processo de trabalho.

Na equipe Saúde da Família PSF-3 do município de Canápolis/MG, evidencia-se resistências da população acompanhada em aceitar uma organização da agenda assistencial por ações programadas e atendimentos a demanda espontânea. A atenção à demanda espontânea exige, sobretudo, uma classificação de risco que ocorre por uma triagem de acordo com o Protocolo de Manchester (MINAS GERAIS, 2009).

Essa triagem é realizada por enfermeiros, na unidade de saúde, que direcionam os atendimentos ao agendamento ou atendimento imediato, fato que tem causado resistências pela população. Muitos anseiam além da resolução imediata de seu problema de saúde, ter garantido o contato com o médico da unidade de saúde.

Essa realidade impacta sobre a quantidade de grupos operativos realizados, sendo realizado apenas de Hipertensos/Diabéticos e Gestantes, devido a não aceitação da população acompanhada em diminuir o número de consultas. De forma geral, o acompanhamento realizado pela equipe de saúde fica reduzido na sua potencialidade, por estar centrado no desempenho quase exclusivo de consultas de pronto-atendimento.

A carência de conhecimento acerca do real funcionamento de uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família por parte dos usuários, leva a inúmeras desordens práticas e organizacionais na programação da atenção à saúde. Essa realidade gera ruptura de vínculos, aumentando a distância entre usuário e a unidade, o que acaba por prejudicar a condução dos projetos terapêuticos. Além disso, cria insatisfações do usuário para com o serviço prestado, e do próprio trabalhador da saúde que não consegue estabelecer relações terapêuticas efetivas e fica exposto a um ambiente

violento (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009; FORTUNA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; CAMARGO; IWAMOTO, 2013).

Frente a esse contexto, o presente estudo objetiva apresentar proposta de intervenção para esclarecer a população do PSF3 sobre o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde, a fim de qualifica-lo às diretrizes da Atenção Básica à Saúde.

3 REFERENCIAL TEORICO

3.1 O Processo de trabalho em saúde

A Estratégia Saúde da Família caracteriza-se como a proposta principal para fortalecimento assistencial na Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (FARIA *et al.*, 2009; MENDES, 2010). Observa-se que a Saúde da Família é uma proposta inovadora de organização de serviços de saúde no SUS.

“É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012, p.19)

Iniciada em âmbito nacional em 1994, o trabalho na ESF privilegia a criação de vínculos, por práticas assistenciais que considerem o ser humano na sua integralidade. Frente a essa realidade, o trabalho é apoiado em tecnologias relacionais para a mudança de estilos de vida e ampliação da qualidade de vida (BRASIL, 2012; FORTUNA *et al.*, 2012).

Tem como guisa norteadora a adscrição da clientela e a territorialização. A população é cadastrada em uma área geograficamente delimitada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais têm como atribuição realizar levantamentos sobre a situação de saúde, identificar as condições de vida das pessoas, desenvolver práticas educativas, promover o autocuidado, informar sobre a organização da rede local de saúde, propiciar articulações intersetoriais. Além do mais, ACS propicia aproximação entre a atuação da equipe de saúde e a população adscrita (FARIA *et al.*, 2009; DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Integram a equipe básica, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, qual pode ser complementada pela atuação de uma equipe de saúde bucal (BRASIL, 2012; DOWBOR; WESTPHAL, 2013). Essa equipe é responsável pela condução de

ações de promoção à saúde, prevenção de riscos e tratamento dos agravos, por ações que abranjam, sobretudo, os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades assistidas (FARIA *et al.*, 2009; BRASIL, 2012).

Cada equipe deve ser responsável por uma média de 3000 pessoas cadastradas. E, um conjunto de equipes de saúde da família pode contar com o apoio de uma equipe multiprofissional para o matriciamento das ações, denominada Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que pode ser composto por: profissionais como os do serviço social, psicologia, nutrição, educação física e fisioterapia, dentre outros. As atuações dessas categorias privilegiam assessorar o processo de trabalho das equipes mínimas, constituindo intervenções com base comunitária, potencializando os recursos terapêuticos da própria equipe e da área de abrangência (FARIA *et al.*, 2009; SHIMAZAKI, 2009; BRASIL, 2012).

O processo de trabalho, na ESF, apresenta-se por um referencial inovador, que visa superar a lógica assistencial centrada exclusivamente na resposta às doenças agudas, na condução de pronta-consulta. É esperado que ocorra uma programação da assistência que inclua o manejo da demanda espontânea. A intenção é a constituição de um processo de trabalho que se aproxime das necessidades de saúde da população, de suas vulnerabilidades, sendo elas percebidas de forma ampliada, nos aspectos sócio-psicobiológicos (SHIMAZAKI, 2009).

