

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Roseli Calini

**TRANSIÇÃO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: O OLHAR DE UMA TRABALHADORA DE SAÚDE**

**Porto Alegre
2018**

Roseli Calini

**TRANSIÇÃO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: O OLHAR DE UMA TRABALHADORA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso, etapa II
para requisito à obtenção de título de
Bacharela em Saúde Coletiva, Curso de
Bacharelado em Saúde Coletiva,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professora orientadora: Adriana Roesse
Ramos

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado forças para trilhar essa jornada.

Aos meus filhos, Melissa e Alex, meu genro Fagner, pela força e paciência que tiveram comigo nessa caminhada.

Minha orientadora Adriana Roese, que foi minha luz e teve a persistência de me guiar nessa trajetória.

Minha família, que sempre entenderam quando não podia fazer algo com eles para ficar estudando nos fins de semana.

A todos os amigos que me aturaram nesse tempo todo, meu muito obrigado.

E, agradecer a todos que em algum momento da minha vida, me apoiaram e incentivaram a sempre seguir em frente.

RESUMO

Trata-se de um estudo que objetiva demonstrar as diferenças entre uma UBS e uma USF após a transição, trazendo os pontos de potencialidades e fragilidades entre ambas. A Unidade de Saúde da Família COHAB C, em Gravataí, região metropolitana de Porto Alegre, foi escolhida por eu trabalhar na mesma e vivenciar os acontecimentos relatados neste trabalho. Para tanto, foi utilizado o recurso de anotações de diário de campo desenvolvido pela autora, livros atas das reuniões de equipes, imagens fotográficas do antes e do depois da transição, e também recursos metodológicos de pesquisa qualitativa descritiva, salientando as mudanças e melhorias ocorridas no período. A análise seguiu a proposta de análise de conteúdo. Esse trabalho foi pensado para as pessoas entenderem as diferenças entre os sistemas de saúde, e diante dos resultados observarem que no território onde há uma unidade de saúde da família, o atendimento é mais humanizado, mais resolutivo, e a maioria dos usuários se sentem satisfeitos com o atendimento recebido pelos profissionais. Dos resultados apresentados, pode-se observar as diversas mudanças positivas ocorridas após a transição, tais como a melhora da escuta dos usuários e direcionamento mais efetivo de suas necessidades. Ressaltando ainda, o vínculo com os usuários e familiares, e também o conhecimento dos profissionais do território onde esses usuários estão inseridos.

Palavras-chave: Unidade básica de saúde. Unidade de saúde da família. Transição. Atenção primária à saúde. Estratégia de saúde da família. Vínculo.

ABSTRACT

This study has the purpose to demonstrate the differences between a BUH and an UFH, after its transition, bringing its points of potentiality and weakness among them. The COHAB C's Unit of Family Health, in Gravatai, a metropolitan area of Porto Alegre, was selected because I work at there and I experience deeply the events that were related in this academic work. Therefore, there was made use of daily note field resource developed by the authoress, book of minutes of the staff meetings, photographs with the before and after transition, also methodological resources for qualitative attributive research, pointing out the changes and improvements that occurred in this period. The analysis tracked the purpose of contents analysis. This work was thinking for people understand the differences between the health system, and before the results perceiving that in a territory where there is an Unit of Family Health, the service is more humanized, more analytical, and the majority of the users fell themselves satisfied with the assistance received by professionals. About the presented result, it can be noticed the number of positive changes that happened after the transition, such as the improvement of users demands and a direction more effective about their need. Still highlighting, the ties with the users and their families also the knowledge that the professionals have about this territory where these users are inserted.

Key words: Basic Unit Health. Unit of Family Health. Transition. Primary Health Attention. Strategy of Family Health. Tie.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Quantitativo de profissionais nos anos de 2014 e 2017	12
Figura 1 – Mapa de abrangência das equipes da USF COHAB C	16
Figura 2 – Antiga unidade	21
Figura 3 – Nova unidade	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CP – Exame Citopatológico de Colo Uterino

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HGT - Hemoglicoteste

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA - Pressão Arterial

PET-Saúde - Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

SF - Saúde da Família

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2 DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE	14
2 OBJETIVO	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	17
3 METODOLOGIA	18
4 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DA TRANSIÇÃO DE	19
MODELO ASSISTENCIAL	
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso etapa II é um relato de experiência, que tem como objetivo identificar as mudanças ocorridas no atendimento em saúde após a transição de Unidade Básica de Saúde (UBS) para Unidade de Saúde da Família (USF), em uma unidade de Gravataí, do programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este relato será apresentado através de experiência vivida, como auxiliar de enfermagem na USF COHAB C - da prefeitura de Gravataí, região metropolitana de Porto Alegre, utilizando como metodologia a pesquisa qualitativa descritiva e pesquisa bibliográfica.

