

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ANDRÉ FERREIRA DE LIMA

IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CE

FORTALEZA

2018

ANDRÉ FERREIRA DE LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profa. Me. Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L696i Lima, André Ferreira de Lima.

Implementação da Educação em Saúde da Criança em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Russas-CE / André Ferreira de Lima Lima. – 2018.

27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Ma. Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha.

1. Saúde da criança. 2. Educação em saúde. 3. Atenção primária á saúde. I. Título.

CDD362.1

ANDRÉ FERREIRA DE LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RUSSAS-CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., titulação (Dr./Me.), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha esposa que não me deixou desistir apesar das dificuldades deste último ano. Sempre estando do meu lado a me lembrar que faltava pouco para a tempestade passar e reinar a calma.

Dedico ainda a meus pais, meus mestres, pela possibilidade que me propuseram de aprendizado, mesmo com pouca educação formal compreenderam que a educação pode mudar vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora por sempre estar à disposição e pelas sugestões de melhora do trabalho.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família foi implementada como linha condutora das ações da Atenção Primária à Saúde, com ênfase nas ações preventivas e de promoção à saúde. Devido práticas perpeuadas por décadas, os atendimentos na UBS do Multirão II estavam sendo direcionados a atendimentos de demanda livre, principalmente na faixa etária pediátrica. Estabelecida a problemática, resolveu-se implantar então um programa de ações de educação em saúde da criança direcionado às mães/pais/cuidadores, com o objetivo de reorientar as demandas de saúde da comunidade. Foram realizados diversos encontros, semanalmente, dos quais participaram os cuidadores das crianças que estiveram presentes para consulta médica de demanda livre e puericultura. Na metodologia dos encontros ocorreram rodas de conversa e salas de espera. Através da avaliação dos depoimentos colhidos nos encontros e na perceptível diminuição de atendimentos de demanda livre podemos concluir que a comunidade aderiu à proposta e respondeu positivamente. Sendo assim, é recomendável a continuidade do Projeto de Intervenção a fim de que a efetividade de um atendimento mais focado nos pilares preventivos e de promoção da saúde seja plena.

Palavras-chave: Saúde da criança. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

RESUMEN/ABSTRACT

The Family Health Strategy was implemented as a guiding line for actions of Primary Health Care, with emphasis on preventive actions and health promotion. Due to practices perpetuated for decades, the attendances at the Multirão II Basic Health Unit were being directed to free demand, mainly in the pediatric age group. Having established the problem, it was decided to implement a program of actions in the health of the child directed to the mothers / parents / caregivers, with the objective of reorienting the health demands of the community. Several weekly meetings were held, attended by the caregivers of the children who were present for free medical consultation and childcare. In the methodology of the meetings there were talk wheels and waiting rooms. Through the evaluation of the testimonies gathered in the meetings and the noticeable decrease in free demand consultations, we can conclude that the community adhered to the proposal and responded positively. Therefore, it is advisable to continue the Intervention Project so that the effectiveness of a more focused service in the preventive and health promotion pillars is complete.

Keywords: Child health. Health education. Primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	7
3	JUSTIFICATIVA.....	8
4	OBJETIVOS.....	9
4.1	OBJETIVO GERAL.....	9
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
6	METODOLOGIA.....	16
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	18
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	19
9	CONCLUSÃO.....	20
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

O município de Russas, se encontra localizado há 163 km da capital do estado do Ceará, Fortaleza. Localizado do Vale do Jaguaribe. Se encontra na 5ª Macrorregião de Saúde do Ceará (Macrorregião do Litoral Leste/Jaguaribe). A cidade constitui um dos mais importantes centros populacionais e econômico do Vale do Jaguaribe. É conhecida como a “Capital do Vale do Jaguaribe”, “Terra da Laranja Doce”, “Terra das Telhas Vermelhas”, e “Terra de Dom Lino” (PREFEITURA MUNICIPAL DE RUSSAS).