Espera-se que o processo de trabalho na ESF, considera-se:

“Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as 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 estes 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. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os

núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (BRASIL, 2012, p.22)

Trata-se de uma ruptura de modelos e, a todo o momento, as equipes de saúde necessitam depreender de estratégias de conciliação entre as expectativas da população adscrita quanto ao funcionamento do serviço e a missão da ESF.

3.2 Princípios Organizativos da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família

Para melhor conciliação das expectativas da população frente ao trabalho das equipes de Saúde da Família, é necessário discutir com as coletividades a que se pretende esse nível assistencial. Neste sentido, é preciso que as iniciativas assistenciais da Atenção Básica/ESF (ABS/ESF) visem controlar as condições de saúde, agudas ou crônicas, promovendo a saúde e prevenindo-as (SHIMAZAKI, 2009).

“Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes” (BRASIL, 2012, p.20).

De forma concomitante, a ABS/ESF precisa acolher as demandas agudas e promover o manejo adequado dos quadros. Mas, vale ressaltar que muitas das situações agudizadas identificadas estão relacionadas ao manejo pouco adequado de uma situação crônica, que acabou por se complicar. Fato é quanto melhor o manejo das condições crônicas, menores serão as intercorrências por agudização a serem atendidas na rotina assistencial de uma equipe APS/ESF (SHIMAZAKI, 2009; MENDES, 2010).

Com isso, é crucial a valorização do contexto de vida dos indivíduos, famílias e comunidades em uma abordagem que seja ampliada, convergente aos determinantes sociais de saúde (DOWBOR; WESTPHAL, 2013; OLIVEIRA; CAMARGO; IWAMOTO, 2013)

Para alcance dessa realidade, a Atenção Primária à Saúde – reconhecida como sinônimo de Atenção Básica conforme a política nacional (BRASIL, 2012) - deve estar organizada de acordo de acordo com princípios (STARFIELD, 2000; MARIGO, 2014):

- **Primeiro Contato:** a atenção primária deve ser o elemento estrutural necessário para garantir acesso ao Sistema de Saúde. Estar localizada de forma a disponibilizar fácil contato, localização geográfica próxima, com comodidade e desempenhando atendimento em tempo oportuno para não postergar ou afetar diversamente o manejo dos problemas de saúde.
- **Longitudinalidade:** o estabelecimento de vínculos efetivos entre equipe de saúde e indivíduos, famílias e comunidade, para que possa ser desenvolvido um cuidado ao longo dos ciclos de vida. Essa aproximação deve tornar mais otimizada as relações entre equipe de saúde e população, impactando em um melhor reconhecimento das necessidades de saúde e manejo das mudanças que possam ocorrer durante a vida.
- **Integralidade da Atenção:** consiste na identificação ampliada das necessidades de saúde, considerando seus aspectos biopsicossociais e a garantia de aporte de recursos para promover a assistência. Aqui, considera-se uma organização de uma rede de serviços, incluindo o setor saúde e demais setores, articulados de forma a garantir respostas às demandas de saúde.
- **Coordenação do cuidado:** caracteriza-se pela responsabilização de uma equipe de saúde pelo gerenciamento das alternativas assistenciais no cuidado às pessoas, famílias e comunidade. Inclui-se, para tanto, a necessidade da organização de informações sobre os usuários, além do estabelecimento de critérios clínicos para a gestão dos casos.
- **Centralidade na família:** requer mudança na prática no sentido de promover uma abordagem familiar, e não com o foco na patologia. Para tanto, a abordagem familiar requer uma compreensão da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade das famílias e, de que maneira essas interações impactam sobre as condições de saúde de seus membros.
- **Orientação Comunitária:** diz respeito ao estímulo a participação popular no cotidiano de prática das equipes de saúde. Seja pelas ações de educação em saúde, autocuidado, como estímulo ao protagonismo político e cidadão. Viabilizando, assim, o desenvolvimento dos conselhos de saúde e das conferências de saúde.

Na definição de propostas para a orientação comunitária sobre os propósitos da ESF é importante discutir com a população os princípios da APS e qual as estratégias empreendidas para efetiva-los no cotidiano de prática. Dessa maneira, este arcabouço conceitual traduz-se como guia para a articulação das ações educativas a que se pretende o presente estudo.

