

Curso para Mudança do Modelo da Atenção Primária em Região de Saúde do Distrito Federal

Lúisa Portugal Marques¹
Cláudia Mendes Feres²
Alcir Galdino de Oliveira Filho³
Lilian Silva Gonçalves⁴

RESUMO

Introdução: Alicerçado no SUS e na PNAB, o Distrito Federal, por meio das Portarias 77 e 78, sistematizou o Converte. A Região de Saúde Norte realizou um curso diferenciado para esse processo.

Objetivo: Apresentar a operacionalização do curso.

Método: Utilizou-se a Residência em Medicina de Família e Comunidade e os Gerentes de Território, e propôs-se, coletivamente, a reestruturação do módulo prático e das reuniões de equipe.

Resultados: Construiu-se um ambiente semelhante à Residência, resgatando-se valores e diretrizes da APS.

Conclusão: O planejamento participativo com a aproximação de diferentes atores tornou-se diferencial e potencializador do curso do Converte na Região Norte.

Palavras-Chave: atenção primária a saúde; estratégia de saúde da família; gestão em saúde.

¹ Médica de Família e Comunidade da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal, 61 999429472, luisaportugalmarques@gmail.com;

² Psicóloga da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal, Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília, 61 992158511, cmendesferes@gmail.com;

³ Médico de Família e Comunidade da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal, 61 991912940, galdino.alcir@gmail.com;

⁴ Médica de Família e Comunidade da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal, 61982040020, medlilian19013@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma-Ata (1978)¹ confirmou a saúde como direito humano fundamental e sua garantia como importante meta social mundial. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS)², instituído pela Constituição Federal de 1988, iniciou o processo de reorganização da atenção à saúde. Nos últimos 20 anos a proposta para Atenção Primária à Saúde (APS) é a Estratégia Saúde da Família (ESF) (Göttems, 2009)³. Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. No Distrito Federal, o cuidado primário tem sido prestado em postos rurais e centros de saúde, com a oferta de especialidades em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia. (Göttems, 2009). Este modelo tornou-se o contraponto à implantação da ESF. Em 2017 as Portarias nº 77⁵ e nº 78⁶, atualizaram a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e propuseram a conversão de todas as Unidades Básicas de Saúde para o modelo de ESF. As Portarias estabeleceram diretrizes comuns para a SES/DF, e incentivaram que a implantação fosse regionalizada, valorizando as singularidades dos territórios. Os profissionais da APS não contemplados pela Portaria 77 deveriam optar por exercer suas atividades em outros pontos da rede ou se capacitar para atuar como médicos e enfermeiros de equipes da ESF. A SES/DF ofereceu às Regiões um Curso que contemplou módulos teóricos e práticos. Devido às peculiaridades regionais foi reestruturada a parte prática e de reuniões de equipe na Região Norte. O objetivo deste relato é apresentar como foi estruturado o Curso na Região Norte.

MÉTODOS

Em decorrência da portaria 78, criaram-se 8 equipes de transição de estratégia de saúde da família (ETESF), com 3 médicos, 3 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem cada, alocadas em 2 UBS, denominadas de UBS de transição. A Região Norte tem uma equipe de gestores empática à implementação da ESF. Após reuniões com Conselho Regional de Saúde de Sobradinho, Associação Brasiliense de Medicina de Família e Comunidade e Gerência de Áreas Programáticas (GAP), contruiu-se uma proposta regionalizada para o curso do Converte. O plano de ação buscou otimizar o processo de aprendizagem e,

com a expertise dos preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade, elaborou-se coletivamente os passos para mudança. Aumentou-se de 4 para 8 semanas a parte prática de atendimento compartilhado e reduziu-se a carga horária de 20 para 10 horas semanais, com a manutenção das escalas e da assistência à população. Ao fortalecer a comunicação e a interação entre os serviços, construiu-se um espaço seguro para atuação no novo modelo com resgate dos valores do SUS. Duplas de profissionais das ETESFs se dirigiram a uma equipe de saúde da família (eSF) apoiadora para fazer atendimentos compartilhados e discussões de casos clínicos. Facilitadores se deslocaram até as ETESFs para reunião de equipe. O facilitador de núcleo debateu temas teóricos - trabalho em equipe e PNAB; territorialização e diagnóstico situacional; vigilância em saúde; gestão clínica e comunicação institucional; visita domiciliar e gestão da agenda; promoção em saúde e práticas integrativas em saúde; acolhimento e comunicação – em diferentes equipes. O facilitador de campo (fixo) apoiava sempre a mesma equipe nos debates presentes no dia a dia de atuação.

RESULTADOS

Percebeu-se que a parte prática foi um ambiente de aprendizagem semelhante à residência médica, o que gerou conforto e segurança aos profissionais. A equipe de apoiadores e a GAP receberam feedbacks dos profissionais das ETESFs que se referiam motivados pela APS e surpresos com trabalho executado pelas eSFs. Os profissionais relataram mudanças nas suas concepções acerca da medicina de família e comunidade. Houve depoimentos de servidores que se encontravam desestimulados e retomaram a determinação e crença no trabalho exercido. No módulo de Reuniões de Equipe, o processo de aprendizagem foi fortalecido, valorizando os princípios da APS. Muitos relataram a redescoberta da reunião de equipe como um espaço essencial para aprimoramento dos processos de trabalho na eSF. A alegria e motivação dos servidores ao final do curso foi notória.

CONCLUSÃO

O planejamento participativo e a aproximação entre os atores, dividindo conhecimentos, anseios, dúvidas e angústias, foi o grande diferencial da implantação do curso na Região Norte. Tal metodologia proporcionou um curso que trouxe,

aos profissionais capacitados, um reencontro com valores e princípios da APS, além do sentimento de acolhimento e apoio para atuação no novo modelo. O processo de construção coletiva mostrou-se como uma ferramenta potente para criação espaços de formação condizente com as

demandas dos servidores. Sugere-se aplicação de sistematizações semelhantes, desde o seu planejamento até a sua execução, em outras Regiões de Saúde. Assim, impulsionar-se-á a construção de uma APS forte e resolutiva no DF.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
2. BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro gráfico, 1988. 292p.
3. GOTTEMS, LBD. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Caderno de Saúde Pública [online]. 2009; 1409-1419.
4. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. (PACS). (SUS). Diário Oficial da União, 2006; 28 de março.
5. Portaria nº77. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 2017; 14 de fevereiro.