

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

MICHELLY ESTEVES RIBEIRO

**AÇÃO EDUCATIVA PARA TORNAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PORTA DE ENTRADA DO SERVIÇO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

MICHELLY ESTEVES RIBEIRO

**AÇÃO EDUCATIVA PARA TORNAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PORTA DE ENTRADA DO SERVIÇO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica de Educação Profissional na Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ms. Walter Batista Cicarini

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

RIBEIRO, MICHELLY ESTEVES

AÇÃO EDUCATIVA PARA TORNAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PORTA DE ENTRADA DO SERVIÇO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO [manuscrito] / MICHELLY ESTEVES RIBEIRO. - 2015.

43 f.

Orientador: Walter Batista Cicarini.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde

1.Acolhimento. 2.Classificação de Risco. 3.Educação em saúde. 4.Estratégia de Saúde da Família. I.Cicarini, Walter Batista. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

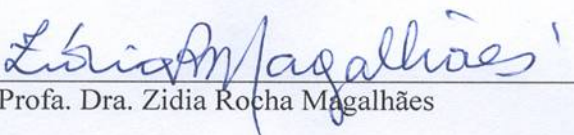
Michelly Esteves Ribeiro

**AÇÃO EDUCATIVA PARA TORNAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PORTA DE ENTRADA DO SERVIÇO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Walter Batista Cicarini


Profª. Dra. Zidia Rocha Magalhães

Data de aprovação: **17/09/2015**

RESUMO

RIBEIRO, Michelly Esteves. **AÇÃO EDUCATIVA PARA TORNAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PORTA DE ENTRADA DO SERVIÇO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.** 2015. Pós - graduação em Formação Pedagógica para Trabalhadores da Área da saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2015.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é constituída de um conjunto de ações que visa à promoção, a prevenção e a reabilitação em saúde, na qual a Estratégia de saúde da Família constitui a porta de entrada prioritária para os usuários na rede dos serviços de saúde. Todavia, são grandes os números de pessoas procurando atendimento em Prontos Socorros, resultando na incapacidade das equipes de saúde da família em se tornarem a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde para suprir e transformar saberes, com intuito de desenvolver a autonomia e responsabilidade do indivíduo no cuidado com a saúde, pela compreensão de sua situação e não mais pela imposição de um saber científico. Desta forma, o indivíduo é capacitado a decidir qual estratégia é melhor para promover, manter e recuperar a sua saúde. O objetivo desse trabalho foi elaborar um plano de intervenção para tornar as unidades básicas de saúde a porta de entrada dos usuários na rede de serviços do município através da educação em saúde através de uma proposta de intervenção elaborada que propõe organizar o fluxo de atendimento em todas as UBS do município por meio do acolhimento com classificação de risco e através da educação em saúde que sinalize a UBS como primeiro lugar a ser procurado para o atendimento. Espera-se que com a implantação do projeto de intervenção, haja conscientização dos profissionais em educar a população para a reorientação dos serviços de saúde e dos usuários para que percebam que o primeiro atendimento as suas necessidades é feito pela UBS.

Descritores: Acolhimento. Classificação de Risco. Educação em saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

RIBEIRO, Michelly Esteves. EDUCATIONAL ACTION TO MAKE THE FAMILY HEALTH STRATEGY DOOR ENTRANCE OF HEALTH CARE: AN INTERVENTION PROPOSAL. 2015 Post - Graduate Teacher Training for Workers in the health area by the Federal University of Minas Gerais, Minas Fields, 2015.

The Primary Health Care (PHC) consists of a set of actions aimed at promotion, prevention and rehabilitation in health, in which the Health Family Strategy is the priority entry point for users on the network of service Cheers. However, they are large numbers of people seeking care in emergency rooms, resulting in the inability of family health teams in becoming users of the gateway in health systems to meet and transform knowledge, aiming to develop the autonomy and responsibility the individual in the care of his health, by understanding their situation and not by the imposition of scientific knowledge. In this way, the individual is able to decide which strategy is best to promote, maintain and restore their health The aim of this study was to develop an action plan to make basic health facilities to users of the gateway to network services municipality through health education through a policy proposal drafted that proposes to organize the flow of care in all municipal UBS through the host with risk classification and through health education that signals UBS as the first place to be searched for the service. It is expected that with the implementation of the intervention project, there is awareness of the professionals in educating the population to the reorientation of health services and users to realize that the first service your needs is made by UBS.