A motivação deste trabalho se deu por eu desenvolver atividades profissionais há alguns anos como auxiliar de enfermagem na prefeitura municipal de Gravataí, na Secretaria Municipal da Saúde do qual acompanhei a transformação da UBS para USF o qual me deixou feliz ao perceber que o atendimento estava sendo pensado visando uma maior e melhor oferta de serviços e atendimentos para a população. E essa transição ocorreu em 28 de julho de 2014.

De acordo com Amorim e Araújo (2004, p.15) a transição, no presente estudo, é entendida como um “modelo substitutivo às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde”.

Enquanto a UBS está centrada na doença do usuário, a USF está centrada na prevenção e promoção da saúde desses usuários. Encontramos no Guia Prático do PSF (BRASIL, 2000, p. 65), a afirmação de que “a função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade”.

Conforme Harzheim, Lima e Hauser (2013), a Atenção Primária à Saúde (APS), é o primeiro nível de acesso a um sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade do cuidado, total atenção à saúde do usuário e a coordenação do cuidado, podendo contar com apoio complementar como a orientação familiar e comunitária e a prática cultural.

Nesse sentido, a Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde (MS) reafirma o papel ordenador da APS no Sistema único de Saúde (SUS), ao localizar que:

A Rede de Atenção à Saúde [. . .] caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2011, p. 4).

Nesta perspectiva, conforme Vasconcelos (1999, p. 20), passa-se a denominar Saúde da Família como:

[. . .] abordagem com práticas tradicionais na prevenção da saúde do indivíduo e também nos grupos comunitários. Todo tipo de assistência da equipe é considerado como familiar. Não sendo clara a diferença entre o que deve ser assistido no nível do indivíduo, da família ou grupos comunitários, o termo família perde a particularidade. Isso acontece porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde. A percepção e intervenção dos profissionais locais tendem então a ficar restritas.

A Saúde da Família, conforme Temporão (2008), é vista como um modelo de saúde de grande eficácia para a atenção básica, atende um número cada vez mais significativo de usuários em pequenas e grandes cidades.

O PSF, que iniciou, realmente, em 1994 trazida como uma proposta audaciosa do então Ministro da Saúde Henrique Santillo visava que o acesso aos serviços de saúde fosse igual para todos.

Muitas vezes que queriam mudar a saúde no Brasil se organizaram e, em 1986, articularam no documento-base da VIII Conferência Nacional da Saúde. A Conferência - um marco histórico que iniciou os debates do que seria o SUS já requeria princípios que, anos mais tarde consideravam a ESF. Descentralização era um deles, e da VIII CNS surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que também foi responsável pela formação das bases do que seria o artigo 196/200 da Constituição de 1988, que trata dos princípios norteadores do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do

processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

O Guia Prático do PSF (BRASIL, 2000, p. 73) faz refletir que se deve “entender a Saúde da Família como estratégia de mudança” e que isso “significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde”.

A unidade básica de saúde é o contato preferencial do usuário, a principal porta de entrada e a rede de comunicação com os outros serviços especializados. Geralmente fica perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, e com isso, desempenha um papel importante na garantia de acesso da população a uma saúde de qualidade, conforme preconizado no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

A Unidade Básica de Saúde tem como objetivo cuidar e atender às demandas sanitárias de um determinado território. A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo qualificar o cuidado com a população desse território, observando sempre as diferenças e o dinamismo na qual vive essa população (BRASIL, 2004).

Na USF atendem médicos de família e comunidade, que realizam as consultas previamente agendadas mais a demanda da população, demanda essa que passa no acolhimento com a enfermagem onde é verificada a necessidade do usuário consultar no dia ou agendar uma consulta para outro dia. Os profissionais fazem visitas domiciliares aos usuários, sendo que os médicos geralmente visitam os usuários acamados ou com dificuldade de deambular. Os profissionais da enfermagem também fazem essas visitas, mas, para realizar cadastro, verificar pressão arterial (PA) e HGT, conhecer o local onde o usuário reside, fazer medicação injetável, orientar quanto o uso de medicações, fazer curativo. Sendo que os profissionais da USF fazem jornada de trabalho de 40 horas semanais, 8h por dia (das 8h às 17h).

