

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

PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MOZART LIMA DOS SANTOS

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

MOZART LIMA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Beatriz Monteiro de
Castro Lisboa

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

MOZART LIMA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Beatriz Monteiro de
Castro Lisboa

Banca Examinadora:

Profa. Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa- Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte:02/03/2013

Em um trabalho de conclusão de curso, temos a certeza de solicitar ajuda de muita gente.

Gostaria de agradecer inicialmente a Professora Maria Cristina, que ao longo do curso, nos encontros presenciais, com muita paciência soube nos motivar e estimular para que chegássemos à reta final.

A Enfermeira Andreia Alves Batista pela imprescindível ajuda no computador, revisão de textos e apoio na pesquisa bibliográfica.

Ao amigo Fernando Pinheiro, pela ajuda na transcrição do sumário para o Inglês.

Finalmente tenho a agradecer a Professora Maria Beatriz Monteiro de Castro e Professora Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo, pela orientação e zelo na elaboração do trabalho.

RESUMO

A Organização da porta de entrada do serviço de saúde que atende ao Programa de Saúde da família é de fundamental importância para um atendimento qualificado e que contribua para atender a demanda reprimida. Para a realização deste trabalho que teve como objetivo elaborar uma proposta de reordenação da porta de entrada do serviço de saúde, tomando-se por base o agendamento de famílias feito por meio de visita domiciliar pela equipe, permitirá um melhor contato com a população adscrita. A metodologia foi uma revisão bibliográfica que teve como fundamento os artigos revisados na literatura e o diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde como estratégia para organizar a porta de entrada da atenção básica. Espera-se com este estudo possa contribuir com a organização da demanda espontânea e a programada para os usuários que buscam atendimento da Unidade Básica de Saúde.

Palavras chave: Programa Saúde da Família. Visita domiciliar. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT

The present study is a proposal of giving a new organization to health service gateway in Family health team aiming at creating a better contact with the community. It is important to know the factors that make people get sick, to attend and know the not known demand and allow a reprogramming of activities to have a strong impact on the improvement of the population's health condition. Method. Utilization of a questionnaire as far as an instrument of domiciliary visits are concerned so that this procedure may allow a new approach of the team concerning the population's health condition. Utilization of specific clinical records that provide a satisfactory assembling of clinical epidemiologic conditions of the researched area. The results of these studies would be discussed with the community intending to make it fight for better health conditions. Final considerations of these statistic and epidemiologic data arisen out of researches provide a better motivation and create changes in the routine of family health team.

Keywords: Service organization. Family health. Spontaneous demand. Hidden demand.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DA ATENÇÃO DE UMA UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERENCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O atual perfil socioeconômico do Brasil é desenhado com profundas desigualdades sociais, repercutindo no agravamento da pobreza, exclusão social e crescente violência no campo e em especial nos centros urbanos. Estes fatores vêm causando grande impacto na saúde da população.

A Atenção Básica, que antes ocupava o segundo plano com o modelo centrado nos hospitais e assistência médica especializada, vem ganhando um espaço prioritário na estrutura do modelo assistencial de saúde sendo entendida como uma das portas de entrada da rede de atenção à saúde do Sistema único de Saúde (BRASIL, 2010).

Frente aos avanços conquistados pelas Conferências Nacionais de Saúde e sob os princípios constitucionais, este modelo se orienta em direção à equidade, universalidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação social, visando o aumento da resolutividade na Atenção Básica e garantia de acesso da população aos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

O programa de Saúde da Família (PSF) é um modelo assistencial estruturado com o desafio de realizar atividades efetivas de promoção e proteção à saúde, atendimento integralizado, articulação intersetorial e ter a família como foco de atenção. Esta família deve ser atendida a partir do meio ambiente em que vive, espaço onde acontecem as interações sociais e a luta pela melhoria da qualidade de vida. Os atendimentos são prestados na unidade básica de saúde (UBS) e/ou domicílio (BRASIL, 2011).