Key words: Home. Risk rating. Health education. Family Health strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	12
3 CENÁRIO DE ESTUDO	13
4 JUSTIFICATIVA.	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
6 PÚBLICO-ALVO.....	20
7 OBJETIVOS.....	21
7.1 Objetivo Geral.....	21
7.2 Objetivos Específicos.....	21
8 METAS.....	22
9 METODOLOGIA.....	23
10 RECURSOS VISUAIS.....	24
11 RECURSOS HUMANOS.....	25
12 CONCLUSÃO.....	26
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária a Saúde (APS), conhecida como Atenção Básica, na qual a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada o seu eixo estruturador, constitui um conjunto de ações na saúde visando à promoção, a prevenção e a reabilitação, sendo a porta de entrada que deve ser escolhida pelos usuários para ter acesso à rede dos serviços de saúde. Tem como funções a resolução de problemas, a organização dos serviços de saúde em rede e a responsabilização pela qualidade da saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção (BRASIL, 2009).

Instituída em 1994 pelo Ministério da Saúde, a ESF, enquanto política nacional pública constitui-se numa estratégia de reorientação da prática assistencial por meio de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a porta de entrada dos usuários na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2009) e com o intuito de fortalecer os vínculos com a população, e visando integrar profissionais e comunidade na busca de maior atuação e atenção aos usuários (OLIVEIRA; ANDRADDE, 2011).

A ESF apresenta-se como um novo modelo de se trabalhar à saúde, no qual a família se torna o centro de atenção, introduz uma nova visão no processo de intervenção em saúde, uma vez que age de maneira preventiva (RIBEIRO, 2009) e vem, portanto, estruturar os sistemas municipais de saúde pública, e tem a finalidade de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; ANDRADDE, 2011).

Embora tenha ocorrido uma grande expansão das equipes de saúde da família nos municípios brasileiros, o acesso dos usuários aos serviços dessas equipes não tem se dado de maneira eficiente. Pode-se notar como são grandes números de pessoas procurando atendimento em Prontos Socorros, resultando na incapacidade das equipes de saúde da família em se tornarem a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde (RIBEIRO, 2009).

Para Ribeiro (2009)

O Pronto-Socorro é uma área destinada à assistência de pacientes críticos, que devem ser atendidos com a máxima brevidade, por profissionais habilitados. No entanto, o que se verifica com muita frequência é a utilização desses serviços por pacientes estáveis, que poderiam ser atendidos em ambulatórios, o que causa transtornos na gestão do serviço,

principalmente a demora no atendimento, com conseqüente queda da qualidade do serviço, usuário insatisfeito e afastamento de profissionais habilitados (Ribeiro, 2009, p. 1).

Nesse sentido, a prática do acolhimento torna-se necessário uma vez que tem como um dos seus objetivos organizar a porta de entrada dos usuários e viabilizar o primeiro acesso no atendimento humanizado em saúde, garantindo a satisfação do usuário com vistas a atender as demandas dos usuários adscritos do território da UBS.

Segundo Pereira (2006), o acolhimento é um instrumento de mudança no processo de trabalho em saúde, onde as relações entre profissionais e usuários são modificadas, havendo humanização na atenção, responsabilização e uma maior resolutividade das ações de saúde prestadas, permitindo organizar a porta de entrada dos serviços de saúde.

O atendimento é um dos elementos do acolhimento e uma das suas implicações está em reconhecer o risco em que se encontra o usuário, possibilitando um atendimento de imediato. Nessa etapa o acolhimento permite a equipe a identificar os sinais de emergência ou de urgência que o usuário apresenta e aqueles que não se incluam nessa situação poder ter seu atendimento viabilizado por meio de agendamento programado (MINAS GERAIS, 2009).