4 OBJETIVO

GERAL:

Apresentar proposta de intervenção para esclarecer a população do PSF3 sobre o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde;

ESPECÍFICO:

Implementar mais ações educativas na atenção primária para melhor conduzir o processo de trabalho dentro do PSF3;

5 METODOLOGIA

Trata-se da descrição de uma proposta de intervenção para orientar o processo de trabalho na equipe Saúde da Família, PSF3, do município de Canápolis/MG, 2014.

O caminho metodológico utilizado apoia-se nos conceitos do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde, qual se ampara numa explicação da realidade que depende do olhar de cada ator, sempre parciais e múltiplas (FARIA *et al.*, 2010; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

“Uma situação constitui-se em um espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.25).

Acrescenta-se que o próprio autor encontra-se imerso no cotidiano vivido do cenário para qual será proposta a intervenção, atuando junto à equipe de saúde da família. Desta maneira, a construção do presente estudo também parte de sua experiência e implicação com o cenário.

Junto à equipe de trabalho, desenvolveu-se a problematização da realidade, conduzida por: discussões com o coletivo, aplicação da técnica da estimativa rápida a qual intercorreu a análise de dados secundários originários do Sistema de Informação da Atenção Básica local (SIAB, 2014), entrevista com informantes chave e observação ativa da realidade. Essa condução resultou em um diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir dos resultados desse diagnóstico, foram elencados os principais problemas de saúde que integram a área de abrangência e, a situação prioritária problematizada foi àquela definida como uma situação passível de transformação frente aos recursos da equipe. Por conseguinte, desenvolveu-se um plano de ação para o enfrentamento da situação prioritária priorizada. A descrição e o desenvolvimento das etapas de elaboração do plano de ação compõem o objeto do presente estudo. As demais

informações categóricas foram organizadas em esquemas e quadros para melhor compreensão.

Além do mais, como recurso potencializador para a elaboração do plano de ação, foi realizado levantamento bibliográfico sobre o tema. O levantamento da produção científica ocorreu de forma livre, em especial quanto ao período da publicação. As seleções das produções científicas como pertinentes ao desenvolvimento do presente estudo ocorreram conforme crivo do autor, após leitura dos textos.

As buscas se deram na Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme, (<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>), nas publicações oficiais e documentos ministeriais brasileiros sobre o tema, além de recorrer aos módulos específicos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG), utilizando cruzamento de descritores *Estratégia saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde*.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como médica graduada pela Universidade Federal da Grande Dourados em dezembro de 2013, iniciei minha jornada de trabalho em janeiro de 2014 junto à Equipe de Saúde da Família no Programa Saúde da Família (PSF) 3- Hermenegildo de Freitas em Canápolis, Minas Gerais, onde em março de 2014 continuei na mesma unidade de saúde, porém através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), o qual me proporcionou o Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF).

Desde então, com a qualificação adquirida com os estudos durante o CEABSF, foram iniciadas discussões entre a equipe de saúde, gestores e os usuários a fim de implementar uma melhoria das práticas no PSF 3.

Através da tentativa de incrementar práticas preventivas no PSF3 vivenciei desafios como questionamentos, falta de entendimento em relação à agenda programada por parte dos usuários, que esperavam por uma atenção voltada apenas para a pronta-consulta. Neste sentido, implementar ações educativas na atenção primária é fator relevante, necessário para melhor conduzir o processo de trabalho.

Essa realidade, fez com que aumentasse meu interesse pelo Processo de Trabalho em Saúde na Saúde da Família, a fim de promover à população orientações sobre como está prevista a dinâmica de assistência dentro de uma equipe de Saúde da Família.

6.1 DIAGNÓSTICOS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA ÁREA DE ABRANGENCIA PSF3

Na Unidade de Saúde PSF 3 Hermenegildo de Freitas está a maior concentração de pessoas por unidade do Município, devido a expansão de nova área de moradias. Ainda, o asilo do município possui localização nas proximidades do PSF-3, cuja equipe acompanha os internos.

Estão cadastradas no PSF-3 o total de 960 famílias, perfazendo 2.965 pessoas (1.500 sexo masculino e 1.465 sexo feminino), sendo 15 % da população idosa. O total de 89,68% das pessoas acima de 15 anos estão alfabetizadas. Apenas 2,02% da população da área possuem cobertura com plano de saúde. As doenças mais prevalentes são a Hipertensão (17,4%) e a Diabetes Mellitus (4,08%). Sobre as gestantes cadastradas, 10,7% possui entre 10 e 19 anos, sendo que 89,2% possuem mais que 20 anos de idade. Não apresentava informações sobre saúde mental, porém é uma demanda que se faz constantemente presente neste serviço de saúde (SIAB, 2013).