Os médicos têm acesso ao Telessaúde-RS, e também ao matriciamento no caso de precisarem apoio especializado. Matriciamento esse que é feito através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e desde dezembro de 2012 todos os municípios estavam aptos a implantar.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde define a organização da atenção básica no país, e, estabelece que:

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a **Rede de Atenção à Saúde**. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

A comunidade dos bairros COHAB C, Marrocos e Boa Vista, em Gravataí, cidade metropolitana de Porto Alegre - RS, contava, a cerca de 20 anos, com uma Unidade de Saúde no modelo de UBS. Portanto, a equipe trabalhava com distribuição de fichas para a comunidade com dias específicos para cada especialidade e dia para marcação de idosos, inclusive, usuários de outros bairros e municípios podiam consultar. Com médicos especialistas - pediatra, ginecologista e clínico geral - com horários marcados e números reduzidos de atendimentos, apesar do horário mais abrangente, porém mais restritivos.

A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada da atenção básica e tem como objetivo cuidar e atender às demandas sanitárias de um determinado território. A PNH tem como objetivo qualificar o cuidado com a população desse território, observando sempre as diferenças sociais, econômicas e culturais na qual vive essa população (BRASIL, 2004).

Em 2014, a gestão municipal optou pela implantação da USF. Quando aconteceu a transição de UBS para USF foram abrangidos bairros das cercanias da então unidade (três bairros, sendo um deles abrangendo uma população em vulnerabilidade social), totalizando quase 12 mil habitantes. O atendimento passou a ser restrito, por cadastro realizado em cada residência e, posteriormente, dos moradores com cadastro individual realizado por agentes comunitários de saúde. Foram implantadas três equipes, cada uma contando com um médico de família, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e cinco

agentes comunitários de saúde, sendo que, na equipe um, estão cadastradas ainda uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

Nesse contexto, verifica-se, na nova forma de atuar na saúde, o surgimento do PSF com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante. Com esse processo de transição foi preciso construir novo espaço físico para a unidade se adequar às normas do Ministério da Saúde, em consequência disso a população e os profissionais ganharam uma unidade adequada, com espaços amplos, arejados e confortáveis e, conseqüentemente, houve mudança no quantitativo das equipes, conforme apresentado no quadro 1 o quantitativo das equipes nos anos de 2014 e 2017.

Quadro 1 – Quantitativo de profissionais nos anos de 2014 e 2017.

UBS Mês Maio 2014		USF Mês Dezembro 2017	
Número de Profissionais		Número de Profissionais	
4	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	4
1	Cirurgião dentista	Cirurgião dentista	2
1	Enfermeiro	Enfermeiro	3
3	Médico clínico	Médico da família e comunidade	3
1	Médico Ginecologista	-	
2	Médico pediatra	-	
4	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem	2
	-	Agente comunitário de saúde	7
	-	Auxiliar de saúde bucal	1
1	Recepcionista	Recepcionista	1

Fonte: CNES, 2017.

A distribuição de consultas passou a ser através do acolhimento (que consiste na escuta qualificada de cada uma das necessidades do usuário, essa escuta pode ser realizada por toda a equipe) e dependendo da situação já passa em consulta médica no mesmo dia, nesse caso demanda espontânea, ou agendamento para posterior consulta.

Neves e Rollo (2006, p. 9) afirmam que:

acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

A PNH traz em uma de suas diretrizes o Acolhimento que é:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva (BRASIL, 2015, p. 7).

Nesse modelo não há necessidade de filas, pois todos são acolhidos na Unidade para expor sua demanda. Para melhor organização do fluxo do trabalho se optou por acolher também os usuários que chegam à unidade no período da tarde e, se houver necessidade, são encaminhados para avaliação médica.

Nessa estrutura, o envolvimento da equipe se torna muito ampla com a comunidade, são realizadas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem e médicos, construindo vínculo, visto que a equipe conhece o local onde o usuário reside, podendo-se identificar problemas de infraestrutura física da casa dessa pessoa, ou mesmo da rua, onde se pode detectar o causador de determinadas doenças.

Com o atendimento por área adstrita fica mais aparente a fragilidade da população, já que nesse método de atendimento todos têm a mesma facilidade de acessar a Unidade de Saúde em comparação ao modelo de UBS com distribuição

de fichas. Neste último, os mais debilitados dependeram de filas de espera para agendar uma consulta, muitas vezes não conseguindo devido à forma que as mesmas eram distribuídas.

Para Souza (2002), o uso de tecnologias duras, como vacinas, requerimento de exames e outros, em quase nada ajuda na produção em saúde, já que em vez de conversas ou troca de experiência, tem-se uma experiência de requerimentos.

A equipe optou por realizar um horário matinal para o primeiro acolhimento, para as demandas do dia, durante esse período os médicos também atendem usuários previamente agendados, tendo horário posterior para as demandas. No período da tarde são realizadas consultas de pré-natal, puericultura, demais consultas e coleta de CP (procedimento feito por enfermeiras).