O acolhimento com classificação de risco torna-se então necessário, uma vez que os usuários em situação de emergência/urgência deverão ser atendidos de maneira imediata. Este é realizado por profissionais capacitados, a partir de um protocolo clínico único, padronizando o atendimento em todos os níveis de atenção a saúde por meio do Protocolo de Manchester (MINAS GERAIS, 2009).

Esse protocolo constitui-se em importante instrumento para a reorganização do serviço em saúde com eficiência e qualidade, conforme a Resolução SES/MG nº 2334 de 08 de junho de 2010 (MINAS GERAIS, 2010). O Protocolo de Manchester foi utilizado pela primeira vez na cidade de Manchester no Reino Unido e hoje se encontra em operação em vários países. Tem como vantagens: não faz diagnóstico, permite a classificação de risco em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, seja na APS, na atenção secundária e na terciária, além de ser informatizado e possibilitar auditoria.

O Protocolo de Manchester possibilita a identificação dos riscos e permite a classificação a partir de sinais e sintomas, e para cada um deles um tipo de conduta a ser adotada, classificando o usuário em 05 categorias de acordo com o grau de prioridade e estas são definidas por cores (MINAS GERAIS, 2009).

A classificação de risco nas equipes de saúde da família será pautada nas cores verde e azul, do protocolo de Manchester, por prestarem serviços classificados como de urgência menor e eletivos (TURCI, 2008; TOLEDO, 2009).

O usuário classificado como prioridade azul não apresenta sinal de alerta, tem como ponto de atenção a UBS e seu atendimento pode ser realizado de imediato ou agendado, conforme disponibilidade. A prioridade verde significa uma urgência menor, tem como ponto de atenção a UBS, o atendimento deve ser priorizado para o mesmo turno; a amarela significa uma urgência maior, o ponto de atenção é o Pronto Atendimento; a laranja é caracterizada como emergência, o atendimento não pode exceder a 15 minutos e o ponto de atenção é o Pronto Atendimento; a vermelha significa uma emergência absoluta, o atendimento deve ser imediatíssimo e também o ponto de atenção é pronto atendimento (MINAS GERAIS, 2009).

Nascimento, *et al.* (2011) discute que parte da população brasileira não busca o acesso regular a serviços de saúde e quando necessita exige o recebimento de atenção imediata, muitas vezes não condizente com as suas necessidades. O acolhimento com classificação de risco deve, portanto, fazer parte das rotinas de trabalho das instituições de saúde.

A classificação de risco, é para Nascimento *et al.* (2010, p.85)

[...] é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera, propõe outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera [...]

O acolhimento com a classificação de risco gera vários benefícios para os usuários, como diminuição da ansiedade, redução do tempo de espera, apoio emocional para o usuário e familiares em momentos de crise, entre outros. Para os profissionais de saúde, ele traz uma melhor relação com o

usuário pela diminuição da pressão por atendimento não planejado, maior confiança no trabalho realizado e, em especial, a diminuição do estresse (TORRES; LELIS, 2010).

A prática do Acolhimento vem de encontro com os princípios da acessibilidade, integralidade da assistência e longitudinalidade na APS, constituindo o primeiro contato do usuário na rede de serviços de saúde, sendo conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002).

A acessibilidade pode ser entendida como a adequação entre a oferta de serviços e a demanda por tais serviços. Toda vez que o indivíduo necessitar de um cuidado em saúde ele deverá contar com um profissional para ajudá-lo a perceber se seu problema necessita de atendimento imediato ou não (STARFIELD, 2002).

A integralidade da assistência permite que a atenção em saúde disponha de recursos para a abordagem correta das necessidades de saúde dos usuários. O princípio da longitudinalidade cumpre-se no acolhimento uma vez que este permite o reconhecimento da população adstrita sob a responsabilidade da unidade básica de saúde, com identificação dos problemas de saúde (RIBEIRO, 2009).

