

RUBIA LAMOUNIER ARAÚJO

**Proposta de Intervenção visando mudanças de modelo assistencial de
Curativo para o de Vigilância e Promoção da Saúde:
Unidade Saúde da Família Monsenhor Alfredo - Lagoa da Prata - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção de título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

LAGOA DA PRATA
2011

RUBIA LAMOUNIER ARAÚJO

**Proposta de Intervenção visando mudanças de modelo assistencial de
Curativo para o de Vigilância e Promoção da Saúde:
Unidade Saúde da Família Monsenhor Alfredo - Lagoa da Prata - MG**

Banca Examinadora

Orientador: Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes

Profa MS. Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovado em Belo Horizonte: 15 de Julho de 2011.

RESUMO

O trabalho desenvolvido teve como objetivo aproximar-se do modelo assistencial previsto nas políticas de saúde para a atenção básica e saúde da família no Brasil. Utilizando-se a revisão narrativa, estudou-se documentos e publicações relacionadas ao tema, disponíveis nas bases científicas disponíveis na Internet. Concluiu-se que as diretrizes do SUS para a atenção básica estão longe da realidade do trabalho, a USF Monsenhor Alfredo Dhor em Lagoa da Prata- MG. Através dos estudos realizados somados aos conhecidos adquiridos através do curso de especialização em Saúde da Família, e levantamento bibliográfico realizado, tornou-se possível acreditar que é possível implantar o modelo de assistencial à saúde priorizando a promoção e a vigilância à saúde, através de mudanças diárias dos valores e crenças dos membros da equipe e população assistida. O objetivo do presente estudo foi elaborar um plano de intervenção na organização do trabalho da equipe da Saúde da família Monsenhor Alfredo – Lagoa da Prata – MG, visando mudanças de modelo assistencial de Curativo para o modelo assistencial de vigilância e promoção da saúde, utilizando-se da educação permanente. A educação permanente ativa, mesmo que parcialmente e gradativamente efetivada na unidade tem sido fundamental para que haja o sucesso da mudança, o comprometimento, motivação de toda a equipe a fim de transmitir todo o conhecimento adquirido a favor da população assistida. A realização deste estudo permitiu contribuir com o início das reflexões da equipe de saúde da família onde trabalho para melhorarmos os serviços oferecidos no referencial do modelo assistencial de vigilância e promoção da saúde. É um processo em construção, que esperamos avance sempre com responsabilidade e bons resultados, apesar da sobrecarga de trabalho atual que a minha equipe de saúde da família tem enfrentado.

Palavras chave: educação permanente, agentes comunitários de saúde, programa saúde da família, modelos assistenciais.

ABSTRACT

The work aims to approach the model of care provided in health policy for primary care and family health in Brazil. Using the narrative review, we have studied the documents and publications on the theme, available in scientific databases available on the Internet. It was concluded that the guidelines for health care to primary care are far from the reality of work, the USF Monsignor Alfredo Dhorri in Lagoa da Prata, MG. Aravis of studies added to the knowledge acquired through specialization course in family health, it became possible to believe that you can deploy the model of care giving priority to health promotion and health surveillance, through daily changes of values and beliefs of team members and the population served. Lifelong learning active, even partially and gradually effect the unit has been critical to the success of that there is change, commitment, motivation of all staff in order to convey all the knowledge acquired in favor of the assisted population. This study allowed to contribute to the onset of the reflections of the family health team where I work to improve the services offered by the reference model of care for surveillance and health promotion. It is an ongoing process, we expect going forward with responsibility and good results, despite the current overload of work that my family health team has faced.faced.

Keywords: continuing education, community health, family health program, health care models

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-----	Agente Comunitário de Saúde.
ESF	-----	Estratégia de Saúde da Família.
MS	-----	Ministério da Saúde
NESCON	-----	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	-----	Organização Mundial de Saúde
ONG	-----	Organização Não-Governamental
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	-----	Recursos Humanos
SciELO	-----	Scientific Electronic Library Online
SUS	-----	Sistema Único de Saúde
UFMG	-----	Universidade Federal de Minas Gerais
USP	-----	Universidade de São Paulo
USFs	-----	Unidades de Saúde das Famílias

SUMÁRIO

1- Introdução	08
1.1 Metodologia	
2 Educação Permanente e Modelo de Vigilância à e Promoção da saúde na Saúde da Família.	11
2.1 Modelo assistencial em saúde.	11
2.2- Educação Permanente: o que é e como implantá-la em nível local.	16
2.3 – Reflexões sobre a prática cotidiana, mudança de modelo e educação permanente da equipe de saúde da Família.	20
2.4- Plano de Ação para Organizar o trabalho da USF Monsenhor Alfredo	22
3 Considerações Finais.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 - INTRODUÇÃO

No trabalho de enfermeira em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) observo que os principais problemas para o desenvolvimento da minha prática estão relacionados aos seguintes fatores:

- Elevada demanda espontânea;
- Visão curativa da população e das agentes comunitárias de saúde
- Não existência de reuniões de equipes frequentes (semanais);
- Falta de tempo e planejamento para a realização da mesma
- Ausência de projetos ou proposta para a educação permanente dos membros da equipe.

