

CUIDADO INTERSETORIAL: PROMOVENDO A ARTICULAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E UMA CRECHE

Intersectorial care: promoting coordination between the health team and a family day care facility

Américo Yuiti Mori¹, Márcia Niituma Ogata²

RESUMO

Este relato apresenta a experiência de um projeto desenvolvido junto a uma equipe de saúde da família e a uma creche pertencente ao seu território de abrangência. O seu objetivo foi articular os equipamentos sociais para promover uma atuação intersetorial com a perspectiva de potencializar as ações através da educação em saúde. Foram realizadas reuniões com a creche e acompanhamento da rotina de trabalho das educadoras, o que oportunizou o reconhecimento do cotidiano da sua produção do cuidado e educação. Ao longo do processo, perceberam-se conflitos e a necessidade de fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e as educadoras da creche. As estratégias utilizadas para a articulação das ações foram: a problematização das demandas levantadas junto às educadoras e sua discussão na reunião da equipe de saúde, proposição de oficinas de educação em saúde com as educadoras, reuniões para planejamento conjunto e atenção à saúde de crianças referenciadas pelas educadoras. A construção da parceria ainda está em processo, e já é possível observar que a aproximação dos trabalhadores dos dois serviços e a articulação de suas ações contribuem na mudança das práticas de saúde, vão ao encontro da promoção da saúde e fortalecem o Sistema Único de Saúde na medida em que seus princípios se traduzem no cotidiano dos serviços.

PALAVRAS-CHAVES: Ação Intersetorial; Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

This report presents the experience of a project developed with a Family Health Program team and a public day care center within their catchment area. Its objective was to articulate the social facilities to promote intersectorial action, with a view to enhance the actions by health education. Meetings were held with the day care center professionals, and their work routine was monitored, which helped with the recognition of their daily care and education production. Throughout the process, conflict was perceived, as well as the need to strengthen the bond between the health educators and day care center teams. The strategies used to articulate the actions were: problematization of the demands raised by the educators and their discussion at the meeting of the health team; proposals for workshops on health education with the teachers; meetings for joint planning and health care of children referenced by educators. Partnership construction is still in process, but it is possible to observe that the approximation of the workers of the two services and the articulation of their actions can contribute to changing the health practices, enhancing health promotion and strengthening the National Health System, as their principles are put into action in the daily services.

KEY WORDS: Intersectorial Action; Health Education; Health Promotion; Family Health.

¹ Américo Yuiti Mori, Universidade Federal de São Carlos. Residente de Enfermagem do Curso de Pós-Graduação Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. E-mail: americomori@yahoo.com.br

² Márcia Niituma Ogata, Universidade Federal de São Carlos. Docente Doutora do Departamento de Enfermagem - Núcleo de Saúde Coletiva. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica em Saúde é caracterizada por um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que devem ser desenvolvidas de forma integral e contínua. O trabalho das equipes de saúde, que é atrelado a uma base territorial, pela qual se busca a responsabilidade sanitária, deve ser orientado pelas características e necessidades da clientela. Por sua vez, espera-se que essa, preferencialmente, se vincule à rede de serviços de saúde através da Atenção Básica.¹

O Ministério da Saúde assumiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), lançada em 1994, como política prioritária para reorientação do modelo assistencial por meio da Atenção Básica. A estratégia segue os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, como diretrizes, estabelece a área de abrangência e a adstrição da população a ser atendida. Essa área de abrangência é chamada de Território, o qual deve ser o objeto de trabalho da equipe de saúde.^{1,2}

O território não é composto apenas pelo espaço físico. Trata-se das relações entre as pessoas e destas com o espaço que ocupam. Desse processo interativo, há a produção de vida e de desgastes que incidem sobre ela.³

A base de intervenção das equipes do ESF no território pode ser sistematizada no conceito de Vigilância à Saúde, que se apoia na ação intersetorial e que procura reorganizar as práticas de saúde em determinada área sanitária, considerando seus determinantes sociais e riscos epidemiológicos de forma continuada, singular, e participativa. Articula-se através de ações de promoção, prevenção e cura para intervir sobre as necessidades existentes na perspectiva da integralidade do cuidado e princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.⁴