A organização do Acolhimento se faz mediante duas classificações: o que é demanda espontânea e o que é demanda programada. Isto permite que o atendimento seja realizado a partir da identificação de sinais de emergência ou de urgência, usuários que não se incluam nessa situação podem ter seu atendimento viabilizado por meio de agendamento programado.

De acordo com Dal Pai e Lautert (2011, p. 525)

Assim, a classificação de risco visa subsidiar a ordem dos atendimentos para que os usuários não sejam orientados pela hora de chegada, mas por parâmetros clínicos de gravidade que permitam identificar as situações que não podem aguardar o atendimento devido ao risco de morte. Trata-se, portanto, de uma tecnologia que procura garantir o atendimento imediato do usuário que enfrenta risco à vida, além de prever e informar o tempo de espera para os indivíduos que não apresentam este risco.

A classificação de risco torna-se então necessária uma vez que os usuários em situação de emergência/urgência deverão ser atendidos de imediata. Para Ribeiro (2009):

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (RIBEIRO, 2009, p. 8).

Diante do contexto, para que o acolhimento faça parte da rotina dos serviços de saúde, é necessária a implantação e adoção de medidas educativas, tanto para profissionais como para os usuários do sistema, uma vez que não conhecem exatamente o trabalho da atenção primária de saúde e sua real importância no processo saúde-doença.

No Brasil, a educação permanente em serviço tem sido adotada como política de desenvolvimento humano para o SUS e apresenta-se como uma proposta de ação estratégica em cumprimento à Constituição de 1988, à Lei nº 8.080/90 e à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) (PAULINO; BORGES; SOUZA, 2010).

Para suprir os fundamentos da ESF (práticas de saúde humanizadas, satisfação dos usuários, estreitamento da relação profissional, comunidade e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e de qualidade de vida), a educação em saúde se estabelece como principal instrumento visto esta ser um elemento capaz de produzir ação e ao atuar no conhecimento das pessoas, tende a facilitar ações voluntárias que conduzam a saúde (MANTOVANI et al.; 2014).

Assim, o objetivo da educação em saúde não é o de informar, mas de transformar saberes, com intuito de desenvolver a autonomia e responsabilidade do indivíduo no cuidado com a saúde, pela compreensão de sua situação e não mais pela imposição de um saber científico. Desta forma, o indivíduo é capacitado a decidir qual estratégia em sua visão é melhor para promover, manter e recuperar a sua saúde (MANTOVANI et al.; 2014)

Na ESF, a educação permanente em serviço constitui-se como um instrumento essencial na capacitação e qualificação dos profissionais, buscando as lacunas de conhecimentos e atitudes, dando subsídios para que eles possam entender e atender às necessidades de saúde da população, de

resolutividade, de organização dos serviços e de transformação da realidade (PAULINO; BORGES; SOUZA, 2010).

Portanto, meu interesse pelo tema surgiu quando realizei a disciplina planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e elaboramos o diagnóstico situacional da população adstrita às UBS. Naquele momento, trouxe para mim a responsabilidade de fazer um plano de intervenção para tornar as UBS, do município que atuo, como a porta de entrada dos usuários na rede de serviços de saúde.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Analisando a Atenção Primária em Saúde no município de Alfenas/MG, por meio das Equipes de Saúde da Família, observou-se que a mesma encontra-se instalada de maneira incipiente, ou seja, esta não se constitui a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde, o atendimento da clientela é realizado na maioria das vezes no Pronto Atendimento Municipal por demanda espontânea (Brasil, 2010).

Pretende-se, portanto apresentar um plano de intervenção para reorientar a porta de entrada do serviço de saúde a partir das UBS com equipe de saúde da família, destacando o primeiro nível do sistema para o atendimento em saúde, reorientando a prática do acolhimento, estabelecendo o uso do Protocolo de Manchester para a classificação de risco dos usuários.

A elaboração do plano de intervenção visa contribuir para diminuir a procura por atendimento no Pronto Atendimento, e que este seja para casos de urgência e emergência. Essa reorganização da porta de entrada é importante, uma vez que permite a integralidade da assistência e a prestação de cuidados contínuos em saúde.