O conceito de saúde que este modelo preconiza é o firmado pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Tem uma concepção ampliada do processo saúde-doença e compreende a saúde como tendo fatores determinantes e condicionantes, entre os quais elencamos a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços

essenciais e a garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

A estratégia Saúde da Família prioriza o trabalho em equipe, o que potencializa o atendimento à saúde somando os saberes e práticas de cada categoria profissional. A formação de vínculos de corresponsabilidade entre profissionais e a população assistida é um espaço de construção da cidadania, onde cada oportunidade de educação em saúde deve ser aproveitada. A equipe saúde da família é composta por profissionais: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e/ou auxiliar de e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997).

Azevedo (2007) e Paim (2003) identificaram e localizaram temporalmente, características distintas da política de saúde do Brasil. Eles entendem que o sistema de saúde brasileiro partiu de um sanitarismo campanhista e da implantação da previdência social no início do século passado, que estabeleceu a separação da saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (décadas de 20 a 50), depois se instalou o modelo assistencial privatista (décadas de 60 e 70). Nas décadas seguintes, inicia-se o processo social de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que alcança seu ápice com a Constituição de 1988, mas ao mesmo tempo, permanece um mercado paralelo de assistência médica supletiva (décadas de 80 e 90), representada pelos planos de saúde.

Segundo Azevedo (2007), a década de 80 foi o cenário no qual se iniciaram as mais importantes mudanças no sistema público de saúde brasileiro, que se apresentava profundamente excludente, baseado num modelo médico-assistencial privatista e eminentemente hospitalocêntrico. Nesta mesma década já surgia os movimentos sociais que buscavam um modelo de saúde que, além de outras garantias, fosse um sistema universal, integral e descentralizado. Neste sentido, a Carta Magna de 1988 constituiu-se no ponto marcante para o qual convergiram tais mudanças. O direito à saúde, agora reconhecido como direito de cidadania para todos, foi consagrado nas leis 8.080 e 8.142, ambas aprovadas no ano de 1990.

Assim é que, do ponto de vista legal, ficam garantidos princípios fundamentalmente novos na política de saúde brasileira, como, por exemplo, o da universalidade de acesso, o da integralidade da assistência, o da descentralização política administrativa e o da participação da comunidade.

Os anos 90, entretanto, amargaram a crise econômica e fiscal do país, sendo os modelos de saúde vigentes profundamente acometidos por esta realidade, cuja complexidade levou o governo a implementar um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos, objetivando melhorar a equidade e a eficácia no SUS (REIS; HORTALE, 2004). É num contexto de constrangimentos da agenda social, marcadamente influenciada pelos ajustes macroeconômicos de corte neoliberal introduzidos no país, que é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 a partir de uma experiência exitosa com o Programa de Agente de Saúde no nordeste brasileiro.

De acordo com a Portaria/GM nº 2.488/2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011, p. 50) são atribuições dos profissionais pertencentes à equipe de saúde:

- [...] 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 considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- 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 por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- 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, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

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.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

O presente estudo é uma proposta de organização da porta de entrada da atenção de uma unidade da saúde da família que possibilite a programação de ações concretas e impactantes na comunidade levando à melhoria das condições de saúde da população.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do modelo assistencial de saúde com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) leva à discussão as formas mais adequadas de abordagem que respondam às necessidades da comunidade. Diante de uma realidade que resiste aos investimentos e avanços das políticas de saúde podemos discutir as expectativas para a transformação desta prática que atenda aos objetivos da assistência.

Cada equipe de saúde da família deve estar capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável no seu território adscrito, para identificar os principais problemas de saúde e situações de risco a que a população está exposta, elaborando um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, com a participação da comunidade; e ainda, prestar assistência integral de forma contínua e racional na atenção primária e desenvolver ações educativas e intersetoriais (BUSS, 1999).

Segundo Buss (1999), a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes. A visita domiciliar contribui para tornar o atendimento e acompanhamento do cliente mais humanizado e personalizado pela oportunidade de reconhecimento do espaço social onde a família vive.

Cáceres (2000, p.18-9) comenta que

São muitos os ganhos envolvidos neste processo ativo de ir até a casa das pessoas: se expande o conhecimento da realidade de vida da comunidade, o acompanhamento de casos mais graves se torna mais presente, a educação para a saúde deixa de ser uma lição para se tornar um compartilhamento.