Nesse movimento, destaca-se a importância atribuída aos novos conceitos das ciências humanas e de métodos advindos da união da epidemiologia e da geografia que possibilitam avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, orientando, desse modo, o planejamento de práticas e ações de promoção à saúde.⁵

Segundo a Carta de Ottawa⁶, a saúde é um importante bem para o desenvolvimento social e econômico. E as ações de promoção da saúde objetivam fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis à vida. Por conseguinte, demanda uma ação coordenada entre todos os setores sociais e econômicos, organizações da sociedade civil, autoridades locais, indústria e mídia. Seu foco baseia-se no desenvolvimento comunitário, políticas públicas saudáveis e desenvolvimento da habilidade pessoal.⁷

Pedrosa⁸ aponta a promoção da saúde como sendo uma produção importante no campo da saúde, a qual possui a

perspectiva conceitual, metodológica e instrumental que se traduz no conceito de saúde ampliada. Atua sobre as condições que proporcionem qualidade de vida e o interagir através da solução de problemas por meio da mobilização e participação da sociedade.

A busca pela construção de um sistema de saúde que seja calcado na perspectiva da integralidade leva em consideração uma reinvenção nas formas de produzir saúde. Exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros capazes de gerar compromissos entre usuários, gestores e trabalhadores nos modos de gestão e das práticas de saúde junto ao território.

A ampliação no modo de compreender o processo saúde-adoecimento transforma a perspectiva das práticas de saúde, que nesse novo arranjo se volta para as necessidades sociais e extrapola o próprio setor saúde.⁹ Considerar essa complexidade de relações demanda a articulação com diversos setores para compreensão e formulação de intervenções mais efetivas.

Dessa forma, a promoção da saúde na ESF prevê uma atuação intersetorial, o que inclui articulação dos serviços de saúde com outros equipamentos sociais, como escolas e creches para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde.

Nessa lógica, a educação em saúde é encarada como estratégia para a promoção da saúde que aponta para um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivista e transversal e que são capazes de gerar mobilização para a mudança sobre os jeitos que a vida acontece.

Na vertente da educação defendida por Pedrosa⁸, a educação em saúde é entendida como uma prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informações, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.

Levando em consideração essas dimensões da promoção da saúde e o contexto do território, desenvolveu-se o projeto “Produção de Cuidado Intersetorial”. O seu objetivo foi aproximar a equipe de uma unidade de saúde da família do município de São Carlos/SP e uma creche municipal pertencente ao seu território de abrangência para desenvolver articulação e atuação intersetorial com a perspectiva de potencializar as ações através da educação em saúde.

A experiência ocorreu ao longo do segundo semestre do ano de 2008, sob responsabilidade dos residentes de enfermagem e de nutrição que atuavam junto à equipe de saúde. Fez parte das atividades em comunidade do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos

(UFSCar), o qual se configura como estratégia da gestão municipal e política de formação do Ministério da Saúde para qualificação de trabalhadores para o SUS e mudança do modelo técnico-assistencial.¹⁰

DESENVOLVIMENTO

No ano de 2007, a equipe de saúde elegeu o trabalho intersetorial como estratégia fundamental para o enfrentamento dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, uma vez que percebeu que as suas ações isoladas tinham um impacto limitado sobre os aspectos e condições de vida da comunidade. Para tanto, iniciou aproximação com representantes locais das secretarias da assistência social e cidadania, esporte e lazer. No entanto, por questões de organização do processo de trabalho da equipe, as ações não avançaram, sendo ainda sufocadas por uma agenda de prioridades orientada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Já em 2008, em outro momento de amadurecimento da equipe, o olhar voltou-se para o território e foi constatado que a maioria (72,9%) das crianças matriculadas na creche era de famílias cadastradas na unidade de saúde. Avaliou-se que a equipe de saúde enfrentava grandes dificuldades em lidar com a situação de saúde das crianças e suas famílias. O acompanhamento em puericultura não possuía regularidade na adesão e algumas mães ou cuidadores levavam as crianças até a unidade somente em situações de agravo. Um dos indicadores importantes apontados pela equipe foi o atraso no calendário vacinal das crianças.