3 CENÁRIO DE ESTUDO

Alfenas é um município brasileiro localizado no sul do estado de Minas Gerais. De acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010, sua população em julho de 2014 era de 78 176 habitantes. Considerada o núcleo urbano de bastante importância na região sul-mineira, tradicionalmente a economia do município é baseada na produção agropastoril e grande centro produtor de café.

Os serviços de Saúde ofertados a população são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e também através de redes conveniadas e particulares. A rede de serviços de saúde está estruturada da seguinte maneira: Unidades básicas de Saúde (UBS) com equipes de saúde da família, Centro Municipal de Saúde, Prontos Atendimentos que atendem pelo SUS e através de convênios de saúde e um de cunho particular; Hospitais Gerais de grande porte (dois são Filantrópicos e universitários e um com atendimento somente particular); Farmácia Básica Municipal; Laboratório Municipal; Centro de Atendimento Psicossocial e Equipe de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O modelo de gestão adotado é a Gestão Plena de Atenção Básica, onde todos os atendimentos em atenção primária à saúde são de responsabilidade Municipal. As UBS funcionam no horário das 07:00 às 17:00 horas e as ações de saúde desenvolvidas nas equipes de saúde da família possuem um grau de resolutividade considerado como baixa, pois os usuários quase sempre são encaminhados para outros serviços incluindo média e alta complexidade.

O Centro Municipal de Saúde atende especialidades médicas mais comuns, tais como: pediatria, cardiologia, ginecologia, dermatologia, clínica geral e oftalmologia por encaminhamento das UBS. Os Prontos Atendimentos disponíveis atuam como referência no que diz respeito ao atendimento de urgência/emergência, além de atender uma demanda de serviços de saúde de baixa complexidade, funcionando 24 horas/dia.

O Pronto Atendimento é o responsável pela transferência, quando necessária, dos usuários pelo SUS-Fácil, que se comporta como um software de Regulação Assistencial cujo intuito é agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas

Gerais, garantindo, assim, melhorias constantes no acesso e atendimento prestado à população.

4 JUTIFICATIVA

Hoje existe uma grande demanda de usuários que procuram, de maneira errônea, o pronto atendimento para consultas de rotina, de menor nível de complexidade e eletivas, dessa forma, superlotando o atendimento, sobrecarregando funcionários e estendendo o tempo de espera de pessoas que realmente precisam de atendimento prioritário. Percebe-se então, que a atenção primária de saúde não tem tido resolubilidade nas necessidades dos usuários adstritos a sua ESF, fazendo com que este procure outros meio de atendimento, pulando as etapas pertinentes as redes de saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Um dos ramos da educação geral é a educação em saúde, que visa garantir a dignidade da pessoa humana através da promoção da saúde e da objetivação dos direitos humanos fundamentais, que se fazem presentes na autodeterminação e responsabilidade pela própria vida, tendo uma visão total de sua existência e das necessidades humanas (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Educar para saúde é ir além da assistência curativa, priorizando ações preventivas e promocionais, reconhecendo os usuários dos serviços de saúde como sujeitos portadores de saberes e condições de vida, estimulando-os a lutarem por mais qualidade de vida e dignidade (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

As intervenções necessárias para a promoção da saúde devem estar centradas num trabalho coletivo e garantidas através de políticas sociais que possibilitem uma assistência humanizada e resolutiva. Essas intervenções devem permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações educativas onde as famílias e as comunidades sejam o foco central da atenção à saúde (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Para promover saúde deve-se refletir sobre o objeto saúde, considerando-a um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos, e que permita viver com qualidade. As ações de promoção à saúde propõem reorientar os serviços de saúde, indo em busca de atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo, e lutando contra as desigualdades através da construção de cidadania e essas ações estão contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela portaria n.º 687, de 30 de março de 2006 (OLIVEIRA; SANTOS 2011).