Entre estes escolhi como temas do trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família aprofundar estudos acerca dos determinantes que influenciam a visão dos usuários e ACS's para a oferta de serviços curativos como finalidade dos serviços de saúde, refletir os fatores que dificultam a educação permanente na unidade e elaborar proposta de intervenção para amenizar ou sanar estas dificuldades.

A escolha deste tema esteve relacionada à crença de que a realização de educação permanente da equipe de USF poderá ampliar a capacitação e aprendizado das Agentes Comunitárias em Saúde ACS em especial, que tem contato direto com a população, podendo orientá-la melhor para a promoção da saúde e assim reduzir a demanda espontânea na unidade, além de idas à unidade desnecessárias.

Justificou este estudo a contradição entre a proposta da estratégia da Saúde da família, ESF, em implantar um modelo assistencial de saúde que visa a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a qualidade de vida e a realidade do meu trabalho na unidade Monsenhor Alfredo.

Lá continua prevalecendo o modelo curativo, acredito em consequência da ausência de uma efetiva educação permanente da equipe o que repercute na insuficiência das ações de educação em saúde da população, levando, entre outros problemas, ao aumento da demanda espontânea na unidade frequentemente.

Ou seja, para melhorar minha prática assistencial senti a necessidade de refletir mais acerca deste tema, elaborando um plano de ação específico de educação continuada para a minha equipe de SF, mais voltada para as Agentes Comunitárias de Saúde.

A proposta elaborada teve por finalidade reduzir a demanda espontânea, e adquirir mais espaço na agenda dos membros da ESF para trabalhos preventivos, de promoção da saúde, organização, planejamento, execução e levantamentos estatísticos do que está sendo realizado na unidade e apropriação dos resultados para melhorar a prática.

Para alcançar essa finalidade construiu-se um plano de intervenção a fim de efetivar a educação permanente nas reuniões de equipe, que passam a ser realizadas semanalmente, tendo por clientela prioritária os ACS, que poderão ser elementos de divulgação de novos saberes a população durante suas visitas.

O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção na organização do trabalho da equipe da Saúde da família Monsenhor Alfredo – Lagoa da Prata – MG, visando mudanças de modelo assistencial de Curativo para o modelo assistencial de vigilância e promoção da saúde, utilizando-se da educação permanente

1.1 – Metodologia

Para alcançar o objetivo geral proposto pelo estudo, inicialmente foi realizada uma observação direta para levantar as maiores dificuldades no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde na Unidade de Saúde Monsenhor Alfredo.

Dentre estas, observou-se que o que mais absorve o tempo dos profissionais da equipe é a grande demanda espontânea. A partir desta constatação se fez necessário intervir para que se possa mudar o modelo assistencial desta unidade de curativo para o de vigilância à saúde, utilizando-se da estratégia da educação permanente da equipe de saúde e educação em saúde da população.

Em seguida realizou-se pesquisa bibliográfica e na rede científica virtual, rastreando trabalhos relacionados às palavras chave: Plano de Ação; Modelo Assistencial; Vigilância à saúde; Promoção da saúde; Saúde da Família; Educação Permanente; Agentes Comunitários de Saúde.

Foram inicialmente identificados 1510 títulos. Excluíram-se os de publicação anterior a 2005 e os não publicados na Scielo.

Dos títulos restantes leu-se o resumo e priorizou-se os que trabalhavam a discussão da educação permanente no SUS em nível local, compondo assim o referencial teórico para a elaboração da proposta de intervenção, objetivo deste trabalho.

2 Educação Permanente e Modelo de Vigilância à e Promoção da saúde na Saúde da Família.

2.1 Modelo assistencial em saúde.

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país, tais como: oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, etc. (PAIM, 1999).

Este autor aprofunda este conceito, afirmando que “os modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõe o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas”. (PAIM, 2003).

Outros autores avançam nesta discussão, definindo modelo de atenção entendido como:

“um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia”(ROSA e LABATE, 2005).

