



5º Simposio de Ensino de Graduação

GERENCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TUPI, NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA

Autor(es)

CAMILA BORGES FERREIRA

Co-Autor(es)

CARLA CAROLINA NOVAES
DÉBORA CAMOLEZI PACHECO
GLYCINIA MONTANARI
JULIANA MARTINS
LUIZ HENRIQUE DA SILVA
PIERRE KROLL
PRISCILA TEIXEIRA DE OLIVEIRA
VIVIAN SPADOTO

Orientador(es)

Maria Gorete P. Leite Nakamura

1. Introdução

O Programa de Saúde da Família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise que se organiza a partir de um ideal racionalizador e opera através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde. Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado pela produção do cuidado, entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). O Programa de Saúde da Família foi concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (NEGRE, 2002). A origem do PSF está na decisão do MS, em 1991, de execução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como providência para enfrentar os grandes índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste. Nasceu portanto, com uma clara evidência de coberturas e metas, considerando que essa região concentrava o maior porcentual de população pobre e conseqüentemente,

estava mais exposta ao risco de adoecer e morrer (SOUZA, 2002). O PSF tem caráter substitutivo onde há a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização pois a Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde e territorialização e adscrição da clientela, trabalhando com território de abrangência definido e tendo como princípios a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. É nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida (FELISBINO, J. E. & NUNES, E. P. , 2000). Neste novo modelo de assistência a atenção básica deve ser entendida e percebida, não como ações de saúde para pobres, sinal de baixa resolutividade ou lugar para profissionais com baixa qualificação profissional, e sim, como um serviço de alta qualidade e resolutividade, com valorização da promoção e proteção da saúde e como parte de um sistema integrado (COSTA, E. M. A., 2004). O PSF trabalha com várias formas de diagnóstico da população, identificando os grupos de risco dentro de seu contexto social e familiar, passando a ver o indivíduo como um todo, não em partes como a maioria dos especialistas, tentando resgatar a dignidade das pessoas e restaurar seu bem estar, pois a grande maioria das mazelas não é provocada por agentes microbiológicos, às vezes por nós mesmos (SOUZA, 2002). O PSF tem a cada dia, ampliado seus números desde sua criação e hoje conta com 60 milhões de pessoas acompanhadas por quase 19.200 equipes na maior parte dos municípios brasileiros (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2004) O PSF é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde e seu financiamento deve ser garantido pelo PAB – Piso de Atenção Básica à Saúde (criado pela NOB/96) e pelo incentivo que compõem a parte variável do PAB, adicionado aos recursos de fontes estaduais e municipais. Para o ano de 2007, a meta foi estabelecida em 29 mil equipes. Para os equipamentos e os custos iniciais de implementação das equipes de Saúde da Família, há um repasse de R\$ 20 mil. O município agrega até R\$ 8.100 mensais para cada equipe que implementar com piso variável para atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O Ministério da Saúde promove ainda o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com a realização de ações preventivas e educativas. Cerca de 5.299 municípios brasileiros possuem agentes comunitários de saúde. Entre dezembro de 2002 e março de 2007, o número de agentes comunitários de saúde aumentou de 175.463 para 219.379. São 109 milhões de brasileiros, atendidos pelos agentes comunitários, o que representa 59% da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A implantação do PSF é tarefa do município com apoio do Estado e tem por objetivo substituir o modelo em todas as Unidades Básicas de Saúde, com meta de cobrir 100% da população. A elaboração do projeto de implantação requer várias etapas como a identificação das áreas prioritárias; levantamento do número de habitantes; cálculo do número de ACS e de ESF e mapeamento da área e microárea. As equipes de saúde da família (composta por um médico, um enfermeiro – o gestor da unidade, um cirurgião dentista, 2 técnicas ou auxiliares de enfermagem, de 4 a 6 agentes comunitários de saúde e farmacêutica) e devem ser capacitadas para: identificar a realidade epidemiológica, sociodemográfica, sociocultural das famílias adscritas; reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde-doença; valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito; atender a demanda programada ou espontânea; utilizar corretamente o sistema de referência e contra-referência; promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos e incentivar ações setoriais para enfrentar os problemas identificados (MERHY, 1994; NUNES, L.A. et al., 2002; COSTA, E. M. A., 2004) Até o dia 16 de março de 2007, a unidade encontrada no bairro de Tupi atendia como Unidade Básica de Saúde (UBS), mas pela necessidade do bairro e da inversão do modelo de assistência, passou para USF; portanto, a partir de 19 de março de 2007, a Equipe de Saúde da Família iniciou suas atividades no local. No período de 19 à 30 de março de 2007 ocorreu a transição das equipes, com o repasse das informações pela UBS à USF. Assumiu então a equipe da USF na unidade. Foi nessa época que começou todo o cadastramento das famílias na unidade, tarefa realizada pelas agentes de saúde, que passaram de casa em casa, fazendo o reconhecimento e cadastrando as famílias; posteriormente, as visitas passaram a ser mensais, com orientações para a consulta com o médico e enfermeiro. Nesta fase também foram passadas informações até então desenvolvidas pela equipe anterior, assim como da população assistida; e a partir do dia 02 de abril, iniciou um novo modelo de atendimento pela equipe do PSF. A Unidade de Saúde da Família de Tupi