Paradoxalmente, era frequente a direção da creche encaminhar crianças que apresentavam algum tipo de agravo para a unidade de saúde. Frente a esse cenário, a equipe se propôs a realizar visitas à creche, nas quais as educadoras manifestaram dúvidas e solicitaram orientação de como proceder em algumas situações de adoecimento ou agravo à saúde das crianças.

Com esta aproximação, percebeu-se a necessidade de fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e trabalhadoras da creche. Ficaram visíveis os conflitos entre ambas e a necessidade de articulação do trabalho em função do desconhecimento sobre o funcionamento de cada um dos serviços. Esse projeto foi desenvolvido para gerar aproximações e articular a atuação da creche e a da equipe de saúde com a perspectiva de potencializar as ações através da educação em saúde.

Após algumas reuniões com a direção da creche e as educadoras, foi elaborado o projeto “Produção de Cuidado Intersetorial”. Ele foi apresentado à equipe de saúde, à

Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional da UFSCar e à Direção da Educação Infantil, sendo finalmente aprovado pela Secretaria Municipal de Educação de São Carlos.

As atividades em campo foram orientadas pelo referencial da Pesquisa Participante, na qual existe ampla e explícita interação entre os atores envolvidos na situação. Dessa interação resultam as trocas sobre as percepções da realidade que, por si só, representam a essência do processo educativo e um passo para a transformação da realidade concreta. Na percepção dessa realidade, emergem problemas a serem trabalhados e as possíveis soluções a serem encaminhadas em ações concretas. O objeto do trabalho não se constitui em pessoas, mas sim, em situações sociais e seus problemas, pressupõe a produção do conhecimento através da problematização e relação dialógica, e na implicação das pessoas ligadas à situação.¹¹

Na primeira etapa do trabalho de campo, foi realizado o que nomeamos de observação e vivência da realidade, que consistiu em passar períodos junto às crianças e educadoras da creche para conhecer a dinâmica e rotina dos berçários. Essa fase possibilitou a compreensão e problematização das dificuldades encontradas pelas educadoras na relação de educação e cuidado com as crianças e dessas com seus cuidadores.

Os achados foram sendo registrados ao longo do processo para posterior problematização junto à equipe de saúde e educadoras. Desse levantamento, destacamos a potencialidade das educadoras em identificar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças durante as atividades pedagógicas, como também alterações físicas diante da observação das eliminações e do corpo durante a troca de fraldas e banho das crianças. Com relação às questões demandadas pelas educadoras, surgiram temas como parasitoses, doenças e alterações da pele, diarreia, alimentação, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, o problema de comunicação entre educadoras, equipe de saúde e pais das crianças e situação de pobreza do bairro.

No decorrer da aproximação, não houve fases estáticas, algumas informações foram sendo problematizadas junto à equipe de saúde e algumas demandas foram imediatamente trabalhadas com as educadoras.

À medida que as demandas das educadoras eram captadas, foram sugeridas oficinas de educação em saúde com o objetivo de potencializar a identificação, prevenção e intervenção junto aos problemas ou agravos. O processo de interlocução foi levado para a reunião da equipe de saúde, a qual ocorre semanalmente. Alguns profissionais foram mobilizados para a discussão de casos e atendimento clínico

demandados pela creche, buscou-se também a participação em reuniões junto à creche.