1.2 DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE

O município de Gravataí apresenta um índice de Gini de 0,4578 (IBGE, 2010) e uma população de 228.093 habitantes (IBGE, 2010). A USF que trabalho atualmente, compreende uma comunidade adstrita com aproximadamente 12 mil habitantes, conforme Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que estabelece a revisão da PNAB (BRASIL, 2017).

Sendo assim, a UBS COHAB C, foi convertida oficialmente em USF em 28 de julho de 2014, após um período de análise de território, desenvolvido por Fernando Fredo Naciuk¹ onde foi possível observar as estruturas ambientais, geográficas, socioeconômicas, sanitárias, culturais, etc.

O território foi definido com base em critérios administrativos, assistenciais e operacionais da população local, realizado pela gestão administrativa - Departamento da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí, que definiu como limite: ao norte, a Av Dorival Cândido Luz de Oliveira; do lado par do número 2340 até 3166, a leste, a RS 020; ao sul a Rua Antônio Carlos Berta, divisa com o Distrito Industrial; e a oeste em toda sua extensão a Rua Rio Grande do Sul.

¹ Enfermeiro da Unidade COHAB C, 2014

Inicialmente o território estaria limitado a oeste, até a Av Presidente Kennedy, contudo, ao se calcular a estimativa populacional, observou-se que era possível ampliar até a Rua Rio Grande do Sul, e desta forma implantar na USF COHAB C três equipes assistenciais, com uma população total estimada de aproximadamente 12 mil habitantes, tendo um coeficiente médio de 4,25 habitantes por casa, (IBGE, 2010).

O território da USF COHAB C tem uma área total de 1,1 Km², sendo 0,45Km² da equipe Terra; 0,30Km² da equipe Lua e 0,35Km² da equipe Sol. A unidade física da USF COHAB C fica dentro da área da equipe Lua, e o ponto mais distante desta equipe fica a 600 metros, já a equipe Terra tem o ponto mais próximo da unidade, à 215 metros, e o mais distante à 1,6 Km; a equipe Sol o mais próximo é 95 metros e o mais distante 950 metros.

Com relação ao relevo do Território da USF COHAB C, é importante ressaltar que a unidade fica em uma pequena baixada, onde a região da unidade está em uma leve planície rodeada por pequenos morros, o que favorece em sua área de planície a alagamentos em dias de chuvas, seguido de longos períodos de umidade. Ainda nessa área é o único local plano favorável a caminhadas leves, nas regiões ao redor já apresentam elevações do terreno de 5 metros até 20 metros, o que dificulta a realização de exercícios.

O Território da USF COHAB C para uma melhor análise de suas necessidades foram identificados, em 3 níveis de situação de risco e vulnerabilidade, onde cada um dos níveis apresentam uma cor: VERMELHA, AMARELA e VERDE.

Situação VERMELHA inclui: área de miséria e esgoto a céu aberto, foco de vetores, grandes áreas de depósito de lixo irregular (terrenos baldios), ausência de água tratada, ausência de energia elétrica, ausência de coleta de lixo, área de violência/tráfico, indicadores de saúde inadequados e áreas verdes (invasões).

Situação AMARELA inclui: ruas não pavimentadas, pequenas áreas de depósito de lixo irregular (terrenos baldios), energia elétrica clandestina, rede de água clandestina, áreas de pobreza e difícil acesso.

Situação VERDE inclui: ruas pavimentadas, energia elétrica regular, água tratada, saneamento básico adequado e moradias adequadas.

Após análise da distribuição das situações de risco e vulnerabilidades, chegou-se à conclusão que a divisão das áreas de cada uma das equipes ocorreu de forma longitudinal, “dividindo”, desta forma, a responsabilidade entre todas as

3 equipes, ao contrário da ideia inicial de dividir as equipes de forma horizontal. Além do mais, com essa divisão também foi possível a divisão de uma escola para cada uma das equipes.

Para uma melhor identidade das equipes, foram nomeadas da seguinte forma:

- Equipe 1: Equipe TERRA - mais a oeste;
- Equipe 2 Equipe LUA - centro;
- Equipe 3 : Equipe SOL - mais a leste.

Figura 1 – Mapa de abrangência das equipes da USF COHAB C.



Fonte: Naciuk, 2014.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as mudanças ocorridas no atendimento em saúde após a transição de UBS para USF, em uma unidade de saúde de Gravataí, sob a ótica de uma trabalhadora de saúde.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar as fragilidades e as potencialidades da transição de modelo assistencial.

3 METODOLOGIA

O desenvolvimento deste trabalho será apresentado através de relato de experiência vivida como auxiliar de enfermagem na USF no ano de 2014 relativo ao período em que houve a transição de UBS para USF. Esta unidade de saúde está localizada no município de Gravataí, região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e foi a primeira Unidade Urbana de Saúde a implantar a USF.