Russas possui uma área de 1 591,281 km², e uma população de 71,723 habitantes de acordo com estimativa do IBGE em 2012 (GOVERNO DO CEARÁ, 2016). A Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada num bairro periférico chamado Multirão, por isso a unidade é conhecida por UBS Multirão. Como são duas equipes funcionando na unidade, sou médico especificamente da unidade do Multirão II.

A Estratégia de Saúde da Família devido suas ações com maior capilaridade na população adscrita deve ter como pilares ações de prevenção e promoção da saúde, impedindo ou postergando que os clientes cheguem até a atenção secundária ou terciária, reorientando as medidas de saúde outrora centradas no aspecto curativo, centrado na doença, com caráter hospitalocêntrico. Por ser um sistema jovem, com apenas 30 anos de existência, há ainda entraves e conceitos antigos, que perpetrados por anos, se solidificaram no consciente da população e como esta compreende como deve ser um sistema de saúde, e desse modo, como devem ser as medidas utilizadas pelo sistema para lhe atender.

A saúde da criança, como um dos pilares das ações de saúde na Atenção Primária, por seu potencial de resultados positivos a longo prazo no crescimento e desenvolvimento dessa população deve ser priorizada por meio do acompanhamento da criança, com consultas já estabelecidas, mas além disso, com a orientação das mães ou cuidadores principais, visto que estas ações têm um enorme potencial de prevenção de problemas sérios, como por exemplo desnutrição, anemia e obesidade, altamente prevalentes em nosso meio e com consequências às vezes irrevésíveis a longo prazo, podendo até predispor a outras enfermidades (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ).

Nesse sentido os grupos educativos se inserem como uma estratégia para grupos de risco ou com fatores de risco em que estejam implicados diversos fatores, alimentares, ambientais, comportamentais, com a finalidade de prevenir o surgimento de doenças e oferecer uma vida plena. Além disso, os grupos educativos por seu caráter agregador de pessoas via de

regra, com condições parecidas, socioeconômicas e culturais, possibilita a troca de informações e o desenvolvimento da autonomia, quer seja individualmente ou no próprio coletivo (PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F.).

Ultimamente tem-se visto um foco dos profissionais médicos no pilar curativo das ações de atenção em saúde, focando em uma agenda de demanda livre e relegando cuidados de promoção e prevenção aos demais profissionais da equipe, se imiscuindo da responsabilidade no âmbito das ações de prevenção e promoção, quando se sabe que são metodologias eficientes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) intitui como atribuições de todos os profissionais da equipe o cuidado familiar e dirigido à coletividade e grupos sociais, com intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade (BRASIL, 2012). Além disso, é de competências de toda a equipe a realização de ações de educação em saúde à população adstrita, principal foco deste projeto de intervenção, se centrando na educação em saúde da criança, desde sintomas mais comuns e que não denotem gravidade, os quais têm caráter benigno e não necessitam a procura da Unidade Básica de Saúde ou de um pronto socorro de imediato, até questões alimentares e comportamentais.

O presente trabalho de conclusão de curso é vinculado ao Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal do Ceará, através do Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância (NUTEDS) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

2 PROBLEMA

O projeto de intervenção se fundamenta pelos números elevados de atendimentos de demanda livre de crianças, por vezes repetitivos na Unidade Básica de saúde do Multirão II, no município de Russas-CE, muitas vezes por mães que costumam procurar o serviço por queixas repetitivas, que procuram o serviço com demandas que poderiam aguardar ou serem resolvidas em casa, com o conhecimento adequado e de fácil obtenção. Devido ao baixo grau educacional de parte da população, há uma procura por atendimento médico imediato.

3 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho foi determinado pela oportunidade de intervir em saúde da criança, e dessa forma diminuir o número de consultas em demanda livre, a procura das mães aos prontos-socorros e ainda possibilitar o fornecimento aos cuidadores de ferramentas para prevenção e promoção em saúde, o que acarretará em médio e longo prazo, indivíduos mais hígidos e uma comunidade com pessoas que tem a oportunidade de procurar uma UBS quando necessário, mas antes de tudo, ter as ferramentas e conhecimento para o autocuidado.