(USF Tupi) está localizada na zona rural do município de Piracicaba, com o horário de funcionamento das 7hs às 17hs. A unidade atende vários bairros dessa região: Tupi, Tijuco Preto, Jardim Bartira, Parque Peória, além dos bairros de influência: Conceição, Morro Grande e Santa Isabel; é importante ressaltar que área de influência é considerada a região próxima a unidade e área de abrangência é uma área mais distante, motivo pelo qual a equipe não vai até o local, por inexistência de transporte, porém, o usuário pode vir a unidade de referência, ele é inscrito (cadastrado) e atendido. Existem algumas instituições inseridas na área de abrangência: A unidade está funcionando em um local construído propriamente para o atendimento, onde há uma recepção, salas de: inalação, medicação, aplicação, pré e pós consulta, sala de vacina, antiga sala de ginecologista e obstetrícia, consultório médico, consultório da enfermeira, sala de curativo, consultório do dentista, 4 banheiros (funcionários; masculino, feminino e deficientes físicos – pacientes), farmácia, cozinha e correio.

2. Objetivos

O estágio teve por objetivo o gerenciamento dos serviços de enfermagem e de saúde proporcionando o desenvolvimento profissional, enquanto gestor de recursos, educador e pesquisador, com ênfase na sistematização de assistência em enfermagem e na melhoria da qualidade da assistência à população. Assim como o planejamento, a organização e a implementação de ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional junto à comunidade adscrita.

3. Desenvolvimento

Neste estágio vivenciamos o processo de transição de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma Unidade de Saúde da Família (USF), onde ambas as equipes estiveram juntas trabalhando por um período de 2 à 3 semanas para a passagem e o reconhecimento do trabalho de gerenciamento e assistência que era desenvolvido junto à população local. A partir de um diagnóstico levantado junto à unidade, e também por uma solicitação do enfermeiro desta unidade, sentiu-se a necessidade de uma capacitação junto aos agentes comunitários de saúde deste serviço, com enfoque sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, uma vez que esses profissionais atuam diretamente junto ao usuário, durante a visita domiciliar, onde eles próprios sentiram a necessidade de um embasamento teórico referente à esses distúrbios metabólicos.

4. Resultados

Para os alunos, foi uma experiência nova, tanto a questão do gerenciamento em uma USF, assim como o processo de transição, e também as atividades que foram possibilitadas a serem desenvolvidas junto à equipe e à comunidade. O desenvolvimento de três oficinas junto aos agentes comunitários de saúde, para um melhor entendimento sobre distúrbios metabólicos já abordados. Uma das estratégias utilizadas partiu do pressuposto de reconhecer o que elas sabiam e as dúvidas que elas tinham para então, a partir disto, realizarmos uma abordagem científica, ao nível do entendimento destes profissionais. Houve uma participação efetiva destes profissionais, junto aos questionamentos, colocações e relatos de experiência, viabilizando o processo de ensino/aprendizagem.

5. Considerações Finais

Em conversa após o estágio com a enfermeira gestora deste serviço, as oficinas realizadas junto aos agentes comunitários de saúde, contribuiu em muito para o trabalho que elas desenvolvem junto à população e também à identificação e reconhecimento de informações importantes identificadas durante às visitas domiciliares e posteriormente trazidas à equipe para a discussão em serviço com seguimento e resolutividade dos dados. Em uma USF, percebemos que neste novo modelo de atendimento, a equipe tem um acervo técnico científico e de consulta que viabilizam parte das atividades ali desenvolvidas. Para nós alunos, foi gratificante presenciar o trabalho do enfermeiro, sendo ele o gestor da USF, também pela

aprendizagem junto à equipe multidisciplinar, aumentando nosso conhecimento teórico/prático, e nos preparando para a vida profissional.

Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS. Doutrinas e Princípios**. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. 1990. 20p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Abrindo a Porta para a Dona Saúde Entrar – Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial**. Brasília, 2003. 19p.

COSTA, Elisa Maria Amorim. Saúde da família. In: COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma Abordagem Interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004. p. 7-17.

FELISBINO, Janete Elza; NUNES, Elisete Pereira. Rumo ao Direito à Saúde. In: FELISBINO, Janete Elza; NUNES, Elisete Pereira. **Saúde da Família: Planejando e Programando a Saúde nos Municípios**. Tubarão, Santa Catarina: Unisul, 2000. p. 13-32.

MERHY, Elias Emerson. A Rede Básica como uma Construção da Saúde Pública e seus Dilemas. In:

MERHY, Elias Emerson; ONOCKO, Rosana. **Praxis en Salud: um Desafio para lo Publico**. São Paulo: Hucitec, 1997. 228p.

SOUZA, Maria Fátima. **A Cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. 101p.