

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

ROMERSON BRITO MESSIAS

**REORIENTAÇÃO DO ENFOQUE ASSISTENCIAL DE UMA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORTE DE MINAS GERAIS**

Montes Claros, MG

2014

ROMERSON BRITO MESSIAS

**REORIENTAÇÃO DO ENFOQUE ASSISTENCIAL DE UMA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORTE DE 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^a Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

Montes Claros / MG

2014

ROMERSON BRITO MESSIAS

**REORIENTAÇÃO DO ENFOQUE ASSISTENCIAL DE UMA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORTE DE MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Professora: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientador)

Professora: Ana Cristina Borges de Oliveira (Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de janeiro de 2015

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me iluminado durante todo o período de desenvolvimento deste trabalho e das atividades do Provab 2014, dando-me condições de seguir em frente apesar das adversidades. Posso dizer tranquilamente que até aqui o Senhor me ajudou.

À minha esposa Maria Fernanda, pelo apoio imensurável e por compreender os momentos de ausência.

Ao Dr. Prof. Antônio Leite, por quem nesse período desenvolvi grande admiração pelo trabalho e pela relação com os supervisionados.

Ao Acolher Barra do Guaicuí, do município de Várzea da Palma, que me proporcionou a oportunidade de me tornar um profissional mais capacitado e humano.

À Profa. Fernanda Pina por esclarecer as minhas dúvidas e por todas as orientações.

À amiga Ana Maria pelas importantes contribuições durante todo o processo.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional em todos os momentos, e a todas da família, incluindo a família 5° IBP de Montes Claros.

A todos que participaram direta ou indiretamente desta caminhada.

RESUMO

A partir do início das atividades como médico assistencial em uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada no norte de Minas Gerais, foi iniciado um processo de levantamento de dados e informações que subsidiaram a elaboração de um diagnóstico situacional de uma determinada área de abrangência, isso aconteceu por meio da utilização da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. O diagnóstico situacional possibilitou identificar os principais problemas enfrentados pela equipe multiprofissional. Dentre eles foram classificados como problemas prioritários o “Desenvolvimento de ações com enfoque curativista” e “Alta demanda da população por consultas de demanda espontânea”. Em seguida elaborou-se um plano de ação, a ser desenvolvido pela equipe que possibilitará uma mudança gradual da realidade encontrada. As ações do plano consistem na realização de atividades de Educação permanente e de Educação em Saúde sobre os temas modelo de atenção à saúde na ESF e importância das ações de promoção e prevenção X ações curativistas. Também deverão ser realizadas reuniões periódicas para levantamento e agendamento das consultas dos doentes crônicos, gestantes e crianças. Verificou-se que a formação adequada dos futuros profissionais de saúde, bem como a educação permanente daqueles já inseridos nos serviços, são ações fundamentais para que se efetive a mudança do paradigma assistencial proposta para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras chave: Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

From the beginning of the activities as medical care in a team of the Family Health Strategy (FHS) located in northern Minas Gerais, data collection was initiated and information that supported the development of a situational diagnosis of a given area scope, this happened through the use of the Situational Strategic Planning methodology. The situation analysis enabled us to identify the main problems faced by the multidisciplinary team . Among them were classified as priority problems "Development of actions with curative approach " and " High demand by the population of spontaneous demand queries." Then we prepared an action plan , to be developed by the team which will enable a gradual shift of found reality. The plan's actions consist in carrying out activities Continuing Education and Health Education on the model of attention to health issues in the FHS and importance of promotion and prevention X curativistas actions. They should also be held regular meetings to survey and arranging the appointments of chronically ill, pregnant women and children . It was found that the proper training of future health professionals and the continuing education of those already working in these services are essential actions to be made effective to change the health care proposal paradigm for the Unified Health System (SUS).

Keywords: Health Care. Primary Health Care. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo Geral	10
3.2 Objetivos Específicos	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
6 PLANO DE AÇÃO	15
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Barra do Guaicuí, distrito do município de Várzea da Palma, desde o ano de 1954, está localizada na região norte do estado de Minas Gerais, às margens do Rio das Velhas, a 65 km da sede municipal e 360 km de Belo Horizonte, capital do estado. Conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, o município pertence à macrorregião Norte, que tem a cidade de Montes Claros como pólo e é composta por 86 municípios, e à microrregião de Pirapora, composta por sete municípios (MINAS GERAIS, 2011).