Ainda em relação à visita domiciliar, Tertuliano (2003) ressalta que a mesma é um instrumento de proximidade, de criação de vínculos com a comunidade, sendo um instrumento positivo na construção de bases sólidas para o processo de aprendizado, tão importante ao crescimento e desenvolvimento dos seres humanos por meio das vivências e das trocas de saberes que essa aproximação da realidade social das famílias propicia.

Vale salientar que a deficiência do serviço de saúde, onde uma parcela considerável da população ainda permanece excluída, não está somente sob a responsabilidade do poder público, mas também na não compreensão pelos profissionais de saúde, direta e indiretamente envolvidos, da prática da atenção à saúde.

Ao conhecer a forma como a população vive, adocece e morre, os profissionais de saúde poderão elaborar e avaliar planos de trabalho que produzam impacto apropriado sobre as condições sanitárias da população além de planejar, com a participação efetiva da comunidade, ações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida. É importante estar atento também para alguns aspectos da comunidade, dentre eles, o potencial que as pessoas têm para resolver seus problemas, inclusive as necessidades em saúde.

Esta proposta é uma tentativa de fazer um diagnóstico da população adscrita da área de abrangência. Representa uma das atividades iniciais para o planejamento, estabelecimento de prioridades e metas a serem alcançadas pela equipe de saúde da família.

3 OBJETIVOS

Fazer um levantamento bibliográfico sobre organização de demandas em Unidade Básica de Saúde;

Propor a realização do diagnóstico situacional do território da UBS como uma estratégia para organizar a porta de entrada da atenção básica.

4 METODOLOGIA

Foi feita uma análise da produção científica nacional sobre organização da porta de entrada do sistema de saúde a partir da atenção básica, utilizando-se dos seguintes descritores:

Programa Saúde da Família;

Visita domiciliar;

Necessidades e demandas de serviços de saúde.

Utilizou-se a base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e publicações do Ministério da Saúde como fontes de busca.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Silva (2012), no conjunto da produção de serviços de saúde, a visita domiciliar (VD) tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados. Trata-se de um instrumento privilegiado para o conhecimento do contexto em que vive o indivíduo e sua família, das condições socioeconômicas, da cultura, dos hábitos, da forma de cuidar da saúde, dimensões estas que na maioria das vezes não podem ser observadas durante o atendimento realizado dentro do consultório e no ambiente hospitalar.

A casa, o lugar vivido, transmite informações valiosas quanto à forma de viver, de dividir os espaços, de circular e respeitar limites de privacidade. A partir de outros referenciais e entendendo que essa é uma temática comum a muitas ciências, a ideia é valorizar a prática em si como possível campo de reflexões e construção de novos saberes. Para isso, deve-se entender o domicílio como algo mais próximo, a dita “casa de família” que, apesar de ser feita de concreto, tem uma dimensão emocional e, portanto, abstrata. De fato, vivemos em abrigos que fazem parte das nossas vidas na medida em que interagimos com o espaço, com os cheiros, com a forma de arrumar, com os lugares de brincar, comer e amar, com os pequenos esconderijos das crianças, os lugares proibidos, a poltrona do “chefe da família”, a cadeira de balanço do avô, o lugar sagrado dos santos e o lugar mágico dos temperos e sabores (MANO, 2009).

Para o Ministério de Saúde, a visita domiciliar é uma das formas da equipe monitorar a situação de saúde das famílias. As visitas podem ser programadas e ou espontâneas, dependendo das necessidades da população e segundo critérios epidemiológicos. Por atenção domiciliar se entende um conjunto de ações realizadas pela equipe interdisciplinar no domicílio do usuário, a partir de um diagnóstico, podendo articular ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A atenção domiciliar representa um desafio, na medida em que deve existir uma parceria entre a equipe de saúde e as famílias. A equipe precisa estar preparada para abordar a família em seu domicílio e, nesse microterritório nada neutro, podem

existir conflitos quanto à entrada da equipe, o quê pode ser visto, até onde a equipe pode intervir (BRASIL, 2011).