Com o objetivo de mudar a situação atual como é idealizado a abordagem à saúde da criança na população adscrita à Unidade de Saúde da Família Multirão II, é proposto uma série de ações educativas que incidam na prevenção e promoção da saúde na população pediátrica, para a melhora de sua qualidade de vida e prevenção de agravos com impacto no seu crescimento e desenvolvimento, com consequências por vezes em sua família e na comunidade.

Visto que a equipe de Estratégia de Saúde da Família não deve se centrar nos atendimentos médicos às demandas agudas, os profissionais de saúde integrantes da equipe de saúde da família não devem se restringir à assistência curativa e reabilitadora, mas devem, prioritariamente, realizar ações preventivas de promoção da saúde, como as ações de educação em saúde para obter uma assistência integral.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implementar ações de educação em saúde referentes à saúde da criança

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Instruir mães e cuidadores sobre aspectos relacionado à saúde da criança
- Orientar sobre a procura e sobre atendimento na UBS e no pronto socorro
- Verificar o grau de conhecimento sobre as atribuições dos serviços de saúde
- Identificar crianças que necessitam de mais atenção em decorrência do conhecimento limitado e/ou dificuldade de assimilação do cuidador
- Diminuir a incidência de atendimentos na demanda livre para crianças com problemas de saúde comuns, possibilitando atendimento de casos com maior necessidade
- Criar medidas educativas na promoção e prevenção da saúde da criança na UBS

5 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído e estruturado para que o Estado por meio de políticas sociais e econômicas garanta acesso universal e igualitário às ações e serviços dos três pilares: promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Na Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde (APS), onde pode-se resolver cerca de 80% dos problemas de saúde, foi estabelecido a chamada porta de entrada, onde o paciente tem à sua disposição e próximo ao seu domicílio, uma equipe multidisciplinar para atendê-lo de forma integral e dispondo da possibilidade de horizontalização do cuidado e ainda a utilização dos demais níveis de cuidados, quando necessários, por meio de encaminhamentos. A APS foi se consolidando à partir da Constituição Federal de 1988 como ponto de atenção preferencial do primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde. Em 1991, foi implantado pelo Governo Federal o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MELILLI, C. M. et al., 2016).

A APS é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e ao estado geral de saúde.

O atendimento da demanda livre é um dos pressupostos para se pôr em prática a estratégia de porta de entrada do SUS, entretanto por ter sua resolutividade ligada apenas aos casos agudos, sem uma continuidade efetiva do cuidado, deve estar em segundo plano, sendo as ações de prevenção e promoção os fios condutores das ações de saúde na APS.

Apoiado nesses preceitos e procurando refletir experiências realizadas em outros países, foi implantado no Brasil, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a proposta de modificar e expandir o acesso da população aos serviços de saúde, tornando-se a porta de entrada do sistema vigente até então. Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados. Atuando sob a luz dos princípios de integralidade, acesso, longitudinalidade, coordenação do

cuidado, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe multiprofissional, tem como uma de suas principais metas a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções personalizadas e individualizadas. (RODRIGUES, J. H. G.; BRUNCA, J. G.; JUNIOR, A. H. A., 2016).

A organização dos serviços de saúde da APS por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (MELILLI, C. M. et al., 2016).

Dentro da Atenção Básica, a puericultura é voltada principalmente para os aspectos de prevenção e promoção da saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos na infância. Para que seja desenvolvida em sua plenitude, deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interações no contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto é fundamental, pois as ações médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, ações que visem às crianças não terão sucesso (RODRIGUES, J. H. G.; BRUNCA, J. G.; JUNIOR, A. H. A., 2016).

Com essa evolução na atenção do atendimento, principalmente à partir da década de 90, a taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança. Tem por características sua baixa complexidade tecnológica e sua elevada eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida. Por essas razões, desde que foi implantado como uma ação básica de saúde, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento vem apresentando impacto surpreendente na morbimortalidade infantil. No entanto, frequentemente, os profissionais de saúde se deparam com dificuldades objetivas para implementar essas ações voltadas para o infante. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é uma das cinco “ações básicas de saúde”; as outras são “amamentação”,

“imunizações”, “controle das IRA” e “controle da diarreia” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ,2017).

