

UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA

Maria Clara Raiol da Silva¹; Ana Paula Monteiro de Araújo¹; Hellem Samilles Cardoso da Costa¹; Marina Rodrigues Lopes Pereira¹; Margareth Vargas Rocha²

¹Graduação, ²Mestrado
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
anapfisioaraujo@gmail.com

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge no Brasil introduzindo uma nova proposta de intervenção, priorizando a família e não somente o indivíduo doente, interferindo previamente no processo saúde doença. Ela se diferencia do conceito e princípios dos diversos programas já criados pelo Ministério da Saúde, por não se tratar de uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Assim, a ESF promove a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária em saúde, sendo esta compatível com os princípios do Sistema Único de Saúde. Quebrando o paradigma do antigo modelo hospitalocêntrico, não mais capaz de suprir as necessidades do mundo atualmente e as necessidades de saúde das pessoas ¹. O modelo preconiza uma equipe de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde- ACS) que trabalha com a definição de território, descrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Além disso, pressupõe-se que a ESF constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção a saúde, com consequente integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe seja responsável por entre 600 e 1 000 famílias (2 400 a 4 500 habitantes). A equipe tem por objetivos conhecer as famílias do seu território, identificar os problemas de saúde e os riscos sociais da comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersectoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica ². **Objetivos:** Identificar as problemáticas dentro da ESF em uma unidade básica de saúde (UBS) do bairro periférico de Belém-PA. Diante disso, comparar a teoria do programa com a sua prática. **Descrição da Experiência:** O curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará, turma equivalente ao 6º semestre, conta com a disciplina de Saúde Coletiva, organizada em módulo, com duração de 3 semanas e que permite a entrada dos alunos a UBS. O módulo englobou uma primeira parte teórica onde conteúdos como a Estratégia Saúde da Família, o contexto multiprofissional, o Pró-saúde e o PET-saúde foram discutidos e estudados. Posteriormente, foram realizadas três visitas observacionais a UBS, onde a equipe do programa contava com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica e 6 agentes comunitárias de saúde – uma estava de férias e uma micro área encontrava-se sem ACS. Durante a vivência, obteve-se acesso ao mapa social de todas as micro áreas, pode-se acompanhar as visitas domiciliares realizadas por uma das ACS, além do acesso a 10 prontuários da micro área visitada. Então, realizou-se um estudo qualitativo e exploratório, com base nas observações e vivências pelas acadêmicas e sua orientadora. Para análise de dados e estatística foi utilizado o programa Excel 2012. **Resultados:** Constatou-se primeiramente que os prontuários não possuíam local adequado para armazenamento. A equipe da ESF estava alocada em uma sala pequena com um banheiro, onde nele esses documentos encontravam-se dentro de caixas. Além disso, verificando os 10 prontuários pôde-se observar que estavam incompletos e sem padronização. Cinco prontuários (50%) não estavam atualizados, e não constavam motivos para tal (exemplo: família mudou-se de micro área). Cinco prontuários (50%) não apresentavam

concordância de dados, dois por estarem com datas de visita fora de ordem cronológica - inclusive um deles possuía uma família de determinada micro área, alocada em outra - entre esses ainda havia prontuário que relatava idade contraditória a data de nascimento e dois que apontavam pessoas da mesma família e residentes da mesma moradia com números de prontuários/famílias diferentes. Esses fatos se contrapõem aos objetivos da utilização desses documentos, uma vez que os prontuários são acervos documentais que devem ser padronizados, organizados e concisos, direcionando-se ao registro dos cuidados prestados ao paciente e também os documentos relacionados a essa assistência 3. Somado a isso, as visitas permitiram conhecer pessoas que não possuíam prontuários e, destaca-se a existência de uma criança de 4 anos, filha de uma mulher soropositivo, que não possuía acompanhamento. Também pôde ser notada durante as visitas a dificuldade de conseguir atendimento especializado quando necessário na UBS, estes achados divergem com os princípios do programa, visto que, este preconiza a acessibilidade a comunidade, excluindo barreiras financeiras, de localidade, temporais e até mesmo barreiras culturais 2. Estes fatores podem estar relacionados à dificuldade de gestão enfrentada pela equipe. E isso se dá pela falta de percepção dos profissionais em relação ao novo modelo de gestão, e a permanência do enfoque apenas no formato centralizado no profissional médico 4. Além disso, chamou atenção o mapa social da equipe, o qual havia informações superficiais, apenas com reconhecimento das ruas e de alguns estabelecimentos específicos mais conhecidos (exemplo: motel) e sem identificação de locais de risco, diferentemente do proposto pelo Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) o qual estabelece uma série de medidas que devem ser tomadas para reconhecer os problemas da comunidade por meio do mapeamento. Como por exemplo, desenho da situação objetivo, seleção dos nós críticos, desenhos das operações e demandas, definição de responsabilidade das operações, dentre outros, e todos esses critérios devem ser realizados passo a passo em uma ordem sequencial para que o método seja eficaz 5. Por fim, constatou-se também o não cumprimento do horário e da quantidade mínima de visitas pelas ACS da equipe. **Conclusão/Considerações Finais:** Conclui-se que a teoria proposta pelo ESF difere com a sua prática visto que não há coerência quanto às modalidades pressupostas pelo programa. Ademais, as problemáticas que envolvem a atuação da equipe nas micro áreas são diversas, o que acarreta na dificuldade de realização dos objetivos propostos pelo programa, levando a desvalorização e a falta de credibilidade na atenção primária em saúde, tanto no contexto social quanto acadêmico. Tornando essa área de atuação cada vez mais deficiente de profissionais e prestadores de serviços a saúde bem capacitados. Os efeitos positivos para a população que necessitam desse programa, são inquestionáveis, portanto, é necessário que seja dada mais atenção para esta área, tanto na graduação quanto na atuação profissional, a fim de se beneficiar os usuários da ESF.

Referências:

1. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2005. 13(6):1027-34.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007. 21(2): 164-176.
3. Secretaria de Estado de Saúde. Manual do prontuário de saúde da família. Belo Horizonte: SES/MG, 2007. 254 p.

4. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde e Debate*. 2015. jan/mar. 39(194): 9-17.
5. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. *Planejamento em Saúde*. São Paulo: Fundação Peirópolis. 1998.