A história de Várzea da Palma começou em meados do século XIX. No ano de 1948 tornou-se distrito de Pirapora e, em 1953 foi reconhecida como município (BRASIL, 2014).

Barra do Guaicuí é o único distrito do município de Várzea da Palma, município esse que possui uma área territorial total de 2.220,279 km², com uma população total estimada de 30.917 habitantes. Perfaz uma densidade demográfica de 16,13 hab/Km², segundo dados do Censo de 2010 (BRASIL, 2014).

Quanto aos indicadores socioeconômicos, Várzea da Palma apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,666 (ONU, 2010); Produto Interno Bruto (PIB) de 471.904 mil reais e um PIB *per capita* de R\$13.178,00, renda familiar mensal de R\$ 1020,00 e 87,4% da população residente em área urbana (BRASIL, 2014).

A atividade econômica do município baseia-se na agropecuária, indústria e serviços.

Quanto à estrutura de saúde disponibilizada a população do distrito, essa conta com duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo uma delas localizada no próprio distrito e a outra na zona rural, garantindo uma cobertura de 100% da população pela ESF.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito, onde está alocada uma das equipes de ESF, permanece aberta 24 horas por dia. Disponibiliza para a população, além dos serviços da ESF, atendimento pela equipe técnica de enfermagem e uma ambulância. Suprem, de maneira precária, a falta de um hospital com pronto-socorro no distrito, e a dificuldade de acesso a exames e medicamentos.

A ESF Barra do Guaicuí funciona em sede própria com 1 consultório clínico-ginecológico; 1 consultório odontológico; 1 sala de vacinas; 1 sala de curativos; 1

farmácia; 1 copa- cozinha; sala de espera; banheiro para o público. Salienta-se que essa estrutura não atende às exigências da resolução 1.186 da Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, 2007).

Conforme o mínimo preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica de 2012 a equipe multiprofissional está completa e conta com médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, técnica de Enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um zelador (BRASIL, 2012). Além da equipe mínima, conta com atendente de farmácia, auxiliar de Enfermagem e secretária.

Conforme o consolidado de cadastramento das famílias referente ao mês 02/2014, a população adscrita é de 2.082 pessoas, sendo 654 famílias divididas em 6 microáreas.

Além dessa população a equipe também atende a área de Porteiras, que teoricamente deveria fazer parte de outro território. Sobrecarrega, portanto, a equipe de saúde da Barra do Guaicuí.

A inserção no referido município ocorreu a partir de fevereiro de 2014 quando se iniciou o trabalho como médico bolsista do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), sendo alocado na ESF Barra do Guaicuí.

Além das atividades assistenciais inerentes ao trabalho na ESF o referido programa contempla a realização, por parte dos profissionais participantes, de um Curso de Especialização em Saúde Família.

Como atividade proposta pelo curso iniciou-se o levantamento de dados e informações do município as quais subsidiaram a elaboração de um diagnóstico situacional da área de abrangência. Tal levantamento foi proposto com o objetivo de, posteriormente propor um Plano de Intervenção na realidade encontrada.

Após a identificação dos problemas que acometem a população adscrita, os mesmos foram apresentados à equipe que os analisou e elegeu, como prioritárias as seguintes questões: “Desenvolvimento de ações com enfoque curativista”; “Alta Demanda da População por Consultas de demanda espontânea”.

A partir delas foi proposto um Plano de Ação que será relatado detalhadamente a seguir.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho, bem como as medidas que visa promover, justifica-se pela observação de que a referida equipe de Saúde da Família tem sua atenção voltada quase que exclusivamente para o atendimento das consultas de livre demanda (ação curativista). Encontra dificuldades, portanto, para a realização da promoção e prevenção à saúde, com grupos operativos e atividades multidisciplinares.

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), os atributos das equipes de saúde da família incluem os seguintes pontos (BRASIL, 2012):

- territorialização e diagnóstico situacional de saúde do território de atuação e da população sob sua responsabilidade;
- programação e implementação de ações multiprofissionais, conforme as necessidades de saúde da população;
- desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco;
- acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade;
- a atenção integral, contínua e organizada à população;
- desenvolvimento de ações na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;
- ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população;
- desenvolvimento de ações intersetoriais;
- apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde.