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. (JUNIOR; ALVES, 2007)

No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde que predominaram em diferentes momentos da história.

No início da República, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra epidemias que assolavam o Brasil no início do século (Febre amarela, varíola e peste).

A partir de 1920/1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atenção à saúde, com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro e determinados problemas.

Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, outros. Determina-se o “bicho” a ser atacado e o modo de organizar o ataque, sem levar em conta os aspectos sociais ou mesmo a variedade de manifestações do estado de saúde de um ser de acordo com a região e ou população.

Em 1975, define-se o Sistema Nacional de Saúde, em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual. Pouca efetividade da ação da biomedicina no enfrentamento dos problemas de saúde gerada pelo processo acelerado de urbanização doenças psicossomático, neoplasia, doenças crônicas degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer. (BOUSQUAT; COHN, 2004)

Para Ferri ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento aos leves (relação profissional - paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. A biomedicina tornou-se um modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil. (FERRI, 2007)

No entanto a partir da década de 80, o movimento civil pela democratização do país e várias experiências de governo como o PREV Saúde originaram correntes políticas que contribuíram para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS). (BOUSQUAT; COHN, 2004)

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muita relutância e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança de modelo hegemônico, a Estratégia Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. (ROSA; LABATE, 2005)

Segundo estas autoras, a disseminação dessa estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão, entre elas destacamos a integração do território entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde, imprescindível para o alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde.

Sanitaristas afirmam que somente com o uso de uma mesma base territorial e com uma ampla articulação intersetorial, envolvendo todas as instituições de saúde pública, mas também outros responsáveis pela elaboração de políticas saudáveis, é que podemos alcançar os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS (NORONHA; PENNA, 2007).

Sugerem ainda a forma de organização e hierarquização em redes assistenciais em que a idéia predominante é a de uma pirâmide para a atenção a saúde, bem como a idéia de complexidade crescente. O Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde. Supõe-se que essa pirâmide organizaria a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meios de mecanismos formais de referencia e contra-referencia (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistências). (MENDES, 2006).

Com a expansão do PSF, no fim da última década renomeada de Saúde da Família, estabelecem-se as seguintes diretrizes: ações com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; promoção da educação em saúde e mobilização comunitária para uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente; informação de disponibilidades e necessidades da comunidade e a participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas à superação dos problemas identificados, entre outros pontos. (BRASIL, 1998)

O PSF, como estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS, reorienta a assistência ambulatorial e domiciliar, focalizando o indivíduo, a família e a comunidade, inseridos em seu contexto sócio-ambiental, na busca da promoção à saúde

e participação comunitária, a partir de um trabalho interdisciplinar e intersetorial feito pela equipe de saúde e comunidade.

Neste programa, considera-se que o paciente é inserido em um contexto familiar e comunitário, sendo enfatizada a importância do ambiente social na determinação do seu estado de saúde. Assim, a equipe de saúde age a partir do estabelecimento de vínculos e da criação de laços de compromisso e de co responsabilidade entre si e a população (SCOTT, 2001).

Estratégia Saúde da Família é segundo MENDES (1996), é o eixo estruturante no campo dos serviços de saúde em nível da atenção básica à saúde, e segundo o Ministério da Saúde, parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde no País, que dá mais atenção à cura do que a prevenção às doenças, BRASIL (1998).

O modelo assistencial de saúde em vigor e ainda hegemônico é centrado no assistencialismo individual e curativo, hospitalocêntrico e que valoriza o uso de tecnologia sofisticada, muitas vezes utilizada de forma acrítica, não tem demonstrado efetividade na resolução dos problemas de saúde da população, demandando um novo modelo assistencial que venha suprir as lacunas encontradas e que seja pautado pelos princípios do SUS (PIANCASTELLI et.al, 2000).

Segundo LIMA (2005) o PSF é uma estratégia de assistência a saúde que surgiu em substituição ao antigo Sistema Nacional de Saúde. Em sua prática procura implementar novas práticas de atenção a saúde, inovando conceitos sobre saúde e doença e voltando-se para a permanente luta pela saúde e qualidade de vida da população, ou seja trazendo um modelo assistencial que avança nas ações de promoção da saúde.

NERI (1999) destaca para o êxito do PSF a importância da capacitação dos profissionais, para que passem a realizar suas atividades através do planejamento de ações, aprendendo “o porquê de como fazer”.