Para tanto, foi utilizado o recurso de anotações de diário de campo desenvolvido pela autora, livros atas das reuniões de equipes, imagens fotográficas do antes e do depois da transição, e também recursos metodológicos de pesquisa qualitativa descritiva, salientando as mudanças e melhorias ocorridas no período.

A análise se deu por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). A partir disso foi construída uma categoria empírica pela análise temática em que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p. 135). A análise temática acontece em três fases (BARDIN, 2011, p. 125): pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A categoria empírica foi intitulada: “Fragilidades e potencialidades da transição de modelo assistencial”.

4 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DA TRANSIÇÃO DE MODELO ASSISTENCIAL

A construção do presente artigo, trabalho de conclusão de curso, versa sobre o tema de transição de UBS para USF, porque como trabalhadora do SUS já passei por esta situação em duas ocasiões, no mesmo município. Creio que seja pertinente tratar desta temática, pois há um desconhecimento sobre o que é, como acontece e porque acontece a referida transição nos municípios.

No presente estudo, entende-se por transição como sendo um “modelo substitutivo às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde” (MAGALHÃES, 2011, p. 20).

Como ressaltai, já passei por dois processos de transição de UBS para USF, porém o presente relato versa sobre a atual unidade em que estou inserida. A inserção nesta unidade se deu quando a mesma era UBS, sendo que existiam dois turnos de trabalho e os profissionais ainda eram concursados para atender na UBS e não na ESF. O convite para ingressar nessa unidade foi devido à minha experiência em saúde da família, pois os demais profissionais estavam sendo chamados de um concurso recente, sem experiência na área.

Mesmo com experiência na área, o início das atividades na unidade demonstrou uma importante fragilidade do grupo que compunha a UBS que estava em transição. Conforme descrito no diário de campo, fragmento abaixo, houve uma dificuldade na inserção do novo grupo, devido à postura adotada pelos profissionais que já se encontravam naquele espaço.

No início foi até constrangedor com os colegas antigos nos ignorando, parecia que a gente estava ali para tomar o lugar deles (DIÁRIO DE CAMPO, p. 1).

Entende-se que estes profissionais estavam inseguros quanto à sua realocação na rede de serviços do município, situação que passou a gerar atrito com a equipe que estava chegando para assumir a saúde da família naquele território. Alguns desses profissionais, inclusive, em certos momentos deixavam isso transparecer para a população com manifestações contrárias à vinda dos novos profissionais, conforme exemplifica o relato abaixo.

[. . .] aproveitem para consultar comigo porque será por pouco tempo que estarei por aqui, porque essas pessoas vão vir tomar o nosso lugar (DIÁRIO DE CAMPO, p. 1)

Berg (2012), afirma ainda que, atualmente, com a divergência de opiniões entre as equipes, o conflito é inevitável. Porém, é fundamental saber lidar com ele e compreendê-lo para que se alcance sucesso pessoal e profissional.

Esse tipo de comportamento acaba, muitas vezes, indo do campo profissional para o pessoal. Gerando nas equipes algumas situações conflitantes que, na maioria das vezes, não foram trabalhadas pela gestão. Outra questão mal trabalhada, na minha opinião, foi a inserção de novos membros na equipe (USF) e realocação da equipe antiga da unidade para outros serviços de saúde. O fato gerou descontentamento na população que passou a agredir verbalmente os novos profissionais, responsabilizando estes pela mudança, conforme relato abaixo.

[. . .] não queriam que os médicos saíssem da unidade, visto que tinha uma clínica geral que estava há vinte anos trabalhando ali, e os outros também estavam há vários anos ali. A população fez um abaixo assinado para que a UBS não mudasse para USF nem os profissionais saíssem dali (DIÁRIO DE CAMPO, p. 1).

Outra situação que gerou conflito foi em relação ao espaço físico da unidade, pois com a chegada dos novos profissionais não havia espaço para todos e algumas estratégias foram utilizadas para atender à comunidade. Quando a unidade era UBS, era corriqueiro que procedimentos como a aferição de sinais vitais fossem realizados na recepção da unidade. Porém, isso gerou descontentamento entre os novos contratados para a ESF que logo buscaram alternativas para humanizar o atendimento à população, como a realocação de mobiliário e reorganização de salas, o que gerou conflitos com a equipe que estava na unidade.

Figura 2 – Antiga unidade.



Fonte: Calini, 2014.

Burbridge e Burbridge (2012) defendem que, conflitos são inevitáveis e, em muitos casos, necessários. São a motivação que fazem as mudanças acontecerem. Mas alguns conflitos são desnecessários e destroem valores, causando prejuízo para as empresas e pessoas que nela trabalham. O principal desafio dos gestores é identificar os conflitos produtivos e os não produtivos e gerenciá-los.