Dentre as inúmeras atribuições dos profissionais da ESF estão as ações educativas, que fazem destes, agentes de mudanças individuais e coletivas no contexto biopsicossocial de atenção à família. Fica assim atribuído aos profissionais da atenção à família o papel de facilitador do processo de educação em saúde, uma vez que a ESF se comporta como uma estratégia operacionalizada por uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro está inserido e tem papel fundamental (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

A ação educativa é um dos princípios norteadores das ações do

enfermeiro, e se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem, em geral. A imagem do enfermeiro é vista sempre associada ao papel de cuidador e, ao cuidar, ele educa e busca criar a corresponsabilização com o outro, aumentando a autonomia do sujeito sobre sua saúde. Sendo assim, a educação pode ser considerada uma forma de cuidar e o cuidado uma maneira de educar (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

A Educação em Saúde pode ser feita dentro da família, na escola, no trabalho ou em qualquer espaço comunitário. Este é um componente que está presente na Carta de Ottawa, resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá, que resgata a dimensão da Educação em Saúde, além de avançar com a ideia do processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e consciência política comunitária (BESEN et al.; 2007).

A percepção de que a mudança na Educação em Saúde deve acompanhar a formação dos profissionais de saúde também está presente na declaração resultante desta conferência. Dessa forma, faz-se necessário repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social; compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm lugar entre sujeitos sociais e considerar a Educação em Saúde uma estratégia para a constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador (BESEN et al.; 2007).

Os saberes dos profissionais de saúde devem ser transmitidos para a população e socializar esses conhecimentos em interação do saber popular (que incluem crenças, valores e religião) com o saber científico, a fim de existir uma união entre esses saberes e dessa forma eliminar a subordinação da equipe de saúde para com essas pessoas, desenvolvendo assim, uma auto-orientação, além de uma iniciativa da população buscar o setor da saúde (SANTOS et al., 2008).

A educação em saúde e a comunicação estão inter-relacionadas, pois a sociedade não compreendendo as mensagens transmitidas pelos profissionais de saúde ficará impossibilitada em atuar e desenvolver um pensamento crítico, e assim buscar um serviço de saúde, apenas quando necessita (SANTOS et al., 2008).

Diante disso, cabe ao profissional de saúde, manter um diálogo á nível

dos cidadãos, buscando mais criatividade e procurando sensibilizar a população no momento das orientações, para que estes, a partir de um acesso e apropriação do conhecimento possam desempenhar seu papel na participação de prevenções, controle de agravos e assumindo um autocuidado (SANTOS et al., 2008).

Outro fato a ser observado é a necessidade de uma comunicação do profissional de saúde á nível da comunidade, para que dessa forma haja um entendimento dos cidadãos e assim os objetivos dos profissionais da estratégia saúde da família sejam almeçados, tornando a população sujeitos de sua saúde e desenvolvendo nesses cidadãos um pensamento diferente para que eles saibam o motivo de buscar o serviço de saúde não apenas quando estão doentes, mas sim, para prevenir dos agravos à saúde (SANTOS et al., 2008).

A educação que visa à emancipação dos sujeitos capacita estes a decidirem sobre as melhores maneiras para promover, manter e recuperar a sua saúde, através da compreensão de sua situação e não mais pela imposição de um saber científico. Pelo diálogo os trabalhadores e usuários constroem um saber sobre o processo saúde-doença de forma compartilhada, trocando saberes, o que possibilita além da confiança nos serviços de saúde, mudanças duradouras de hábitos e comportamentos, sem atitudes persuasivas ou de autoridade (MANTOVANI et al., 2014).

Destaca-se, então, a atuação do enfermeiro voltada à prática educativa como principal estratégia de promoção da saúde ao atuar na visita domiciliária, pois se pode estabelecer um vínculo consistente entre o binômio paciente/família e o serviço de saúde (MANTOVANI et al., 2014).

Nesse sentido, os profissionais de saúde trabalham diariamente com pessoas que possuem o seu referencial de vida, que têm os seus valores e crenças estabelecidos, mas, muitas vezes esse saber popular e suas vivências não são levados em consideração (ROECKER, NUNES, MARCON; 2013).