Esta capacitação deve ensinar a produzir cuidado em saúde, mobilizando gerencialmente o território das tecnologias leves, sem descartar completamente a necessidade da produção de procedimentos relacionados às tecnologias duras (MERHY, 1999). Segundo LAVADO, Mylene *et. al*, (2007), a) **Tecnologias leves:** vínculo, atendimento humanizado, interdisciplinaridade e trabalho em equipe e preocupação com

questões sociais; e b) **Tecnologias leve-duras e duras**: consultas clínicas e procedimentos (Unidades, domicílios, demais espaços), atividades de demanda espontânea e programada (clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgias, emergências e pediatria), serviços de referência (encaminhamentos, internação hospitalar) gerenciamento da equipe.

Documentos do Ministério da Saúde apontam que educação permanente destes profissionais não deve estar somente centrada nos problemas médicos e epidemiológicos da comunidade, mas nas deficiências do atendimento cotidiano que só serão percebidas através do processo de avaliação deste trabalho (BRASIL, 2005)

Segundo MERHY, (2005) lança-se o desafio de construir a Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador para efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, construindo sujeitos auto determinados e comprometidos com o cuidado, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

É importante que os profissionais da equipe de saúde da família tenham perfil adequado e conhecimento de suas atribuições. Além disso, é necessário, se capacitar, para um bom funcionamento do processo de trabalho e para que as ações ocorram conforme as propostas do PSF (LUZ, 2010).

Por ser um processo educativo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) coloca o cotidiano do trabalho em saúde, os atos produzidos diariamente, como o objeto de reflexão e avaliação. O conhecimento puro não é uma ferramenta eficaz é saber aplicá-lo no dia-dia que caracteriza um profissional completo, segundo Motta e Ribeiro (2005).

Um grande problema do PSF refere-se ao grande número de pessoas cadastradas para cada ESF: até 4000 habitantes com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006). A redução da relação equipe/população adscrita, além da ampliação da composição multiprofissional do PSF é fundamental para viabilizar as ações de vigilância em saúde. É utópico imaginar que uma equipe de PSF consiga promover ações diversas de saúde com um número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade.

O modelo assistencial de saúde em vigor e ainda hegemônico é centrado no assistencialismo individual e curativo, hospitalocêntrico e que valoriza o uso de tecnologia sofisticada, muitas vezes utilizada de forma acrítica, não tem demonstrado efetividade na resolução dos problemas de saúde da população, demandando um novo

modelo assistencial que venha suprir as lacunas encontradas e que seja pautado pelos princípios do SUS (PIANCASTELLI et.al, 2000).

A Vigilância em Saúde, burocraticamente, é composta pela vigilância das doenças transmissíveis, das doenças não transmissíveis e da análise da situação em saúde. Compreende as ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador (NORONHA; PENNA, 2007). Ela prevê a intervenção sobre problemas de saúde; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação de ações de promoção, prevenção e assistência; a atuação intersetorial; as ações sobre o território; e a intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Estratégia Saúde da Família é segundo MENDES (1996), é o eixo estruturante no campo dos serviços de saúde em nível da atenção básica à saúde, e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde no País, que dá mais atenção à cura do que a prevenção às doenças.

Segundo LIMA (2005) o PSF é uma estratégia de assistência a saúde que surgiu em substituição ao antigo Sistema Nacional de Saúde. Em sua prática procura implementar novas práticas de atenção a saúde, inovando conceitos sobre saúde e doença e voltando-se para a permanente luta pela saúde e qualidade de vida da população.

2.2 - Educação Permanente: o que é e como implantá-la em nível local.

A formação e a qualificação de recursos humanos têm sido grandes entraves não só para a efetiva consolidação do PSF, mas também para o SUS como um todo.

Segundo Tomas, o baixo nível de instrução dos ACS é fato preocupante em todo o Brasil. Após a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, com atribuições em um cenário bem mais complexo e abrangente. O processo inadequado de qualificação, representado por diversos micro treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica, que tem sido uma constante

desde a criação do PSF, dificultou a sistematização das competências dos agentes (TOMAZ, 2002).

Campos (2003) afirma que a equipe não tem necessidade de dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Talvez este seja o caminho para os ACS se adequarem ao perfil que lhe são solicitados. No entanto, quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (TOMAZ, 2002).

De acordo com Crivelato et al. (2007) a baixa visibilidade dos projetos de educação em saúde, em curso, pode ser analisada sob a ótica de que as iniciativas de educação permanente em saúde não trazem resultados quantificáveis em curto prazo, particularmente sobre a produtividade e a eficiência dos serviços, apontando para a necessidade de construção de padrões de avaliação de natureza qualitativa e que incluam a valorização dos trabalhadores em saúde.