É possível perceber, desse modo, que o trabalho da ESF Barra do Guaicuí não atende aos objetivos da Política Nacional, uma vez as ações são curativistas, imediatistas, centradas na doença e na figura do médico. Portanto a escolha deste problema, as medidas propostas e sua futura implementação justificam-se pela necessidade urgente de se adequar o trabalho da equipe ao que é preconizado pela Política Nacional e, conseqüentemente melhorar a qualidade dos serviços prestados e da saúde da população atendida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção com vistas à reorientação do enfoque assistencial adotado pela ESF Barra do Guaicuí no município de Várzea da Palma-MG, de um modelo curativista para outro que privilegie a prevenção de agravos e promoção da saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Promover a reflexão da equipe e dos usuários sobre a proposta da ESF, bem como o impacto positivo das ações de promoção e prevenção na saúde da população e os riscos a que ficam expostos considerando-se um enfoque para as ações curativistas.
- Estimular os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a refletirem sobre as atuações frente aos objetivos da ESF, estimulando o senso crítico e a mudança de comportamento; bem como capacitá-los para exercerem uma prática voltada para a educação em saúde dos usuários.
- Criar uma agenda de atendimentos que contemple a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação dos agravos que acometem a população adscrita.

4 METODOLOGIA

Para implantação das medidas propostas foi utilizado como embasamento metodológico a Teoria do Planejamento Estratégico e Situacional (PES), descrita pelo economista Carlos Matus (MATUS, 1989).

O PES identifica-se como um instrumento de gestão para identificação e resolução de problemas, no qual se inserem atores sociais que participam efetivamente de uma dada situação vista como problemática. A utilização do PES prevê ainda a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções.

O modelo considera o Triângulo de Governo que demonstra o equilíbrio necessário entre três aspectos essenciais para resolução dos problemas identificados:

- Projeto de governo – representa o plano que uma equipe propõe para atingir determinado objetivo;
- Governabilidade – representa as variáveis e recursos que a equipe necessita para executar o plano;
- Capacidade de governo – diz respeito aos conhecimentos e experiências que a equipe possui e são essenciais para o projeto.

Também foi utilizada a Pesquisa Bibliográfica com o objetivo de descrever o estado da arte do tema em estudo (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013). Para tanto, a pesquisa foi feita nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando-se as palavras chaves assistência à saúde, atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. Foi feita a leitura dos resumos encontrados para verificar se o assunto tratado realmente se enquadrava na proposta desse trabalho.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Os serviços de atenção primária à saúde constituem o primeiro nível de atenção à saúde, sendo a porta de entrada que garante o acesso dos usuários aos demais pontos da rede que integra o sistema como um todo (OPAS, 1978; STARFIELD, 2004). A Constituição de 1988, bem como algumas leis complementares (lei 8.080/90) marcaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de uma nova forma de prestar assistência à saúde no Brasil (CONILL, 2008).

Seguindo uma tendência mundial de reestruturação dos modelos assistenciais, dando maior ênfase à Atenção Primária à Saúde, o Brasil lançou mão de algumas estratégias políticas, sendo a primeira delas, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na região Nordeste do país (BRASIL, 1994).

Com o sucesso do PACS foi criado, em 1994, em todo o país o Programa Saúde da Família (PSF), sendo alocadas as primeiras equipes de saúde em áreas desassistidas e de vulnerabilidade social, consideradas prioritárias. Posteriormente percebeu-se a necessidade de reformular o PSF dando-lhe o status de uma estratégia. O número de equipes aumentou gradativamente para garantir uma cobertura de 100% da população (BRASIL, 2006; SILVA; CALDEIRA, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi a principal estratégia do Ministério da Saúde para reorientação do modelo de assistência à saúde no país. A ESF visa romper com um modelo anterior curativista, hospitalocêntrico e centrado na consulta médica, adotando um novo modelo de saúde coletiva, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (BRASIL, 2006; COSTA *et al.*, 2009; SILVA; SILVA; CALDEIRA, 2010).