Considerando a qualidade de atendimento à criança o Ministério da saúde propõe o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, sendo então estipuladas sete consultas no primeiro ano de vida e duas no segundo ano, à partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina devem, no mínimo, serem anuais próximas ao mês de aniversário. Além disso existem várias modalidades de atendimento à criança, a escolha dessa dependerá das características da população assistida pela equipe, mas, também e principalmente, das características da própria equipe. Entre essas modalidades podemos citar as visitas domiciliares, consultas individuais com médico e com enfermeira, com foco na avaliação do crescimento e desenvolvimento, e por fim, os grupos educativos, com objetivos de: avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento; avaliar e promover o aleitamento materno e a alimentação de desmame; atividade de educação para a saúde com a participação dos pais ou responsáveis pela criança, com ênfase em: prevenção de doenças e acidentes; higiene; aspectos da educação infantil; outros temas sugeridos pelos participantes.

Considerando as modalidades no atendimento à saúde da criança, pode-se destacar o grupo educativo, que permite o compartilhamento de informações coletivas, a troca de experiências, etc. Isso possibilita a diminuição da demanda espontânea por atendimento na área da saúde da criança. Essa é também a melhor oportunidade para a orientação dos pais sobre os cuidados básicos indispensáveis à saúde de seu filho. A equipe de saúde deve preparar-se para abordar, individual ou coletivamente, os seguintes aspectos da prevenção de problemas e da promoção da saúde da criança: estimular o aleitamento materno exclusivo até seis meses; Orientar o processo de desmame e a alimentação complementar apropriada após os seis meses; Verificar o calendário vacinal, dando as orientações necessárias; Acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança; Orientar a estimulação psicomotora e a atividade física adequada a cada faixa etária; Indicar a profilaxia/tratamento da anemia ferropriva de maneira sistemática; Avaliar a saúde bucal e orientar a higiene oral; Orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária; Avaliar a acuidade visual e auditiva e referenciar precocemente ao especialista, quando necessário (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ,2017).

Fica claro, portanto, que a puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação,

orientação aos pais e/ou cuidadores sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar no período do desmame, higiene individual e ambiental, assim como pela identificação precoce de agravos, visando à intervenção efetiva e apropriada. Para isso, demanda a atuação de toda a equipe de saúde e multiprofissional que assiste à criança e sua família por meio de consulta de enfermagem, consulta médica, consulta odontológica, grupos educativos e visitas domiciliares no contexto da Atenção Básica (RODRIGUES, J. H. G.; BRUNCA, J. G.; JUNIOR, A. H. A., 2016).

No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os profissionais devem fomentar práticas educativas que envolvam um conjunto de conhecimentos mínimos para prevenção e promoção da saúde, abrangendo as práticas de higiene corporal e bucal, alimentação saudável e atividade física.

Todo profissional de saúde é um educador em potencial. O modelo biomédico ainda tem grande influência na formação dos profissionais de saúde e, apesar de entendermos a importância da promoção de saúde, as ações de educação ainda são muito pautadas na lógica de prevenção das doenças e recuperação de doenças. O conceito de promoção da saúde ainda é interpretado como ações de mudanças comportamentais e isso influencia na concepção das ações educativas a serem realizadas pelos profissionais.

A relação entre o usuário e o profissional de saúde é entendida como uma visão de mão dupla, em que ambos têm a ensinar e a aprender. Essa relação busca resgatar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, e como coletivo cuja ação política pode interferir nas decisões do sistema de saúde, e deve ser baseada na troca de experiências, em que o saber popular/individual não é subestimado (VERDI; BUCHELE; TOGNOLI, 2010).

Não existe apenas um jeito de educar em saúde, mas diferentes modos de pensar e fazer educação. E esse jeito de educar em saúde vai depender da visão de mundo, da concepção de saúde e da concepção de educação que temos (VERDI; BUCHELE; TOGNOLI, 2010).