Os processos educativos não podem tomar como referencia apenas a melhoria da capacidade profissional de diagnóstico, cuidados, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Além disso, devem buscar o desenvolvimento de condições de atendimento as necessidades de saúde as pessoas e populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A educação permanente das equipes de Saúde da Família constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessas equipes.

Esta reflexão critica implica em troca entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade. Para isso acontecer, é preciso que o projeto de educação permanente esteja orientado para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade (BRASIL,2000).

Daí a importância da capacitação dos profissionais para que passem a realizar suas atividades através do planejamento de ações, aprendendo “o porquê de como fazer”. Esta capacitação deve ensinar a produzir cuidado em saúde, mobilizando gerencialmente o território das tecnologias leves, sem descartar completamente a

necessidade da produção de procedimentos relacionados às tecnologias duras (MERHY, 1999).

A educação permanente destes profissionais não deve estar somente centrada nos problemas médicos e epidemiológicos da comunidade, mas nas deficiências do atendimento cotidiano que só serão percebidas através do processo de avaliação deste trabalho (BRASIL, 2005)

Segundo MERHY, (2005) lança-se o desafio de construir a Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador para efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, construindo sujeitos auto determinados e comprometidos com o cuidado, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

É importante que os profissionais da equipe de saúde da família tenham perfil adequado e conhecimento de suas atribuições. Além disso, é necessário, se capacitar, para um bom funcionamento do processo de trabalho e para que as ações ocorram conforme as propostas do PSF(LUZ, 2010).

Por ser um processo educativo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) coloca o cotidiano do trabalho em saúde, os atos produzidos diariamente, como o objeto de reflexão e avaliação. O conhecimento puro não é uma ferramenta eficaz é saber aplicá-lo no dia-dia que caracteriza um profissional completo, segundo Motta e Ribeiro (2005).

Segundo Ceccim (2005) a tentativa de educação permanente em saúde, faz uma ruptura na didática geral, subvertendo as normas existentes da pedagogia tradicional. A partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes e desejos coletivos serão possíveis entender o cotidiano como um espaço aberto a criação de dispositivos de escuta, de codificação do processo de trabalho e de revisão permanente.

CAMPOS (2003), diz que a equipe não tem necessidade de dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Talvez este seja o caminho para os ACS se adequarem ao perfil que lhe são solicitados. No entanto, quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (TOMAZ, 2002).

De acordo com Crivelato et al. (2007) a baixa visibilidade dos projetos de educação em saúde, em curso, pode ser analisada sob a ótica de que as iniciativas de educação permanente em saúde não trazem resultados quantificáveis em curto prazo, particularmente sobre a produtividade e a eficiência dos serviços, apontando para a necessidade de construção de padrões de avaliação de natureza qualitativa e que incluam a valorização dos trabalhadores em saúde.

Os processos educativos não podem tomar como referencia apenas a melhoria da capacidade profissional de diagnostico, cuidados, tratamento, prognostico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Alem disso, devem buscar o desenvolvimento de condições de atendimento as necessidades de saúde as pessoas e populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Segundo Merhy, (13) lança-se o desafio de construir a Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador para efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, construindo sujeitos auto determinados e comprometidos com o cuidado, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

Franco e Merhy (2000) expõe que, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não há garantias de que haverá ruptura com a dinâmica medico-centrada. O programa estrutura a mudança centrada no serviço, mas não opera de modo amplo nos fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, “é o que define o perfil da assistência”.

Estudo realizado por Guisardi; Fracolli, em 2005 demonstra que, ao contrário do preconizado, as equipes do PSF referem, bem como a literatura sobre o assunto, sobrecarga de trabalho da equipe, escuta realizada pelo auxiliar de enfermagem com pouca qualificação para tomada de decisões, alta demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, manutenção do modelo médico-centrado, resolutividade inferior à esperada.

A Estratégia Saúde da Família é a estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise de determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais.

Importante ressaltar que durante a operacionalização do processo de educação permanente, utilizaremos metodologias de aprendizagem mais dinâmicas onde o membro da equipe não se torne um mero receptor de teorias e conteúdos (Diretrizes

Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, 2006), que propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem (MOTTA e RIBEIRO, 2005)

Segundo Campos (2003), embora o PSF se constitua em uma iniciativa de mudança, permanecem e afloram distintos problemas na atenção. A fragmentação da atenção permanece, e o “cuidado” não é sentido pelos usuários. Percebe-se que o problema principal é a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos.