Em relação ao abastecimento de água, 90,42% dos moradores cadastrados pela equipe de saúde da família possui abastecimento pela rede pública, 9,06% decorrente de poço ou nascente. O tratamento da água se dá através da filtração em 76,6% dos domicílios sendo que 22,5% não realizam nenhum tipo de tratamento (filtração, fervura ou cloração). A energia elétrica está presente em 99,27% dos domicílios. O destino do lixo é pela coleta pública e, em 91,04%, as casas são de tijolo/adobe em 98,13% (SIAB, 2013).

A unidade de saúde PSF3 se encontra em local de fácil acesso aos moradores da área que abrange, exceto para alguns moradores da zona rural, que se encontram a mais de 20 km. A unidade de saúde encontra-se aberta de segunda a sexta-feira das 7h00 às 17h00, sendo que das 11h00 às 13h00, ocorre somente aferições de pressão arterial pela técnica de enfermagem. Os atendimentos médico e odontológico ocorrem das 7h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00. A nutricionista atende na unidade três vezes na semana, durante período vespertino, a psicóloga todos os dias durante o período matutino.

Após a realização do diagnóstico situacional foram identificados os problemas de saúde mais relevantes. A observação ativa possibilitou identificar que a maioria da população ainda desconhece o Processo de Trabalho que guia APS/ESF. Esta situação gera prejuízos à saúde dos usuários, pois por não conhecerem como deve ocorrer o funcionamento do sistema de saúde e os princípios que norteiam as ações da Saúde da Família, gera insatisfações, baixa resolutividade e distanciamento das intervenções entre a equipe de saúde e a população assistida.

6.2 PLANOS DE AÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

A realização do Plano de Ação no PSF3 decorre do diagnóstico situacional. Através dos dados coletados foram identificados os principais problemas de saúde e com este conhecimento, associado ao grau de prioridade, iniciou-se o planejamento das ações para seu enfrentamento.

6.2.1 Principais problemas identificados

Os principais problemas elencados foram:

- Elevado número de usuários de drogas ilícitas e álcool;
- Uso abusivo de benzodiazepínicos;
- Desconhecimento da população sobre o funcionamento da Estratégia Saúde da Família;
- Baixa adesão dos pacientes em grupos operativos;
- Baixa adesão à puericultura na unidade;

Os problemas prioritários foram elencados conforme será descrita no Quadro 1 abaixo:

“Atribuindo-se valor alto, médio e baixo para a importância do problema; distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.57)

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico do PSF3-Hermenegildo de Freitas em Canápolis-MG, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso de drogas ilícitas e álcool	Alta	5	Parcial	2
Uso abusivo de benzodiazepínicos	Alta	4	Parcial	2
Desconhecimento sobre funcionamento do PSF3	Alta	5	Parcial	1
Baixa adesão em grupos operativos	Alta	4	Parcial	2
Baixa adesão à puericultura no PSF3	Alta	4	Parcial	2

6.2.2 Descrição do Problema Elencado

Desta forma, a desinformação da população sobre a forma de funcionamento do PSF3, pode ser melhor descrita como “ nós críticos” que são:

- O foco da maioria da população ainda é a doença;
- Desinformação sobre a agenda programada;
- Desinformação sobre a triagem por Manchester;
- Necessidade de melhorar o acolhimento pelos trabalhadores da unidade;

6.2.3 Explicação do Problema

Como descrito acima, alguns fatores estão interligados à falta de informação sobre o funcionamento da unidade, sendo estes os “ nós críticos”, que se solucionados poderão resolver o problema elencado. Isso nos permitiu entender que esta mudança também necessita da participação da Equipe de Saúde.

6.2.4 Desenhos das operações

Para resolução do principal problema elencado há necessidade de planejamento de ações, o qual deve ser realizado por toda equipe de saúde, visto que as diversas visões que cada profissional possui com o contato com o usuário pode auxiliar no planejamento e execução da ação.

Quadro 2- Proposta de operações para resolução dos nós críticos, PSF3-Hermenegildo de Freitas em Canápolis-MG, 2014.