Portanto, para trabalhar num contexto de educação em saúde na prática junto às comunidades é imprescindível que os profissionais estabeleçam uma relação entre as ciências da saúde, as ciências sociais e a educação, com a finalidade de promover uma ação educativa democrática, respeitando a liberdade individual em busca do processo de conscientização. A ação

educativa em saúde se refere às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando a melhoria da qualidade de vida e saúde (ROECKER, NUNES, MARCON; 2013).

Desse modo, dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramenta fundamental para estimular tanto o autocuidado como a autoestima de cada indivíduo, e muito mais que isso, de toda a família e comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários (ROECKER, NUNES, MARCON; 2013).

6 PÚBLICO-ALVO

Gestores e Enfermeiros que trabalham na Atenção Básica de Saúde e usuários que tem acesso e estão adstritos às Estratégias de Saúde da Família.

7 OBJETIVOS

7.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para tornar as unidades básicas de saúde a porta de entrada dos usuários na rede de serviços do município através de educação em saúde.

7.2 Específicos

Identificar os nós críticos referentes ao atendimento da clientela nas unidades básicas de saúde do município.

Propor a implantação do acolhimento com classificação de risco pelo Protocolo de Manchester nas unidades básicas de saúde com equipes de saúde da família.

8 METAS

Conscientizar os enfermeiros sobre a necessidade urgente e a importância de educar a população para as reais funções da ESF para que os usuários não procurem um serviço não-condizente com suas verdadeiras necessidades, ensinando sobre a hierarquias dos serviços e mostrando que a porta de entrada aos serviços de saúde é, e não há outra, as UBS.

9 METODOLOGIA

Para que as Equipes de Saúde da Família se tornem referência primária no atendimento, garantindo a integralidade da assistência e a prestação de cuidados contínuos em saúde, propõe-se o seguinte plano de intervenção:

Quadro 1: Plano de intervenção para tornar as Equipes de Saúde da Família a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde no município de Alfenas/MG.

Nó crítico	Objetivo	Ação	Responsável	Prazo
As ESF não constituem a porta de entrada preferencial para os usuários na rede de serviços de saúde.	Tornar as equipes de ESF a porta preferencial para os usuários na rede de serviços de saúde.	Facilitar o acesso dos usuários residentes no território de abrangência dimensionando a capacidade e garantindo o atendimento nas UBS.	Secretaria Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família.	1 ano
Não há um processo de avaliação das necessidades dos usuários nas UBS, detectando os casos de risco e nem priorização do atendimento.	Garantir atendimento priorizado segundo o grau de risco.	Implantar processo de avaliação das necessidades dos usuários por meio da classificação de risco através do Protocolo de Manchester.	Secretaria Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família.	1 ano

Serão organizadas ações educativas diariamente aos usuários que vão a UBS, primeiramente com a adoção do acolhimento com classificação de risco e com ações explicativas, principalmente, das enfermeiras dos serviços de saúde e através do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que ao realizarem suas visitas domiciliares de rotina, abordarão o tema.

10 RECURSOS VISUAIS

Para as ações educativas, as informações serão passadas de forma verbal e por folhetos explicativos.

11 RECURSOS HUMANOS

Os profissionais que estarão envolvidos neste projeto serão a enfermeira, o médico, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde

12 CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde é constituída por um conjunto de ações que proporcionam a promoção, a prevenção e reabilitação em saúde. Garante através de seus princípios norteadores que o atendimento a população seja realizado de maneira integral, além de permitir a resolução de problemas bem como a organização dos serviços de saúde e se responsabiliza pela qualidade do atendimento nos diversos pontos de atenção.

Portanto, como política de saúde, a ESF reorienta a prática do cuidado, tornando viável o modelo adotado pela Atenção Primária, fortalecendo-a. Constitui-se a porta de entrada preferencial para o atendimento do usuário na rede de serviços de saúde e torna-se, então, necessário no município de Alfenas-MG, a adoção do Plano de Intervenção para que as Equipes de Saúde da Família possam constituir a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde, adotando o acolhimento com a classificação de risco em todas as unidades e a educação permanente dos profissionais e usuários sobre a busca do atenção primária como o primeiro contato com a UBS.