O profissional de saúde passa a ter um papel de facilitador desse processo reflexivo-criativo que conduz o indivíduo a melhores escolhas e decisões (VERDI; BUCHELE; TOGNOLI, 2010).

O reconhecimento da realidade dos sujeitos deve considerar sempre a necessidade de se conhecer a história as crenças, os hábitos, os costumes e as condições em que as pessoas vivem. É importante, também, ter respeito às crenças de qualquer natureza, como religiosa, política ou filosófica (BRASIL, 2018).

De acordo com Buss(2002) propõe que as diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em duas grandes tendências: centrada no comportamento dos indivíduos e seu estilo de vida; e enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde.

A promoção saúde consiste segundo a primeira abrangência, em ações relacionadas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, em uma lógica individual ou familiar. Com essa lógica, as atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em comportamentos educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de serem mudados, sob controle dos indivíduos, como, por exemplo: higiene pessoal, alimentação, fumo, ingestão de bebidas alcóolicas, comportamento sexual, entre outras. Nesse entendimento, os fatores que não podem ser controlados pelos indivíduos não são identificados como ações de promoção da saúde.

Já ao considerar o papel protagônico dos determinantes sociais no processo saúde-doença, temos outro tipo de enfoque sobre a promoção da saúde, ao entendermos que ela é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, renda, educação, justiça social. Com isso, as atividades de promoção da saúde voltam-se mais para o coletivo de indivíduos e ao ambiente físico-político, social, econômico e cultural, o que implica que a promoção da saúde vai além do setor saúde, exigindo a criação de políticas públicas intersetoriais e a mobilização da sociedade e de outros segmentos do poder público (BRASIL, 2018).

Portanto, a educação em saúde considera o processo saúde-doença como determinado socialmente, porém sem descaracterizar a materialização do sofrimento nos corpos, nas relações dos sujeitos. Neste modelo, busca-se superar a dicotomia profissional/paciente (VERDI; BUCHELE; TOGNOLI, 2010). O usuário é entendido como um sujeito com potencial crítico, criativo, transformador da realidade, e sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde. Para isso é preciso reconhecer que: cada indivíduo tem seu saber; cada indivíduo carrega uma experiência com o processo saúde-doença; e, a família e os amigos, e a comunidade possuem importante papel no entendimento do processo saúde-doença (BRASIL, 2018)

A educação em saúde vai muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Pellicioni e Pellicioni (2007) identificam, como objetivos da educação em saúde: preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena; criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptas a

cumprir seus deveres, visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos; possibilita que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade.

O oferecimento de mais ações de demanda espontânea e o não equilíbrio entre esta e a demanda programada se deve sobretudo a ocorrência de pensamentos equivocados por parte da gestão, dos profissionais e da população. Podemos citar desde a percepção pela população do que é mais visível, que são os equipamentos, até a falta de conhecimento gerencial dos gestores, que alocam recursos em estratégias com reduzidos resultados sanitários (BRASIL, 2018).

Aumentar a oferta de atenção programada na atenção primária à saúde torna-se então estratégia central para a demanda que se põe, o que proporcionará redução nas agudizações e dos atendimentos baseados na demanda espontânea. E a educação em saúde se impõe como uma das possibilidades para inversão da lógica estabelecida e mudança de paradigmas, na medida em que pretende orientar a agenda para os atendimentos que objetivem um contato mais longitudinal com o paciente, intervindo de forma mais eficiente com ações de prevenção e promoção.

6 METODOLOGIA

A implantação de um Plano de Intervenção (PI) requer a identificação dos principais problemas de saúde presentes na comunidade, referentes à população adscrita. Essa identificação dos problemas foi sendo evidenciada durante o primeiro ano de atividade como médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, que se iniciou em fevereiro de 2017 e após atividades realizadas no Curso de Especialização e reuniões/conversas com a Equipe de Saúde da Família, além da própria vivência junto à comunidade, já que o programa institui carga horária de 32 horas semanais de atividades de serviço na Unidade Básica de Saúde. Verificou-se então que um dos aspectos com mais implicações negativas era o número de atendimentos de demanda livre referentes à crianças e a centralização que estava havendo do aspecto curativo, sem quaisquer ações de prevenção/promoção.

