

REESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE DE ESF, FORTALECENDO O VÍNCULO A COMUNIDADE.

Nome do Aluno: Peterson Monari

Nome da Orientador(a): Lídia Fátima Hildebrand e Silva

Introdução

Contextualização do Problema:

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tais ações desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território (BRASIL, 2009). Desde bem estruturada e organizada, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem potencial para resolver os problemas de saúde frequentes da população, reduz os danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas. A base do vínculo é o compromisso do profissional com a saúde daqueles que o procura. De acordo com pacto Tripartite (BRASIL, 2002), o ACS tem papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe. A atuação do ACS valoriza questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico, identificar áreas e situações de risco individual e coletivo, encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário, orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde e acompanhar a situação de saúde das pessoas. Junto às informações trazidas pelo ACS, a equipe tem subsídios para realizar o mapa da área. Esse instrumento é o desenho do que existe na localidade: ruas, casas, escolas, serviços de saúde, pontes, córregos e outras informações importantes, devem ser indispensáveis para seu trabalho. Nesse Instrumento devemos conhecer os caminhos mais fáceis para chegar a todos os locais, marcar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde (rios, morros, mata cerrada etc.), conhecer a realidade da comunidade e planejar como resolver os problemas de saúde com mais eficácia, planejar as visitas de cada dia sem perder tempo, marcar as micro áreas de risco. Identificar com símbolos situação de risco, identificar com símbolos os grupos prioritários: gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, pessoas acamadas, crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiência, usuário de drogas, pessoas com hanseníase, pessoas com tuberculose, etc (CARVALHO,CAMPOS 2000).

Exemplo da literatura sobre o Problema:

A composição da equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (PNAB, 2011), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2009). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (MENDES, 2012).

Justificativa:

O presente estudo busca demonstrar a relevância das recomendações da portaria 2488/2011 na reestruturação da equipe 03 da USF Nova Esperança, buscando ampliar a cobertura, acesso respeitando o grau de vulnerabilidade do local.

Objetivo Geral:

O objetivo do presente estudo será avaliar o processo de reestruturação da equipe de ESF junto à comunidade, proporcionar melhor atendimento, elencar classificação de risco de vulnerabilidades, com foco em seus determinantes/condicionantes e redimensionar a quantidade de ACS da equipe 03, comprovando o número correto destes profissionais para melhora do trabalho da equipe.

Objetivos Específicos:

1. Analisar o projeto junto à equipe três da USF Nova Esperança.
2. Direcionar os profissionais da equipe três, o número exato de pessoas que vivem na área.
3. Classificar as vulnerabilidades biopsicossocioculturais desta população, realizando por meio da Escala de Coelho.
4. Apresentar o trabalho a coordenação da unidade Saúde da Família Nova Esperança e à equipe três.

Local: Unidade Saúde da Família Nova Esperança, Sorocaba. São Paulo.

Público-alvo: Equipe 03 e Área 03.

Participantes: Enfermeiros, técnicos de enfermagem, Médico Intercambista, Agentes Comunitários de Saúde, Equipe NASF, Residente Enfermagem, Comunidade ligada a equipe 03.

Ações:

1. Vincular micro área descoberta aos ACS para respectivo cadastro no E-SUS;
2. Elencar determinantes e condicionantes da área, para classificar o risco por meio da Escala de Coelho;
3. Por meio da classificação e PNAB, elaborar gráficos com número de visitas realizadas pelos ACS, demonstrar a necessidade de novos profissionais ACS para proporcionar melhores condições de trabalho e propiciar qualidade no atendimento ao município.
4. Entregar frente à chefia imediata este trabalho para estimular a reorganização das áreas da USF Nova Esperança.

Resultados Esperados

Este trabalho será uma forma de aprimorar e desenvolver a equipe de saúde da família quanto a necessidade e melhora na qualidade do atendimento ao cidadão do bairro Nova Esperança

Avaliação / Monitoramento:

Nos estudos gerados pelo SIS - ESUS, elencar a periodicidade dos levantamentos, sendo avaliado a quantidade de visitas domiciliares realizadas pelos ACS verificando com isso o aumento ou diminuição de complicações epidemiológicas na área, como também a promovendo saúde a população. Será monitorada mensalmente por meio de gráficos a quantidade de determinantes de saúde (Baixa escolaridade, quantidade de pessoas na casa, uso de drogas, cigarro ou bebida, número de portadores de doenças crônicas, saúde mental, saúde da criança, etc).

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº 2226/2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite/ Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, Sérgio Resende; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, June 2000. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200021&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200021>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: www.saude.mt.gov.br/.../2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.