Educar é uma maneira de construir cidadania, formar indivíduos conscientes de seus direitos e deveres e capazes de lutar por eles. Além disso, a educação é capaz de proporcionar ao homem a compreensão de sua realidade, permitindo-lhe desafiá-la em busca de soluções para o enfrentamento dos problemas individuais e coletivos.

Diante dos resultados encontrados, torna-se necessário ressaltar que as práticas educativas em saúde nos municípios devem ser planejadas pela equipe e gestores, devem estar inseridas junto às ações de assistência integral e culminar na produção de saberes coletivos, propiciando ao indivíduo autonomia e capacidade de cuidar-se, cuidar de sua família e dos que estão ao seu redor. E ainda, que a capacitação e educação permanente dos profissionais constituem uma opção viável para tornar as ações educativas mais adequadas às necessidades da população.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

O projeto, após implantado, será avaliado bimensalmente, nas unidades de pronto atendimento, no que diz respeito a diminuição do número de atendimentos de rotina, baixa complexidade e eletivos; e nas unidades de saúde, quanto a melhoria da gestão do enfermeiro frente ao acolhimento e do agendamento de consultas, proporcionando maior eficácia e resolubilidade das necessidades da população.

REFERÊNCIAS

- BESEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde**: CONASS, 2010. 108 p. (CONASS Documenta; 21), p.18.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.20, 2009.
- CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG – curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. 80p.
- DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: Reflexos do “Discurso Vazio” no Acolhimento com Classificação de Risco. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**- 15(3):524-530; jul-set.2011.
- MANTOVANI, M. F. et al. Representações de educação em saúde para a equipe da estratégia de saúde da família. **Cienc Cuid Saude**. 2014 Jul/Set; 13(3):464-470.
- MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local**. Oficina 2 e 3 - Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
- MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Acolhimento e Classificação de Risco**. Oficina 5 - Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado de Saúde. **Resolução SES Nº 2334**, de 08 de junho de 2010. Define o valor do incentivo financeiro por município para implantação do Protocolo de Classificação de Risco em Urgência e Emergência- Sistema Manchester.

NASCIMENTO, E.R.P. do; *et al.* Classificação de risco na urgência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm.** UFRJ; Rio de Janeiro, Jan/Mar, v 19, n 1, p.84-8,2011.

OLIVEIRA, R. L.; SANTOS, M. E. A. Educação em saúde na estratégia saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG** - V.4 - N.2 - Nov./Dez. 2011.

PAULINO, V. C. P.; SOUZA, P. R.; BORGES, C. J. Contribuições da educação permanente em serviço no contexto da estratégia de saúde da família. **Itinerarius Reflectionis**. v. 2, n. 9. 2010.

PEREIRA, R. P. A. O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. **Grupo de Estudos em Saúde da Família**. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm Acesso em: fev. de 2011.

RIBEIRO, L.M. Emergência X Atenção Eletiva, um problema a ser resolvido. **Fundação Oswaldo Cruz/Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca**. 2009. Trabalho de conclusão de Curso de Gestão em Saúde, 2009.

ROECKER, S., NUNES, E. F. P. A., MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 157-65.

ROSA, W.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. nov/dez.v.13, n. 6. p.1027-34, 2005.

SANTOS, A. M. R. et al. Participação popular no processo de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. **R. Interd.** v.6, n.4, p.132-141, out.nov.dez.2013.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. **Brasília: UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002.

TOLEDO, A. D. Acúria de enfermeiros na classificação de risco 2009 em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte, 138 f. Dissertação (Mestrado), Belo Horizonte, 2009.

TORRES, H. de C.; Lélis, R. B. Oficina de formação de profissionais de equipe de S.F. para gestão de acolhimento com classificação de risco. **Ciência y enfermería**. v 16, n. 2, p.107-113, 2010.

TURCI, M. A. Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte 2008, 432 p.

VACONCELOS, M; GRILLO, M. J.C.; SOARES, S.M. Práticas pedagógicas em Atenção Básica a Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **NESCON/UFMG**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009, 72p.