Para Henrique e Borges, 2006 citado por Demeneck (2008, p. 87) comenta que essa entrada

[...] exige da equipe uma postura mais aberta e democrática, fortalecendo o trabalho coletivo e fomentando um processo de mudança cultural no cuidado das pessoas por parte dos profissionais de saúde e da comunidade.

O diagnóstico das condições de saúde da população, como uma prática institucionalizada nos serviços de saúde, para realizar o planejamento situacional do território de abrangência da equipe de saúde, ainda tem um longo caminho a percorrer para a sua efetivação.

Segundo Tanaka e Melo (2004), isto se deve a alguns fatores, como: desconhecimento por parte dos profissionais das ferramentas do planejamento, pouca disponibilidade para ouvir e ainda falta de infraestrutura física, humana e de equipamentos para dar conta das ações inerentes ao planejamento. Por um lado, o rigor dos pressupostos metodológicos, imprimindo um caráter científico nos processos de planejamento de avaliação, favoreceu o entendimento de que esta tarefa caberia apenas a especialistas. Este mesmo rigor também favoreceu a predominância de abordagens quantitativas e a frequente exclusão de fatores descritivos e explicativos dos contextos locais, e sua influência nos resultados finais da avaliação. Associe-se a estes elementos a “incipiência do processo avaliativo em serviços de Saúde”, o quadro de imobilismo no campo das práticas avaliativas no cotidiano dos serviços de saúde com a predominância de ações demandadas na porta de entrada dos serviços de saúde.

Deslandes (1997, p. 3) comenta que a avaliação de serviços, antes hegemonicamente imbuída do paradigma positivista, encontra-se na atualidade

amplamente afeita aos aspectos subjetivos, considerados inerentes a qualquer avaliação. A mesma autora afirma que esta prática científica deixou de ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos e indicadores capazes de *“medir com presteza a efetividade de determinado serviço ou programa”*. Isto porque, como espaço de práticas técnicas, sociais e políticas, os serviços compreendem um espaço no quais diversos interesses e racionalidades encontram-se em movimento, e muitas das vezes em conflito. Daí decorre, obviamente, que o entendimento das particularidades desses meandros exige muito mais do que um conjunto de métodos e técnicas precisos. Trata-se de somar elementos metodológicos capazes de apreender aspectos relacionados aos diversos valores culturais, sociais, políticos e econômicos característicos da sociedade atual.

Segundo Deslandes (1997, p. 4), o sucesso ou insucesso de determinado serviço ou programa está relacionado a determinados valores, ideologias, *status*, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes. Para ela, *“avaliar é também decodificar conflitos, visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve”*.

A relevância do “universo vivido” consiste no fato de que, como muito bem afirmou Minayo (2003), um problema só se constitui como tal intelectualmente quando se apresenta em primeiro lugar como um problema da vida prática.

Para Gutierrez (1999), as estratégias que podem dar impacto à atenção primária à saúde é a formação de recursos humanos para novas práticas gerenciais para gerentes de Unidades Básicas de Saúde, reformas de cunho administrativo e a intensificação da participação popular.

As práticas gerenciais, segundo Fariel e Bertolozill (2010), passam pela equipe de saúde através das ações que integram as práticas de vigilância epidemiológica e sanitária, estendendo-se para ações de cunho coletivo. Os dados sobre saúde são

fundamentais para o processo do planejamento em saúde, a operacionalização do acolhimento e a construção de alternativas para a melhoria da situação de saúde de forma partilhada com os usuários. Ademais, deve apontar para a necessidade de redes de suporte social e de ações intersetoriais. É fundamental que haja a seleção de indicadores de saúde, que apoiem o monitoramento da saúde-doença dos usuários e para o estabelecimento de metas.