Considerando essa conjuntura, a implantação de uma estratégia de educação em saúde centrada na população pediátrica e dirigida às mães/pais/cuidadores foi pensada e discutida com a Enfermeira da unidade, para se buscar uma melhor abordagem dessa faixa etária e de forma mais efetiva.

Para a elaboração desse PI foi utilizado o diagnóstico situacional da população adscrita na UBS Multirão II através da observação dos casos clínicos e faixa etária (mais prevalentes). Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados LILACS, SCIELO, BIREME e o ARES-UNASUS (Acervo de Recursos Educacionais em Saúde), utilizando como descritores: saúde da criança, educação em saúde, atenção primária à saúde.

Primeiramente foi feito um diagnóstico do quadro de atendimentos, através da observação, dos dados fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela revisão do movimento diário de pacientes que passam pela consulta médica. Após reunião com a enfermeira foi estabelecido uma estratégia para de início implementar o “dia da criança” na unidade, que seria à princípio um turno separados de atendimentos para demanda livre e puericultura, em conjunto entre médico e enfermeira. Com o passar do tempo viu-se que ainda esta estratégia estava sendo não efetiva visto que apenas se centralizou o dia do problema, ainda sem resolução. Quando então foi estabelecido que seriam feitos antes das consultas de demanda livre e puericultura reuniões com as mães/pais/cuidadores presentes na Unidade Básica de Saúde, com o intuito de serem abordados temas mais comuns observados no dia a dia de atendimentos na unidade, sugestões e dúvidas que venham a aparecer e demais temas de interesse das mães e referente à saúde da criança.

O público alvo deste PI são as mães/pais/cuidadores que estiveram presente nos dias de atendimento, ou dia estabelecido como dia da “saúde da criança”.

A educação foi a melhor metodologia para intervenção e possível reversão no quadro encontrado. O trabalho educativo contínuo ocorreu nas consultas do médica e enfermeira, com ações individuais, mas principalmente em rodas de conversas com os participantes e em salas de espera, a depender do número de participantes, onde eram expostos os assuntos e então feito o compartilhamento de conhecimentos de quem tivesse interesse.

O maior desafio na intervenção de se deve ao caráter de medidas de saúde que foram empregadas por décadas, dificultando a aceitação da comunidade de novas ações, novas possibilidade de cuidado, quebrar um ciclo vicioso de ações que foram impostas como parâmetro de serviço de saúde, o qual deveria ser seguido em todas as unidades de saúde. Desafios que são suplantados na medida em que os profissionais se fixam por mais tempo na unidade, na comunidade, adquirindo possibilidade de negociação com os clientes. E o Programa Mais Médicos Para o Brasil possibilita este maior contato com a comunidade por um período mais extenso, na medida em que o contrato é estabelecido por 3 anos, com possibilidade de extensão por igual período, o que possibilita a longitudinalidade.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente projeto de intervenção pode ser avaliado de forma positiva. Durante todas as oportunidades da abordagem a comunidade e os profissionais foram bem recebidos. Havia uma demanda por tais processos na unidade, de forma que algumas mães repetiam as idas à unidade não mais para atendimentos médicos, mas para participar dos momentos de educação em saúde.

A UBS do Multirão é composta por duas equipes. A diferença das procuras em atendimentos de demanda livre para crianças tem sido notado à medida que a equipe capta mais e mais clientes para as ações de educação, informando sempre que quando se procura a unidade do atendimento do “dia da criança” tem-se o compromisso de também participar das ações educativas. De modo geral não há negativas dos participantes.

A UBS antes tinha sua sede numa escola. Antes de chegar à unidade os atendimentos eram feitos apenas por uma equipe, por isso havendo uma superlotação do serviço e uma falta de estratégia para lidar com esse estado de problemas. Ao separar a responsabilidade da comunidade para duas unidades houve ainda por algum tempo problemas de grande quantitativo de pacientes para atendimento em demanda livre, principalmente na faixa pediátrica, o que motivou este trabalho. Ao abordar a educação como estratégia para a diminuição destes atendimentos, por vezes sem critério e por mães/pais/cuidadores superutilizadores, observou-se um momento de questionamentos da comunidade sobre a “diminuição de fichas”, questionamentos aceitáveis visto a mudança de paradigmas sempre causar um choque de expectativas, já que são práticas que se desenvolveram por quase três décadas.