Com a expansão da estratégia tornou-se necessário avaliar a consolidação desse novo modelo quanto à qualidade e resolubilidade das ações desenvolvidas pelas equipes. No entanto, segundo alguns autores, ainda não foi possível na prática da assistência prestada pelas equipes de ESF, superar-se o modelo anterior, coexistindo no país o modelo convencional e a nova proposta (SILVA; CALDEIRA, 2010).

As causas para a dificuldade em implementar as ações propostas pelo novo modelo são diversas. Dentre elas pode ser citada a questão estrutural. Por exemplo, como uma equipe conseguirá planejar e avaliar coletivamente suas ações, bem

como realizar atividades de abordagem coletiva como os grupos de educação em saúde, se não dispõe de uma sala de reunião? Essa é a realidade de grande parte das unidades, tendo sido muitas delas criadas e alocadas nos espaços já existentes sem ter havido a construção de estruturas em conformidade com a nova proposta do SUS, ou mesmo aquelas unidades construídas após a publicação dos documentos normativos da ESF também não atendem em muitos aspectos a estrutura mínima exigida pelas portarias (BRASIL, 2008; MOURA *et al.*, 2010).

No entanto uma das principais dificuldades está na participação dos profissionais inseridos na ESF no processo de reorientação do modelo. É preciso pensar, desse modo, tanto na formação quanto na inserção dos profissionais.

Quanto à formação profissional, observa-se que os currículos pouco têm contemplado a necessidade de mudança da visão flexneriana da saúde para a de produção de cuidados, acolhimento e humanização, sobretudo na formação do profissional médico, uma vez que já na graduação é dada uma ênfase a formação de especialistas (COSTA *et al.*, 2009). Silva e Caldeira (2010) destacaram que a normalmente os profissionais inseridos na ESF são egressos de uma formação orientada pela lógica curativista, centrada na doença.

Quanto à inserção, é visto que os vínculos trabalhistas dos profissionais da ESF são muito frágeis e instáveis. Há uma alta rotatividade dos profissionais, dificultando a formação de vínculo com a equipe e a comunidade e conseqüentemente prejudica a continuidade do cuidado (COSTA *et al.*, 2009).

Pedrosa e Teles (2001) ressaltaram que o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde da família requer que os profissionais inseridos nessas equipes desenvolvam habilidades e mudanças de atitudes. Esses autores apontam ainda que o trabalho em equipe através da construção conjunta de um projeto assistencial é fundamental para que a equipe seja capaz de atender a sua comunidade de modo integral e resolutivo.

Um estudo realizado em Teresina identificou, por meio do relato dos profissionais, uma dificuldade de mudança do modelo assistencial adotado pelas equipes de ESF, sendo que a principal forma de vinculação da equipe com a comunidade naquele município era através da consulta médica e da busca por medicamentos (PEDROSA; TELES, 2001).

Os profissionais atuantes nos serviços de saúde exercem intervenções sobre os problemas de saúde de seus clientes. Essas intervenções demonstram o modelo

assistencial utilizado por esses profissionais, que é influenciado dentre outros aspectos por sua concepção de saúde e doença. Essas questões se aplicam principalmente na forma como o profissional interage com os usuários. Conforme apontam alguns autores, a interação profissional de saúde-paciente pode ser baseada nas tecnologias duras (habilidades instrumentais como o exame físico, o raciocínio clínico e exames complementares) ou nas tecnologias leves (aspecto relacional, o diálogo e a interação longitudinal com o usuário) (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014).

Apesar da proposta de reorientação do modelo assistencial no SUS observa-se que no trabalho das equipes de ESF por vezes ainda há um predomínio das intervenções baseadas no uso de tecnologias, equipamentos e máquinas, e um saber reduzido aos procedimentos. Nessa perspectiva há um distanciamento entre o profissional e o usuário em uma relação que não é marcada pelo acolhimento, cumplicidade, responsabilização, confiabilidade, vínculo e aceitação, descaracterizando, portanto, a proposta da ESF(SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014).