As reformas de cunho administrativo na concepção de Fariel e Bertolozill (2010) passam pela Vigilância à Saúde como proposta de instrumento para a transformação dos determinantes de saúde e doença, sendo referenciada pelo conceito de território, pela intervenção sobre problemas, pela intersetorialidade, pela participação da população e pela promoção da saúde. Em tal vertente, a Vigilância à Saúde opera com base em sistemas geográficos de informação, a partir da microlocalização de problemas e visa o planejamento local em saúde (MENDES, 1995). Para tanto, está centrada nos pilares: território, participação popular e intersetorialidade e incorpora o conceito de processo de trabalho em saúde. Assim, a Vigilância à Saúde constitui-se em modelo assistencial destinado a superar a dicotomia entre as práticas coletivas e individuais, e que tem como objeto, os modos de vida dos diferentes grupos sociais e as diversas expressões do processo saúde-doença. Esse modelo apresenta como principais marcas: a intervenção sobre problemas de saúde nas várias fases do processo saúde-doença; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação entre as ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial e as ações sobre o território (TEIXEIRA, PAIM e VILABÔAS, 1998).

Vigilância à Saúde incorpora outras dimensões do objeto da vigilância tradicional, para além das doenças transmissíveis, incluindo as enfermidades crônico-degenerativas e outros agravos. Integra, ainda, ações relacionadas ao seguimento dos usuários, incluindo a infraestrutura necessária, como a sistematização de informações, e debates sobre os casos. Integra também ações educativas no âmbito extramuros. Verifica-se, portanto, que tal noção de Vigilância ocorre com base em

integração dos sujeitos no trabalho em equipe. Já não se coloca como a Vigilância Epidemiológica tradicional que, via de regra, se apresenta como área isolada no serviço, mas como uma possibilidade de integrar ações que ampliem para além do efeito/resultado, orientando-se para a continuidade das ações, e para o monitoramento da situação de saúde dos usuários que procuram o serviço de saúde (FARIAL e BERTOLOZILL, 2010).

Dentre os pilares do PSF estão a promoção da saúde e a visita domiciliar. Segundo Buss (1999), a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes.

Vale salientar que a deficiência do serviço de saúde, onde uma parcela considerável da população ainda permanece excluída, não está somente sob a responsabilidade do Poder Público, mas também na não compreensão pelos profissionais de saúde, direta e indiretamente envolvidos, na oferta das práticas de saúde a serem realizadas pelas equipes de saúde da família.

Outro aspecto a ser destacado é a associação mais evidente entre o processo saúde-doença e o social, como dimensão-âncora que determina tal processo; assim como a necessidade de conhecer o território e identificar os principais problemas que nele incidem, para a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades/agravos e o planejamento das ações de saúde. Toma como substrato de análise, o modo e a qualidade de vida da população, requerendo ações intersetoriais. Ademais, a vigilância à saúde concretiza-se por meio de projetos de trabalho, que integram trabalhadores que atuam em equipe, a partir de informações que evidenciam os riscos e os problemas identificados no território de abrangência da UBS.

A distinção entre a vigilância tradicional e a vigilância à saúde, é marcada pela capacidade desta última em orientar a organização do serviço assentada nos pilares: o conhecimento sobre as condições de vida e saúde da população residente no território adstrito à UBS, incluindo as características culturais, políticas, educacionais e de acesso da população ao serviço de saúde; a correlação entre as necessidades individuais e coletivas, entendendo-as como unidade dialética; a participação da população na detecção dos problemas e necessidades de saúde e no planejamento de estratégias de intervenção, que incluem a prevenção de doenças e a promoção da saúde; a intersectorialidade e o trabalho em equipe (FARIAL e BERTOLOZILL, 2010).

Conforme o entendimento de Sá (2003), a estratégia Saúde da Família promove a reorganização dos diferentes níveis do sistema, segundo o grau de complexidade e economia de escala, de acordo com o princípio da abordagem integral. A integralidade então deve acontecer em cada nível do sistema, a fim de promover a resolução dos problemas de saúde, identificados na população.

Segundo Azevedo (2007) a garantia da integralidade nas ações – tanto em cada nível do sistema como no que se refere ao acesso a todos os níveis de atenção - constitui condição *sine qua non* para a resolutividade na atenção básica.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 5) a atenção básica compreende:

[...] um conjunto de ações, de carácter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Inserida nesse primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, a Unidade de Saúde da Família, segundo o Ministério, está vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e familiares, referenciando aos níveis superiores de complexidade tecnológica quando as situações ou problemas identificados requerem resolução acima do âmbito da atenção básica.