A equipe PSF Monsenhor Alfredo é atualmente composta por: 01 médico generalista, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 07 Agentes Comunitários de Saúde, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais. Contamos ainda com a presença de 01 nutricionista uma vez na semana durante meio período. A população é constituída em sua maior parte por pessoas carentes e que não contam com planos de saúde e os poucos que tem ainda usam a unidade de saúde como se não tivessem. São 4.700 pessoas com um numero de 1.277 famílias. Constituindo assim equipe mínima para uma população extrapolada.

2.3 – Reflexões sobre a prática cotidiana, mudança de modelo e educação permanente da equipe de saúde da Família.

Através das leituras realizadas, observa-se que o modelo assistencial curativo continua prevalecendo na Unidade Saúde da Família Monsenhor Alfredo.

Nossa USF é formada por 01 medico generalista, 01 enfermeira (com pós-graduação em Saúde Publica), 01 técnico de enfermagem, 07 Agentes Comunitários de Saúde e 01 serviços gerais. Contamos ainda com 01 acadêmica de medicina da UFMG duas vezes por semana e 01 nutricionista semanalmente. Estes últimos elevam um pouco mais, a demanda de atendimento principalmente da enfermeira e técnica de enfermagem.

Vale salientar que a população assistida foi “acostumada” ao modelo curativista que foi reforçado com o perfil do profissional médico que atendeu nesta unidade no

período de 05 anos (agosto-2005 a 2010). Esse possuía um perfil curativo, determinado entre os motivos pelo alto número de usuários adstritos, extrapolando o preconizado pelo Ministério da Saúde, através da portaria do MS de 2006 levando conseqüentemente ao grande número de atendimentos e a falta de tempo de toda a equipe (desde o profissional médico ao recepcionista).

No entanto, meados de 2010 como acima citado houve substituição do profissional médico com perfil diferente do que o antecedeu..

Porem essa mudança de perfil do profissional, agora adequado aos preceitos do PSF, no primeiro momento causou insatisfação da população, já que tivemos que reduzir o numero de consultas medicas agendadas que seriam revertidas em um tempo maior na consulta e qualidade de atendimento.

Hoje ainda existem “aqueles” usuários insatisfeitos que acostumados com as consultas rápidas preferem o modelo curativista e por isso ainda fizemos algumas adaptações para que pudéssemos aumentar um pouco mais (de 07 para 10 consultas agendadas para demanda espontânea por ordem de chegada) a fim de reduzir as reclamações e as triagens.

No inicio de 2011, através da Prefeitura Municipal de Lagoa da Prata, foi realizada o processo seletivo para os ACS (Agentes Comunitários de Saúde), de forma que entidade pudesse oferecer “certa estabilidade” ao funcionário e conseqüentemente motivação dos ACS para os estudos. Após o processo houve pouca mudança já que das 07 ACS contratados 05 passaram no processo seletivo e estão mais motivadas ao trabalho

Nossa população adstrita gira em torno de 4.700 pessoas e 1.301 famílias, sendo que todas são freqüentadoras assíduas da unidade, possuem baixa cobertura de plano de saúde (13%) e baixa condição sócio-cultural – econômico, SIAB (2011)

Tais fatores contribuem para que a demanda espontânea seja alta o que dificulta tempo livre para que a equipe possa reunir-se e planejar seu trabalho.

Vale ainda lembrar que nos foi determinado pela coordenação da Secretaria Municipal de Saúde que o acolhimento deveria ser realizado a qualquer momento, independente do caso. Esta conduta (salvo urgências) nos interrompe a todo o momento (em especial para aquela “palavrinha” com a enfermeira - e que se atendermos tudo ficamos por conta).

Assim, a partir da leitura realizada e para melhorar a qualidade da atenção e avançar no modelo assistência de vigilância à saúde na unidade de Saúde da Família, propõe-se o Plano de Ação apresentado a seguir.

2.4- Plano de Ação para Organizar o trabalho da USF Monsenhor Alfredo.

Como descrito anteriormente, o problema detectado pela USF Monsenhor esta priorizado na alta demanda espontânea conseqüentemente dificultando a mudança do modelo assistencial curativo para preventivo.

O perfil da população é predominantemente curativista tendo sido reforçado com o perfil da equipe que não possuía um plano eficaz de educação permanente e reuniões semanais de equipe.

Para tentarmos mudar o perfil (mesmo que parcialmente) tivemos mudanças de pessoal na coordenação da Atenção Básica, que agora vem nos ajudando especialmente com a capacitação dos ACS .

Na unidade, iniciamos o processo de mudança reforçando junto a comunidade através das visitas domiciliares o horário em que unidade seria fechada semanalmente para a reunião de equipe, e ainda fixamos com antecedência cartazes para aviso dos usuários que vierem na unidade dessa reunião.