Conforme consta no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008, p. 14), a experiência da implantação da ESF tem demonstrado que equipes da UBS não podem trabalhar no mesmo espaço físico com as equipes da Saúde da Família (SF), pois o modo de trabalho das equipes é diferente, e isso gera conflito entre as equipes e confusão na vinculação entre a equipe da SF e a comunidade adstrita.

Nesse meio tempo, a região passou pelo processo de mapeamento, realizado por dois enfermeiros, um da própria unidade e outro, gerente distrital. Então, a gestão realizou uma reunião com a população para explicar as diferenças entre uma UBS e uma USF. O salão da Igreja, local onde foi realizada a reunião, estava lotado, além da comunidade, compareceram também o secretário de saúde da época, os gerentes distritais e a nova equipe da unidade.

Na referida reunião, o enfermeiro da unidade apresentou as diferenças dos dois modelos de atenção em saúde, ressaltando, as vantagens da ESF.

Ao longo da apresentação a população parecia entender melhor a proposta e que seria positivo para a comunidade, inclusive a líder comunitária "rasgou" o abaixo assinado realizado para não haver a troca dos profissionais, conforme relato abaixo:

Com o andamento da reunião já podíamos perceber que as pessoas iam mudando as expressões faciais, entendendo as diferenças e percebendo que a mudança traria vantagens para todos (DIÁRIO DE CAMPO, p. 2).

O início das atividades da USF foi difícil, pois a população questionava a maneira do atendimento das médicas cubanas que atendiam no momento da transição, assim como as dificuldades com o idioma. No decorrer do último ano, por questões diversas, mas especialmente pelo final do contrato, as médicas cubanas foram substituídas por médicos brasileiros. Outro obstáculo, a estrutura física era inadequada, não permitindo desenvolver as atividades propostas no modelo de saúde da família, tais como grupos, acolhimento, consultas, sala de espera, realização de procedimentos, dentre outros. Por isso, foi construída uma nova unidade, no mesmo quarteirão, mas com estruturas adequadas, com espaço para todos realizarem seus trabalhos e suas propostas. Uma unidade de saúde modelo em todo o Estado. Por este motivo, além das várias pessoas da comunidade, compareceram também à inauguração - que ocorreu em 25 de junho de 2016 - o prefeito, deputados, vereadores, o secretário de saúde e outras autoridades.

Figura 3 – Nova unidade.



Fonte: Calini, 2018.

A nova estrutura conta com três consultórios de enfermagem, três consultórios médicos, sala de nebulização, sala de medicação, sala de triagem e observação (com banheiro incluso), dois consultórios de odontologia com sala própria de espera, sala para os agentes comunitários de saúde, sala de vacinas, fraldário, sala de reuniões, dois espaços para material de limpeza, sala da coordenação, cozinha, vestiário feminino e masculino com dois banheiros cada, almoxarifado, além de três banheiros femininos e três masculinos para a população (sendo que, em cada um deles há um para cadeirante). Essas mudanças foram significativas para a equipe, pois possibilitaram o melhor atendimento.

O relato abaixo demonstra como era realizado na estrutura física anterior.

Na unidade anterior era bem complicado de fazer a triagem, pois não tínhamos espaço para realizar os procedimentos, era tudo em uma sala só, curativos, medicação, HGT, PA, e mais a triagem dos usuários agendados. Nebulização era no corredor, vacina era a única que tinha uma sala própria (DIÁRIO DE CAMPO, p. 3).

De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008), a UBS onde atuam as equipes de saúde, pode ser o mesmo espaço físico, mas que deverá ser reestruturado para trabalhar dentro da nova lógica da SF, com adequações apropriadas para atender às necessidades de saúde dos usuários da sua área de abrangência. É importante que o acesso seja facilitado, organizado e bem estruturado.

Outra mudança importante foi em relação à ampliação do atendimento médico, pois no modelo tradicional estes profissionais atendiam a um número determinado de fichas. No novo modelo, os médicos realizam o atendimento no horário de funcionamento da unidade, das 8h às 12h e das 13h às 17h.

Essa nova estrutura e mudanças no atendimento possibilitaram uma melhor organização das ações desenvolvidas na unidade, porém o quadro de funcionários reduzido pode, em alguns momentos, não atender às expectativas da população, conforme relato abaixo.

Eu acho que os usuários criaram uma perspectiva muito além do que podíamos proporcionar vendo aquela enorme construção, mas muitas vezes estamos com o quadro de funcionários reduzido, por motivos de atestado, férias, enfim...(DIÁRIO DE CAMPO, p. 2).