Problemas	Ações	Responsáveis	Recursos	Cronograma
O foco da maioria da população ainda é a doença	Desenvolver atividades educativas, na sala de espera, orientando sobre o que é saúde e a necessidade de medidas preventivas e de promoção de saúde.	Enfermeira, Médica e Agente Comunitário de Saúde (ACS).	Recursos Humanos; recursos materiais (audiovisual)	Dezembro 2014 a Março 2015.
Desinformação sobre a agenda programada	Divulgar a agenda de atendimento médico da unidade de saúde para que todos os usuários possam ter acesso à informação sobre a quantidade de vagas para a	ACS, Enfermeira, Médica e Recepcionista.	Recursos humanos e materiais-panfletos	Dezembro 2014 a março de 2015.

	demanda espontânea e de agendados.			
Desinformação sobre a triagem por Manchester	Explicar sobre a prioridade de atendimento determinada pela classificação de risco pelo protocolo de Manchester.	Enfermeira e Médica.	Recursos humanos e materiais- folders, panfletos	Dezembro 2014 a março de 2015.
Necessidade de melhorar o acolhimento pelos trabalhadores da unidade	Orientar todos os profissionais da unidade de saúde, através da Educação Continuada, que são todos responsáveis pelo acolhimento e não somente a enfermeira e a médica.	Enfermeira, Médica e Gestor.	Recursos humanos, materiais (audiovisuais)	Dezembro 2014 a março de 2015.

6.2.5 Indicadores de monitoramento e avaliação

O sucesso da ação está intimamente relacionado ao conhecimento de todos em relação a como deve acontecer o Processo de Trabalho em Atenção Básica à Saúde, assim a Educação Continuada em Saúde nos será útil para a discussão do tema.

Os indicadores de avaliação integram:

- Número de atividades educativas realizadas na sala de espera/mês
- Organização e divulgação da agenda de atendimento que contemple ações programáticas e manejo da demanda espontânea
- Grau de Satisfação do usuário que procura o atendimento no PSF3
- Redução no número de consultas de pronto-atendimento realizadas pela equipe,

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, no campo da saúde, a desinformação acarreta várias sequelas, como alienação, insatisfação, automedicação, caos no sistema de saúde do município e compromete o vínculo. O presente estudo é relevante para a área da saúde, pois apresenta uma das principais dificuldades para a implementação da ESF, que se relaciona como a população ainda está mal informada sobre o que esperar da unidade de saúde de sua área, o seu papel no apoio as conduções do processo de manutenção da saúde e do adoecimento.

O plano de ação, aqui apresentado, propõe-se a informar os usuários sobre o funcionamento da unidade de saúde, e com isso ampliar o conhecimento da população a respeito da organização do SUS. Essa prática educativa fundamenta-se na necessidade em promover o acesso universal e qualificado, por cuidados em saúde que considerem integralmente as demandas apresentadas. Uma superação de práticas, frente às abordagens reducionistas da saúde como doença orgânica exclusiva.

Através de ações programáticas que envolvem equipe e usuários, objetiva-se estreitar o vínculo entre esses atores do processo de saúde-doença, melhorando o ambiente de trabalho e, por conseguinte, as condições locais de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>. Acesso em 10 out 2014

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.

CADERNOS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. Indicadores de Saúde. Indicadores municipais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso em 17 out 2014.

CAMPOS, FCC; FARIA, HP; SANTOS, MA. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

DOWBOR, TP; WESTPHAL, MF. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v.47, n.4, p.781-790; 2013.

FARIA, HP *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FORTUNA, CM *et al.* Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2012; 46(3):657-64

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em 10 out 2014

MARIGO, B.J.; **Proposta de Ação Comunicativa Para Esclarecimentos Sobre o Trabalho De Uma Equipe de Saúde da Família de Governador Valadares/MG**. NESCON/UFMG -- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciências e saúde coletiva**. 2010; 15(5): 2297-2305.

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonted: ESPMG, 2009.

OLIVEIRA, LP; CAMARGO, FC; IWAMOTO, HH. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde** [Internet]. 2013; 2(2 NEsp):46-56. Disponível em:

<http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/388/417>. Acesso em 10 dez 2014.

PREFEITURA DE CANAPOLIS. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014.(mimeo)

SHIMAZAKI, ME(Org). **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnostico Local. Guia tutor/facilitador. Belo Horizonte: oficina 1 – Análise da Atenção Primária à Saúde. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16.

SIAB. SISTEMA DE INFORMACAO DA ATENCAO BÁSICA. Secretaria Municipal de Saúde de Canapolis/MG. Relatório Situação de Saúde. Consolidado, 2013. (mimeo)

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, M; GRILLO, MJC.; SOARES, SM .**Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p.