Para que a reunião iniciasse no horário estabelecido não houve agendamento de consultas (Hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes) uma hora antes do horário da reunião para que pudéssemos fechar sem atrasos.

Reunimos toda a equipe da USF e seguimos os seguintes passos:

- Exposição dos problemas
- Dada a palavra a cada membro da equipe para que pudesse complementar
- Priorização dos problemas
- Planejamento das ações

Após um período de discussão, foram levantados os problemas e fatores que ajudam e dificultam a resolução dos problemas:

- Alto numero de visitas domiciliares a fim de que sejam alcançadas as metas estabelecidas pelo MS
- Extensa área (física)
- Falta de recursos materiais (panfletos / áudio visuais)
- Trabalhos paralelos (IBGE/ Atividades em áreas descobertas por PSF)
- Desconhecimento e não assimilação do usuário sobre as ações/ rotinas da USF
- Alto índice de solicitação de atestados médicos através da triagem
- Descontentamento incessante da comunidade

Seguida da realização do levantamento dos problemas priorizamos os mesmos:

- Informações distorcidas dos usuários
- Usuários que não se adaptam as rotinas / ações do PSF
- Junto a população, focalizar ações preventivas cobrando feed back da mesma (verificar o grau de assimilação das informações recebidas da equipe)

Discutimos as prioridades e estabelecemos como iniciar as ações na tentativa de mudança de modelo assistencial do PSF.

Vale ressaltar que contamos com a ajuda da nova coordenação que esta realizando desde fevereiro reuniões mensais com as equipes separadamente (medico e enfermeiro/ agentes de saúde / técnicos de enfermagem).

Sabendo que as reuniões da ACS alem dos problemas levantados e discutidos em busca de soluções e combinou-se iniciarmos a educação permanente, a partir de temas relacionados a necessidades de saúde da população. Na sequencia os agentes trabalhariam o mesmo tema durante o mês nas visitas domiciliares. O que esta sendo de grande valia e acréscimo profissional para as ACS e conseqüentemente equipe e usuários.

Ficou definido que toda quarta feira ocorreriam as reuniões de 15:00 as 17:00 horas ficando a unidade fechada para que todos possam participar ativamente sem interrupção (inclusive com o telefone fora do gancho).

A reunião será divida em dois tempos sendo que no primeiro será abordado os problemas/elogios, soluções, discussão de casos de 15:00 as 16:00 horas.

No segundo tempo, de 16:00 as 17:00 a capacitação da equipe focalizando as ACS.

Implantadas há 2 meses observa-se que as dificuldades têm sido manter a regularidade e duração da reunião, porque mesmo com queda significativa da demanda espontânea tivemos simultaneamente que levar o número de consultas que por vezes avançam no horário previsto para a sua realização.

3 CONSIDERACOES FINAIS

Através dos estudos, leituras e trabalhos analisados, conseguimos junto à equipe relacionar e priorizar os principais problemas da USF que levam a uma maior demanda espontânea e colocando em prática o plano de ação mudando parcialmente o modelo assistencial da unidade contando com a intervenção da coordenação.

Houve, portanto intervenção local (reuniões semanais com capacitação - educação permanente na unidade) e municipal (reuniões mensais para todas as USF) sendo aprimorado o conhecimento específica de saúde para as ACS e que são discutidos com as famílias durante as visitas domiciliares.

Existem alguns fatores que dependem da gestão municipal, não estando ao alcance da equipe (excesso de população assistida pela unidade e estrutura física desfavorável ao número de pessoas e atividades desenvolvidas), interferindo diretamente no aumento da demanda espontânea o que necessitaria de uma nova divisão de área estabelecendo um número mínimo de pessoas já que é uma população que cresce muito e existem muitos lotes e construções que também devem ser considerados.

Importante ressaltar já esta em plena construção uma nova unidade, estruturada dentro dos padrões da vigilância sanitária. Espera-se que a população a ser atendida na nova unidade esteja de acordo com os parâmetros do PSF, ou seja, no máximo 4.000 pessoas.

Gostaria de salientar o grande interesse da equipe no crescimento profissional, mas que ainda continua esbarrando no alto número de visitas domiciliares devido a meta de 95% a ser alcançado, sendo que são muitas famílias a serem visitadas (média de 200

casas/mês). Além disso, existem os dias em que há necessidade dos ACS exercerem outras atividades como pesagem de bolsa família/ participação nos grupos operativos / campanhas de vacinação.

Infelizmente o problema ainda não foi resolvido totalmente, já que se torna impossível a redução de consultas no período da tarde no dia da reunião de equipe, pois as mesmas são destinadas a hipertensos/ diabéticos/ idosos e gestantes o que nos aproxima dos princípios do PSF.