6 PLANO DE AÇÃO

A partir do diagnóstico situacional foi feito o levantamento de cinco problemas presentes na realidade da ESF Barra do Guaicuí:

- 1- Desenvolvimento de ações com enfoque curativista.
- 2- Alta Demanda da População por Consultas de demanda espontânea.
- 3- Necessidade de criação de um banco de dados atualizado na unidade com as informações dos usuários.
- 4- Falta de trabalho em equipe.
- 5- Barreira territorial (alguns usuários residem longe da unidade).

A análise da governabilidade e da capacidade de governo da equipe frente aos problemas identificados, seguindo a teoria do PES (MATUS, 1989), permitiu eleger como prioritários os problemas de número um e dois uma vez que estão intimamente associados e são passíveis de intervenção pela equipe.

A partir de então buscou-se compreender melhor esses problemas bem como propor medidas de enfrentamento dos mesmos.

Percebeu-se que estes dois problemas se relacionam uma vez que a alta demanda de atendimento por demanda espontânea da população leva a equipe a dar maior atenção às ações curativistas com enfoque na doença (problemas agudos).

Tal situação pode ser explicada pelo fato de que a ESF localizada fora da sede do município é a referência em cuidados de saúde mais próxima para uma população de mais de 4000 habitantes. Como a unidade hospitalar mais próxima localiza-se na cidade de referência, a equipe de saúde da família por vezes se vê obrigada a atender casos agudos que deveriam ser atendidos em um pronto-socorro.

Esta realidade dificulta o trabalho da equipe e sobrecarrega os profissionais impedindo o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Porém, sabe-se que não é apenas a demanda da população que provoca esse problema. A postura da equipe também influencia. A atuação dos profissionais de nível superior está centrada nos atendimentos clínicos de casos agudos, realizados no consultório. As visitas domiciliares e atividades de educação em saúde embora também sejam realizadas, são pouco valorizadas.

O enfrentamento desses problemas esbarra-se em alguns nós críticos tais como:

- Mudança de paradigma por parte da equipe e usuários (processo conflituoso).
- Necessidade de capacitação da equipe e em especial dos ACS.
- Reuniões periódicas para levantamento e agendamento das consultas dos doentes crônicos, gestantes e crianças.

Analisando os nós críticos levantados diante dos problemas organizacionais enfrentados pela ESF Barra do Guaicuí, foram propostas algumas operações com o objetivo de modificar a realidade da equipe.

Para o primeiro nó crítico (Mudança de paradigma por parte da equipe e usuários- processo conflituoso) foi proposta a realização de atividades de Educação Permanente (destinadas à equipe) e de Educação em Saúde (destinadas à população) sobre alguns temas:

- modelo de atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- importância das ações de promoção e prevenção X ações curativistas, tendo o cuidado de adequar a abordagem dos temas conforme o público.

Para o segundo nó crítico (Necessidade de capacitação da equipe e em especial dos ACS) foram propostas atividades de educação permanente para a equipe em horário protegido dentro da agenda de trabalho.

Para o terceiro nó crítico (Reuniões periódicas para levantamento e agendamento das consultas dos doentes crônicos, gestantes e crianças) foi proposto, realizar no dia de fechamento do SIAB (uma vez ao mês), uma conferência mais apurada das fichas B e C, cujo preenchimento é de responsabilidade dos ACS.

As fichas B são destinadas ao acompanhamento domiciliar de grupos específicos de usuários: gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes acometidos de tuberculose e hanseníase. Por meio dessas fichas o ACS cadastra e acompanha mensalmente esses usuários colhendo dados fundamentais para o planejamento das ações da equipe. Por exemplo, na ficha B da gestante o ACS anota a data da última menstruação (DUM), a data provável do parto (DPP), as doses de vacina aplicadas, o estado nutricional, as datas das consultas, dentre outras informações. Já na ficha do hipertenso são levantadas informações como: se o usuário é fumante, se tem seguido a dieta recomendada e feito uso da medicação prescrita, se tem feito prática de exercício físico, qual o valor da pressão arterial e a data da última consulta (BRASIL, 1998).