Acredita-se que o planejamento e o redirecionamento das políticas públicas, particularmente daquelas relacionadas à saúde, tenderão mais ao acerto quanto mais estiverem justificadas pelo respeito às perspectivas e necessidades dos usuários, as quais parecem passíveis de detecção e análise (AZEVEDO, 2007).

A construção de um sistema de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis; a produção e a divulgação de informações epidemiológicas sobre tais eventos; assim como as formas de prevenção, relacionadas à rede de promoção da saúde requer a articulação com a assistência (BASTOS, 2005) e considera-se que as informações só podem contribuir para a conformação de modelos de atenção se forem amplamente difundidas entre os profissionais de saúde e compartilhadas com a população (MOTTA, 1999).

Nessa perspectiva, Fariol e Bertolozill (2010) destacam que o potencial para a mobilização de diversos atores em diferentes instâncias, é que pode permitir maior eficácia e transparência aos programas epidemiológicos do Sistema Único de Saúde. Para tanto, considera-se essencial disponibilizar amplamente as informações e utilizar o instrumental da educação em saúde nos microambientes sociais.

A possibilidade da Vigilância à Saúde constituir-se como resposta social organizada é um dos principais aspectos dessa proposta, e se dá a partir do conhecimento acerca dos determinantes da saúde-doença dos grupos sociais, da distribuição desigual de agravos em saúde e do trabalho com grupos prioritários. Para tanto, aponta-se a necessidade de se intervir através de ações voltadas à inclusão social, ao fortalecimento da ação comunitária e à intersetorialidade, a fim de promover a saúde (AERTS, 2004). Tal potencial pode se explicitar na participação em atividades de controle social em relação às políticas e ações nas esferas econômicas, social, política e cultural, no sentido da promoção da saúde (FREITAS, 2003).

Atualmente, os inquéritos domiciliares são reconhecidos como importantes fontes de informação em saúde, constituindo uma fonte primária de dados primordiais para o estudo das desigualdades no estado de saúde e para a avaliação do acesso, da

utilização e da capacidade de resolução dos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2009).

Além disso, na perspectiva de se conhecer o perfil epidemiológico da população, independentemente da procura de assistência ou de informações obrigatórias, os inquéritos são ferramentas necessárias e complementares às informações rotineiramente coletadas pelos diversos sistemas de informação.

No processo de análise, destaca-se a proposta de Vigilância à Saúde como um modelo assistencial (que em seu escopo a reordenação dos processos de trabalho). A Vigilância à Saúde ao conceber o seu objeto, os modos de vida dos vários grupos populacionais, que determinam a expressão de diferentes processos saúde-doença, certamente, os resultados das análises frutos das vivências da população são enriquecedoras para a elaboração de ferramentas para o planejamento e para o monitoramento e avaliação dos processos assistenciais ofertados. Como instrumentos ou meios de trabalho, concebem os métodos gerenciais para a operacionalização da Vigilância à Saúde. É importante ressaltar que essa proposta incorpora outros sujeitos no trabalho, como os gerentes de serviços, técnicos e representantes da população, o que difere das tradicionais práticas de vigilância epidemiológica e sanitária que, em geral, se atém aos profissionais de saúde.

6 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA DA ATENÇÃO DE UMA UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta terá como base os seguintes passos:

- a. O levantamento dos problemas de saúde da área de abrangência e as causas que ocasionam esses problemas;
- b. Priorização dos problemas, a partir da urgência e da disponibilidade de recursos para solucioná-los;
- c. Capacitação da equipe para o enfrentamento dos problemas priorizados;
- d. Identificação dos recursos para a solução dos problemas priorizados.

A organização da porta de entrada do serviço será feita a partir de agendamento das famílias para atendimento na unidade, por ocasião da visita domiciliar concomitante com o levantamento de dados para um diagnóstico situacional. Em seguida propõe-se a priorização dos problemas e da discussão de estratégias para enfrentamento dos mesmos com envolvimento da comunidade.

A partir dos dados já levantados por ocasião da realização das Oficinas do plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) subsidiarão o diagnóstico situacional e a elaboração da lista de prioridades necessária a montagem da agenda programada.

Posteriormente, faremos a programação da capacitação dos profissionais cm base na identificação das prioridades.