Os resultados deste PI são visíveis e trazem um norte para novas possibilidades de mudanças nas bases que a atenção primária deve se centrar e para onde se dirigir.

A avaliação deste PI ainda não terminou, visto que ocorre de forma contínua durante as consultas agendadas no “dia da criança” na unidade e com a continuidade das estratégias aqui relatadas.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos utilizados basicamente foram recursos humanos, visto que a estratégia maior foi educação em saúde, com o emprego de sala de espera e rodas de conversas, as quais possibilitam um diálogo mais próximo e o entendimento de que todos fazem parte do mesmo processo, cada um com seus conhecimentos, por isso se evitou demais tecnologias que pudessem afastar o contato profissional-cliente (televisores, projetores, folhetos explicativos, etc).

A estrutura física utilizada foram a sala de espera da UBS e a sala de reuniões quando o número de participantes foi maior que 12 ou 13, visto que a sala de espera serve a duas equipes, que atendem no mesmo horário e mesmos dias.

9 CONCLUSÃO

Quando se adota o modelo assistencialista, centrado na doença, os resultados não são efetivos, pesquisas indicam que as atividades preventivas devem ser prioritárias na APS, demandando tecnologias menos complexas, mas resolutividade alta. As atividades de educação em saúde são ferramentas que podem ser adotadas por basicamente todos os profissionais da ESF para fazer valer os pilares da prevenção e promoção da saúde. Quando se envolve os sujeitos-clientes nas atividades de educação em saúde, acaba tornando-o corresponsável pela sua saúde e pela mudança da realizada onde está inserido, sendo agentes transformadores de si e da comunidade. Sendo assim, é de vital importância o estímulo à participação da comunidade em grupos de educação em saúde.

Do ponto de vista de efetividade, essa intervenção foi importante na medida em que estabeleceu novos parâmetros de atendimento, parâmetros esses, mais adequados às novas políticas de saúde e aos objetivos da Política Nacional de Atenção Básica, buscando trazer os pilares de um cuidado mais racional e efetivo, baseado nas melhores práticas, nos países com melhores sistemas de saúde, e nos próprios experimentos virtuosos já aplicados no Brasil durante esses 30 anos se SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 04 de Abril 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 04 de Abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal do Ceará. **Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família: Processo de trabalho e planejamento da ESF**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2018.

BUSS, P. Promoção da Saúde da Família. **Rev. Programa Saúde da Família**, dez. 2002. p. 50-63.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Caderno de Informação em Saúde- Região de Saúde de Russas**. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/cadernos-de-saude>>. Acesso em 05 de Abril 2018.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 25 de Maio 2018.

MELILLI, C. M. et al. Atributos da Atenção Primária em Saúde. In: **Manual do médico de família: Santa Marcelina / Martim Elviro de Medeiros Júnior**, organizador.—São Paulo: Martinari,2016. Cap 2, p. 31 a 36.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. **Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica**. Mundo saúde, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RUSSAS. **Sobre Russas**. Disponível em: <<http://russas.ce.gov.br/sobre-russas/>>. Acesso em 05 de Abril 2018.

RODRIGUES, J. H. G.; BRUNCA, J. G.; JUNIOR, A. H. A. Puericultura. In: **Manual do médico de família: Santa Marcelina / Martim Elviro de Medeiros Júnior**, organizador.—São Paulo: Martinari,2016. Cap 17, p. 239 a 261.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família: Saúde da Criança e do Adolescente**. Fortaleza, 2017.

VERDI, M. I. M.; BUCHELE, F.; TOGNOLI, H. Educação em saúde [Recurso eletrônico]. **Curso de Especialização em Saúde da Família**. Florianópolis - SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 44 p