Já a ficha-C é o cartão-espelho ou cartão-sombra da criança. Assim como a caderneta de saúde este é produzido em dois modelos, um para os meninos e uma para as meninas. Os ACS cadastram e acompanham por meio dessa ficha todas as crianças menores de cinco anos. Na visita domiciliar o ACS transcreve as informações da caderneta de saúde da criança para a ficha-C. Nessa ficha são registrados os dados de identificação da criança, referentes ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento, estado nutricional e vacinal bem como possíveis intercorrências (BRASIL, 1998). Esses instrumentos integram o SIAB por meio do qual as equipes fazem a coleta e consolidação dos dados da sua população, os quais por sua vez são encaminhados à Secretaria de Saúde do município que faz a digitação e envio dos dados na plataforma *on-line* do sistema. Os dados são então disponibilizados para consulta pela população no site do SIAB e servem de subsídios para o planejamento de ações na esfera federal, estadual e municipal.

A proposta desse plano de intervenção é mudar a forma como a equipe vê e utiliza esses instrumentos. Percebe-se que até então são vistos como um procedimento burocrático que são obrigados a realizar, não compreendendo o valor que esses dados têm para o planejamento das ações da equipe orientadas a partir da realidade do território e reais necessidades da população. A partir dessa proposta a enfermeira irá conferir com todos os ACS as fichas C (cartão espelho) de todas as crianças de cada microárea com o intuito de identificar aquelas que necessitam de atendimento e/ou estão faltosas às consultas de puericultura para que seja feito o agendamento da consulta com a enfermeira.

A enfermeira conferirá ainda, com cada ACS as fichas-B de todas as gestantes de cada microárea e identificar aquelas que necessitam de atendimento e/ou estão faltosas as consultas de pré-natal e será feito o agendamento da consulta com a enfermeira ou com o médico.

Já o médico conferirá com cada ACS as ficha-B de cada hipertenso/diabético/TB/hanseníase de cada microárea e identificar aqueles que necessitam de atendimento, estão com dificuldade de controlar a doença ou estão faltosos as consultas e será feito o agendamento da consulta com o médico. Para todos esses casos também será verificada a necessidade de agendamento de visita domiciliar com um ou mais profissionais da equipe.

Deste modo, para que o projeto se efetive será necessário ainda reformular a maneira como são marcadas as consultas na unidade, que vinham sendo feitas por

demanda espontânea. Propõe-se a criação de uma agenda para marcação dos atendimentos do médico e enfermeira de forma a contemplar tanto a demanda espontânea, voltada aos casos agudos, quanto ao pré-agendamento, voltado para as condições crônicas, reservando também horários para as visitas domiciliares, reuniões da equipe e direção de grupos de educação em saúde. Os atendimentos médicos e de enfermagem seriam divididos em grandes áreas (saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, doenças crônicas, etc) por dia da semana, reservando vagas para o atendimento por demanda espontânea dos casos de urgência que pela sua natureza não podem ser agendados previamente e para o retorno com exames / renovação de receitas.

A seguir apresenta-se a “Análise da Viabilidade do projeto”. No quadro 1 estão demonstradas as propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos nos projetos que seriam realizados. O quadro 2 destaca o Plano Operativo de cada projeto, com vistas a modificar a realidade encontrada.

Quadro 1 – Propostas de Ações para a motivação dos Atores.

Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
Atividades de Educação Permanente e de Educação em Saúde	<u>Organizacional:</u> Reservar na agenda da equipe um horário para a capacitação e para desenvolver os grupos de educação em saúde.	Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família	Favorável	Não é necessário
Necessidade de capacitação da equipe e em	<u>Cognitivo:</u> capacitar toda a equipe em especial os ACS (atividades coordenadas pelos profissionais de nível superior especialistas em Saúde da Família	Profissionais de nível superior. Secretária de Saúde	Favorável Indiferente	Não é necessário Apresentar o projeto destacando a sua importância.

<p>especial dos ACS</p> <p>Reuniões periódicas para levantamento e agendamento das consultas dos doentes crônicos, gestantes e crianças</p>	<p>da própria equipe ou convidar outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde).</p> <p><u>Político:</u> Solicitar profissional da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p><u>Organizacional:</u> Toda a equipe multidisciplinar deverá se reunir e participar ativamente da reunião de fechamento do SIAB, avaliação das ações desenvolvidas e planejamento para o mês seguinte.</p>	<p>Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família</p>	<p>Indiferente</p>	<p>Apresentar o projeto à equipe destacando a sua importância apesar das dificuldades que serão vivenciadas durante o processo de implementação do mesmo.</p>
---	---	--	--------------------	---

Fonte: autoria própria, 2014.