Na maioria das vezes, a equipe recebe elogios da população, porém alguns usuários ainda apresentam-se insatisfeitos com o atendimento, devido, especialmente, às agendas médicas e de enfermagem superlotadas, férias dos profissionais, demora no atendimento e no cadastramento (por falta de agentes comunitários de saúde). A satisfação da maioria dos usuários é relatada no diário de campo, conforme consta abaixo:

Mas a maioria se diz satisfeita com nosso atendimento, e isso é muito gratificante. Recebemos muitos presentes dos usuários, mimos que fazem bem ao nosso ego de bons profissionais (DIÁRIO DE CAMPO, p. 2).

Acredita-se que a satisfação da população demonstra a resolubilidade do modelo de SF em relação ao modelo tradicional. Estudo desenvolvido no âmbito do PET-Saúde no município de Ribeirão Preto, envolvendo estudantes de nove cursos da área da saúde, docentes e profissionais vinculados a UBS e da ESF, com o

objetivo de analisar a resolubilidade das UBS e compará-las com as USF, demonstra importantes resultados para compor essa análise (NUNES et al., 2012).

Os pesquisadores coletaram dados de 12.494 atendimentos realizados nas Unidades de Saúde selecionadas, sendo cinco UBS tradicionais e oito da ESF. A maioria dos usuários atendidos eram mulheres (66,4%) com idade média de 40 anos, sendo superior à idade dos homens atendidos (38,5 anos). Dos atendimentos, pouco mais de 50% foram de consultas agendadas, com maior procura, 44,8% para atendimentos eventuais. Do total de atendimentos, pode-se analisar uma resolubilidade maior de 90%, visto que apenas 8,6% dos casos foram referenciados para outros especialistas.

Ainda no estudo de Nunes et al. (2012), ao se comparar os modelos assistenciais propostos pelas diferentes unidades, pode-se observar um maior número de atendimentos das ESF. Na comparação das unidades, as UBS tradicionais tiveram um maior número de consultas agendadas. Já os grupos foram mais frequentes nas ESF, ainda que em pequeno número. Em relação ao número de atendimentos por profissional, as consultas médicas foram cerca de 2,8 vezes maior na ESF em relação à UBS. O número de encaminhamento foi reduzido em ambos modelos, porém ainda menor nas ESF. Esses resultados demonstram a importância da mudança do processo de trabalho, vinculado a um modelo mais resolutivo e humanizado.

Uma importante atividade realizada por todos os profissionais da USF são as VDs (visitas domiciliares). Na unidade em estudo, os médicos realizam as VDs nas terças à tarde (turno que o carro da estratégia fica à disposição da nossa unidade), acompanhados por outro profissional (que pode ser um agente comunitário de saúde, um técnico de enfermagem ou ainda uma enfermeira). Nas quintas e sextas, no turno da manhã, o automóvel também está disponível, porém a saída de um técnico de enfermagem é mais dificultada devido à demanda de atendimentos da unidade. Desta forma, fica disponível aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para fazerem visitas e cadastros, e também levar demandas da unidade aos usuários (encaminhamentos, consultas, busca ativa, recados em geral).

Para Mattos (1995, p.35), a VD pode ser definida como "um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto na área da educação como assistencial ao usuário" É uma atividade educativa e assistencial que promove uma convivência mais eficaz entre os membros da equipe, enquanto que ajuda no

convívio com a realidade do usuário-família. Portanto, Padilha et al. (1994, p. 2) relata que “a VD é um vínculo importante, o qual permite ao profissional conhecer as condições socioeconômicas, culturais e ambientais na sua área de trabalho”.

Nesta definição, a VD torna-se um importante instrumento para uma assistência dos profissionais aos usuários que, de fato, envolve as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Sendo essas ações as que constituem o núcleo central da atenção básica em saúde no Brasil (PADILHA et al., 1994).

Outras atividades desenvolvidas pela USF são: o Programa Saúde na Escola (PSE), entre outras atividades educativas em escolas, grupo de gestantes, grupo de caminhadas, grupo de saúde mental, grupo de nutrição.

Uma importante estratégia adotada na implantação da referida USF foi o NASF. Os profissionais deste núcleo apoiam a equipe e discutem os casos específicos de cada área (ginecologista, pediatra, psiquiatra, psicólogo, nutricionista), dando os encaminhamentos necessários.

Desta forma, a população também se sentiu mais assistida após a saída de médicas especialistas na transição de modelo. Infelizmente, hoje a realidade é um pouco diferente, pois a equipe do NASF reduziu o número de profissionais.

A ampliação de equipes de NASF que vinha ocorrendo auxiliava na resolubilidade das equipes, com oferta de soluções integrais no atendimento aos usuários. Esta estratégia agrega a capacidade de cuidado na atenção primária à saúde, atendendo a muitas demandas na saúde do brasileiro, possibilitando a criação da integralidade (BRASIL, 2011, p.11).