Finalmente, listaremos os recursos necessários à implantação da proposta de organização da porta de entrada, a partir de discussões com a equipe de saúde da UBS.

Uma etapa importância é a negociação com a gerência da UBS e com o gestor por tratar-se de uma proposta que deverá ter apoio institucional e técnica para sua efetivação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O significativo aumento da demanda espontânea para atendimento na UBS pelas equipes de saúde da família, tem se constituído no maior problema para tais equipes e gera insatisfações tanto pelas equipes quanto pela população atendida.

Este fato sufoca os profissionais das equipes que não encontram espaço para se reunir e sair do esquema rotineiro que pouco contribui com mudanças na busca de melhores condições para o não adoecimento.

Organizar a porta de entrada faz-se necessário para melhorar a qualidade da assistência, humanizar o atendimento e permitir tempo para desenvolvimento de outras ações impactantes que possam contribuir na melhoria das condições de saúde das famílias envolvidas.

A organização da porta de entrada possibilita melhores condições de trabalho aos profissionais das equipes consequentemente o atendimento se torna mais personalizado e qualificado.

A visita domiciliar feita pela equipe de saúde que é programada para um trabalho extramuros, permite um melhor entendimento, por parte das famílias, das dificuldades do serviço, além de uma melhor visualização pela equipe dos fatores geradores de doença enfrentados por essas mesmas famílias.

Permite ainda uma análise consciente destes mesmos problemas contrapondo-se aos dados frios de um diagnóstico situacional feito apenas por levantamento de dados frios ou repassados pela visão das Agentes Comunitárias de Saúde.

REFERÊNCIAS

AERTS, D., ALVES, G.G, LA SALVIA, M.W., ABEGG, C., Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cristã. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.4, p :1020-8, 2004.

AZEVEDO, Ana Lúcia Martins de. Acesso à atenção de saúde do SUS: PSF como (estreita) porta de entrada. Dissertação (mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 21 de março de 2007.

BASTOS, L.G.C. Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis na América Latina: o estado da arte. **Mundo Saúde**. v.29, n.1, p: 82-7. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279/GM de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anexos/anezoz.port4279_30_12_2010.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB- SUS 01/96): Gestão Plena com Responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo revisão das 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). **DOU**, Seção 1, p. 48 a 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, supl. 2, Rio de Janeiro, 1999.

CÁCERES, L. S. P: Aposta na alegria e na solidariedade. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v.1, n.3, p.18-19, dez. 2000.

DEMENECK, K. A., Característica da atenção primária à saúde, **Arq. Catarin. Med.** v.37, n.1, p.84-90, jan/mar. 2008.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

ARIAL, L. S.; BERTOLOZILL, M. R., A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, set, São Paulo 2010.

FREITAS, C.M., A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (organizadores). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 141-59.

GOMES, K. de O.;COTTA, R. M. M.; EUCLYDES, M. P.; TARGUETA, C. L.;PRIORE, S. E.;FRANCESCHINI, S. do C.C., Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003.**Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro v.14, supl.1, set/out. 2009.

GUTIERREZ, P. R., A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais em Londrina: os dilemas e as discontinuidades do processo Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública. Orientador: Nilson Rosário da Costa Co-Orientadora: Virgínia A. Hortale Rio de Janeiro 1999.

MANO, M. A. M. Casa de família: Uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. *Rev. APS*. v.12 , n. 4, out-dez,. 2009.

MENDES, E.V., Distrito Sanitário: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINAYO, C. Ciência, Técnica e arte: o desafio da pesquisa social. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

SÁ, P. K., A Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói/Rio de Janeiro. 2003 (114p). Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

SILVA, F. A. G., A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes de enfermagem, medicina e odontologia em um Centro Universitário do Estado do Rio de Janeiro. 2012.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO,

Francisco Javier. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol.** v.2, n. 1, p :7-28,1998.

TERTULIANO, G. C., A visita domiciliar no serviço de vigilância epidemiológica como método da atenção à saúde da criança em um município da grande Porto Alegre-RS. **Enfermagem Brasil**, v., n.1, p.37, jan./fev. 2003.