Quadro 2 – Plano Operativo

Projetos	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Atividades de Educação Permanente e de Educação em Saúde</p>	<p>Levar a equipe e os usuários a refletirem sobre a proposta da ESF bem como o impacto positivo das ações de promoção e prevenção na saúde da população e os</p>	<p>Mudança de pensamento e de comportamento com relação à prevenção e promoção de saúde.</p>	<p>Mostrar o impacto positivo das ações de promoção e preventivas na saúde da população.</p>	<p>Enfermeiro Médico</p>	<p>Um mês para o início duração indefinida</p>

	riscos a que ficam expostos caso o enfoque seja exclusivo para as ações curativistas.				
Atividades de educação permanente para a equipe em horário protegido dentro da agenda de trabalho.	Levar os profissionais a refletirem sobre sua atuação frente aos objetivos da ESF, estimular o senso crítico, a mudança de comportamento e capacita-los para exercer a educação em saúde dos usuários.	Profissionais preparados para atuar em uma nova perspectiva e educar os usuários.	Reservar horário dentro da agenda de trabalho para a atividade.	Médico Enfermeiro Profissional liberado pela Secretaria Municipal de Saúde	Duração indefinida
Conferência das fichas B e C e agendamento das consultas.	Mudar o enfoque curativista para o preventivo e promocional.	Consultas de acompanhamento de crianças, gestantes e doentes crônicos agendadas previamente.	Identificar os usuário que necessitam de atendimento prioritário.	Médico Enfermeiro ACS	Duração indefinida

Fonte: autoria própria, 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência como médico inserido em uma equipe de saúde da família, bem como a análise dos estudos sobre essa temática, permite observar que a mudança no paradigma assistencial não é uma tarefa fácil. Para isso é preciso, dentre outras medidas a mudança da concepção dos profissionais de saúde, que também não é fácil.

Instituir normas ou novas condutas, estabelecer diretrizes para padronizar o trabalho das equipes tem sido uma estratégia utilizada pelos gestores do sistema de saúde. Porém, têm se mostrado insuficientes para resolverem essa questão.

É fundamental que a formação dos futuros profissionais, volte-se para o novo paradigma de assistência em saúde, dando maior ênfase à atenção primária à saúde, uma vez que essa se constitui o eixo integrador de toda a rede assistencial do país. Além disso, a que se investir na educação permanente dos profissionais já inseridos e que tiveram essa defasagem em sua formação ou para lembrá-los dessas questões. As dificuldades no trabalho diário podem levar os profissionais a agirem de maneira inadequada comprometendo o vínculo com o usuário, a centralidade de sua atenção na saúde e não doença, o trabalho em equipe, dentre outras condutas.

É importante ainda que se priorizem sempre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem com estímulo ao desenvolvimento do senso crítico do educando, proporcionando uma aprendizagem significativa que se efetive em mudanças de atitude.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Cidades. Minas Gerais. **Várzea da Palma**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317080>>. Acesso em 21 Maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2 ed. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar.

BRASIL. Ministério da saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Programa de agentes comunitários de saúde. **Avaliação qualitativa do programa de Agentes Comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2008, vol 24, Suppl 1, p.7-16.

CORREA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2013.

COSTA, G. D. et al . Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 1, p. 113-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Set. 2014.

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Adscrição e população dos municípios por macrorregião e microrregião de saúde**. Estimativa IBGE/TCU 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ADSCRICaO%20MUNICIPIOS->

MICROS%20E%20MACRORREGIOES%20POP%20TCU%202011.pdf>. Acesso em 21 Maio 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES** nº 1186, de 18 de maio de 2007.

MOURA, Bárbara Laisa Alves et al . Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, supl. 1, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Set. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS/ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano. **Ranking do Índice de Desenvolvimento Humano/IDH das Cidades Brasileiras, 2010**. Disponível em :<[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em 21 Maio 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em 21 Maio 2014.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 35, n. 3, Junho 2001 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Set. 2014.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, Ago. 2014 . Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803441&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Set. 2014.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 6, Jun. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Set. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2 ed, 2004. 726 p.