Enquanto a construção de uma nova unidade não é finalizada e inaugurada (para que se defina como será a nova equipe) vamos gradativamente e com muita paciência e dedicação tentando aproximarmos do modelo assistencial de vigilância à Saúde e funcionarmos efetivamente como uma verdadeira UNIDADE BASICA DA FAMILIA.

Ou seja, a realização deste estudo permitiu contribuir com o inicio das reflexões da equipe de saúde da família onde trabalho para melhorarmos os serviços oferecidos, no referencial do modelo assistencial de vigilância e promoção da saúde. É um processo em construção, que esperamos avance sempre com responsabilidade e bons resultados, apesar da sobrecarga de trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1-BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, dez. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000300002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 16 maio 2011.
- 2-BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da saúde:** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.
- 3-_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.
- 4- _____ .. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica Saude da Família.** Caderno 3. Educação Permanente. Brasília, 2000.
- 5-_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem integradora.** /Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro/ Fiocruz, 2005.
- 6-_____Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saude. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Sócia do SUS.** Brasília: 2006
- 7-BRASIL. Ministério da Saude. **Programa Saúde da Família.** 1994. Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf/menu.htm>> Acessado em 30/09/10.
- 8-BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria n – 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saude da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saude (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p.71.
- 9-CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saude e da saude da família.** Ciência & Saude Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584, 2003.
- 10-CRIVELARO, João Luiz Galego; MORAIS, Maura Edna Polverin; PAESE, Ana Paula Feline. **Educação Permanente em Saúde.** Escola de Enfermagem, UNIANDRAGE,2007.
- 11-ELIAS, Cássia. **Educação permanente no cotidiano das equipes de saude da família: possibilidade de ensinar e aprender.** 2009.

12-FERRI, Sonia Mara Neves et al . As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11,n.23,Dec.2007.Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Maio 2011.

13-HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.**Vigilância em saúde no Programa Saúde da Família**. ISSN: 1980-1726 Hygeia 4(7):35-44, Dez/2008. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br/ acesso em 03 de out.2010.

14-JUNIOR, Aluisio; ALVES, Carla. **Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e perspectivas**. p 1-7. 2007.

15-LAVADO, Mylene; BENITO, Gladys; BITDINGER,Catiane; SOARES,Carmen. Avaliação do processo de trabalho medico no Programa Saúde da Família. Uma ferramenta para educação permanente. p 78. 2007

16-SILVA, Tânia. **Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para a educação permanente**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol.36,n 2, de 2007. Acesso em 03 de out. 2010.

17-LUZ, Francys. **Educação Permanente em Saúde (EPS): uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho**. 2010

MENDES, Eugênio Vilça . A modelagem das redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/oficina_atencao_saude/A%20MODELAGEM%20DAS%20REDES%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20%C3%80%20SA%20C3%9ADE.pdf. Acesso em 05 de out.2010.

18-MOTTA, José Inácio Jardim, RIBEIRO, Eliana Cláudia de Oliveira. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Marco de 2005. Disponível em: www.redeunida.org.br. Acesso em 05 de out. de 2010.

19-ROSA WAG, LABATE RC. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Ver. Latino-am Enfermagem 2005. Novembro-dezembro 13 (6):1027-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> Acesso em 11 de mar de 2011.

20-SCOTT, P.Athias. **Programas de Agentes Comunitários de Saúde da Família e dilemas de reprodução orientada**. In: Gico, Vânia de Vasconcelos (et alli). *As ciências Sócias – desafios do milênio*. Natal, Ed. UFRN.p.889-905. 2001.

21-SILVA, Valquíria. **Principais desafios para a organização do trabalho dos enfermeiros na estratégia de saúde da família na cidade de Araçuaí-MG**. 2009

22-TOMAZ, Jose Batista Cisne.**O Agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”**. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação* , BOTUCATU, v.6,n.10,p.84-87,2002.

23- SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab> . Acesso em 18/03/11.

24- BADUY, Rossana; JUNIOR, Luiz. **Programa Saude da Família em Londrina: Construindo Novas Práticas Sanitárias.** p.2.1997.

25- NORONHA, José.Carvalho de.; PENNA, Gerson. Oliveira. **Saúde da Família e Vigilância em Saude: em busca da integração das praticas.** *Revista Brasileira Saude da Família*, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 4-9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares

26- PIANCASTELLI, Carlos. Haroldo. *et al*, **Saude da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos, Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p. 44-48, dezembro, 2000.