Vários são os profissionais que podem compor a equipe do NASF, dentre eles:

[. . .] médicos: acupunturista, do trabalho, geriatra, ginecologista/obstetra, homeopata, internista (clínica médica), pediatra, psiquiatra, veterinário; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área da saúde com pós graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2013, p.11).

Diante dos resultados, segundo Pereira et al. (2007), as mudanças pensadas no sistema de saúde ainda estão longe de serem alcançadas, mesmo com índices

de avanços. Não podendo deixar de apontar que o Brasil tem o capitalismo como sua base sócio econômica e, neste sentido, defender a saúde como direito torna-se um enorme desafio, já que as forças econômicas têm predomínio na situação atual e ainda tem suas bases na não participação do Estado na economia, que tem como objeto a doença e o lucro decorrente dela. Dar ênfase nas iniciativas da participação popular, encorajar a participação da comunidade na decisão em saúde na compreensão da saúde direcionado para os direitos humanos com as mais extensas demandas econômicas, sociais, políticos e ambientais precisa de muito investimento para que seja o eixo da saúde pública. Espera-se que esses resultados, que despontaram da voz daqueles que usam e são a razão principal para se implantarem os serviços de saúde, sejam anexados como valor para o aperfeiçoamento institucional e profissional na tomada de decisão pelos atores que operam as políticas públicas, em particular de saúde e de educação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição, no presente estudo, trouxe melhorias, tanto para a comunidade como para os profissionais, pois possibilitou a construção de uma nova unidade, mais ampla e funcional, com espaço para a realização dos grupos e outras atividades. A transição da UBS para USF gerou expressivas mudanças organizacionais, que requerem um esforço diário para serem colocadas em prática.

Alguns aspectos como apoio da gerência distrital e falta de pessoal, precisam ser levados em consideração, pois prejudicam e dificultam o acesso ao serviço e podem gerar tensões no ambiente de trabalho.

Dos resultados apresentados, pode-se observar as diversas mudanças positivas ocorridas após a transição, tais como a melhora da escuta dos usuários e direcionamento mais efetivo de suas necessidades. Porém, não se podem esquecer as dificuldades que tornam mais difícil a resolutividade dos problemas, como a demora dos retornos das consultas referenciadas para a atenção secundária e terciária.

Porém, mesmo com todos os percalços, pensa-se ter uma boa resolutividade quanto ao acolhimento, momento esse que o usuário já é direcionado à resolução das suas demandas.

Com esse modelo de atendimento podemos ter uma visão mais ampla em relação ao indivíduo e o local onde está inserido, criando um vínculo entre profissional e usuário que facilita o atendimento, e em alguns casos, acabam até, virando amizades.

Esse trabalho foi pensado para as pessoas entenderem as diferenças entre os sistemas de saúde, e diante dos resultados, observarem que no território onde há uma unidade de saúde da família, o atendimento é mais humanizado, mais resolutivo, e a maioria dos usuários se sentem satisfeitos com o atendimento recebido pelos profissionais.

A limitação do estudo se deu por ser um relato de experiência com as impressões da autora vivenciada no cotidiano do trabalho, mas posteriormente a mesma tem um projeto de realizar uma pesquisa com os trabalhadores que passaram pelo mesmo processo de transição.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. C. C.; ARAÚJO, M. R. N. **Legislação Básica / Saúde da Família**. Montes Claros: Unimontes, 2004.

BARDIN, Laurance. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERG, Ernesto Artur. **Administração de Conflitos**: abordagens práticas para o dia a dia. Curitiba: Juruá, 2012.

BRASIL. Biblioteca Virtual da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Brasília, DF, jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BURBRIDGE, R. Marc; BURBRIDGE, Anna. **Gestão de Conflitos**: desafios do mundo corporativo. São Paulo: Saraiva, 2012.

CALINI, Roseli. **Antiga Unidade**. 2014. 1 fotografia.

CALINI, Roseli. **Nova Unidade**. 2018. 1 fotografia.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L.. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro**: avaliação dos três anos de Clínicas da família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 set. 2017.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2011. 39 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

MATTOS, T.M. Visita domiciliária. In: KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995. p. 35-39.

NUNES, A. A. et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: contribuições do PET-Saúde. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, v. 27, n. 36, p. 27-32; 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a04.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

PADILHA, M.I.C.S. et al. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. REVISTA ENFERMAGEM UERJ, v. 2, n. 1, p. 83-90, 1994.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. **Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde:** comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. 2007.

SOUSA, M. F. O Programa de Saúde da Família nos Grandes Centros Urbanos: o passado nos condena. In: **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2002. p. 23-33.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec, 1999.