Com a melhora na relação com a creche, também foi possível o enfrentamento conjunto de algumas situações como, por exemplo, um surto de diarreia que ocorreu no mês de outubro de 2008. Assim que algumas crianças apresentaram mudanças no padrão das eliminações, a creche entrou em contato com a unidade de saúde e solicitou ajuda no manejo da situação. Ao todo, foram encaminhadas 11 crianças para avaliação na unidade. A creche combinou com a unidade o melhor horário para encaminhar as crianças juntamente com as cuidadoras, a unidade procedeu ao atendimento e aproveitou para realizar um grupo de orientações sobre diarreia, desidratação e soro caseiro. Foram também discutidas com as mães as dificuldades enfrentadas em sua rotina diária de trabalho e cuidados domésticos. Nessa conversa, muitas manifestaram a importância da creche e da unidade de saúde, uma vez que cumprem com duplas jornadas de trabalho e existe dificuldade de acesso a outros serviços de saúde.

Em seguida, a equipe visitou a creche para conversar com as educadoras sobre o episódio e, nesta conversa, foram problematizados temas como as causas da diarreia, risco de desidratação e medidas preventivas.

Realizou-se também uma reunião com a diretora e educadoras da creche para explicar como funciona a dinâmica da unidade de saúde e seus objetivos com a estratégia saúde da família. As educadoras expuseram a queixa da ausência de alguns profissionais, principalmente da médica, para atendimento em alguns períodos. A equipe esclareceu a rotina da unidade e apresentou a agenda de atividades dos profissionais, justificou a ausência nos períodos por causa da realização da Visita Domiciliar, compensação de horas e supervisão de estudantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse processo ainda está em desenvolvimento, mas alguns dados de realidade já comprovam a potencialidade da articulação entre os equipamentos sociais e estreitamento do vínculo entre educadoras e equipe de saúde.

A relação apresentou melhora através de processos comunicacionais mais efetivos, o encaminhamento de crianças pela creche, quando em situação de agravo ou de doença, é feito por contato telefônico e/ou através de uma “guia de encaminhamento”, especialmente criada pela unidade de saúde e pactuada com a creche para o encaminhamento da criança. Nela existem informações como identificação e a percepção das educadoras sobre o que a criança apresenta. A unidade de saúde devolve a guia com registro do

cuidado prestado e orientações necessárias. Assim, o fluxo de comunicação não se perde entre educadoras, equipe de saúde e responsáveis pelas crianças.

A consolidação da parceria ainda está em processo e tem como metas o desafio de fortalecer o vínculo entre equipe de saúde e educadores, inserindo-os cada vez mais nas atividades propostas junto à creche, consolidar a ideia do fluxo de comunicação para as crianças para as quais a creche demande atenção a construir e executar um cronograma de oficinas de educação em saúde junto aos educadores para o ano de 2009.

Nesse processo dialógico, as educadoras e a equipe puderam trocar percepções sobre a situação de saúde e condições de vida das crianças que acompanham, o que contribui para ampliação do olhar e avanço na mudança do foco da atenção à saúde para as necessidades e condições sociais. Avança na concepção de saúde ampliada e na reinvenção das práticas dos serviços.

Acreditamos que esse esforço deve fazer parte das ações prioritárias da ESF, inclusive mais do que as ações focalizadas de Programas. Eleger essas ações como pauta na agenda dos profissionais e serviços de saúde faz parte dos passos estratégicos para a concretização de um sistema de saúde integral, universal e equânime, assim como preconiza o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; [Citado em 2008 set 8]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>.
3. Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad Saúde Pública*. 2000 set; 16(3):595-617.
4. Paim JS. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. Cap. 8, p. 161-74.
5. Barcelos C, Pereira MPB. O território no programa de saúde da família. *Rev Hygeia*. 2006 jun; 2(2):47-55.

6. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa, “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”. Ottawa: OMS; 1986.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. Pedrosa JIS. Promoção da saúde e educação em saúde. In: Pedrosa JIS. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Opas/Hucitec; 2006. Cap.4, p. 77-95.

9. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005 jul/ago; 21(4):1260-8.

10. Universidade Federal de São Carlos. Manual da residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2007-2009. São Carlos: UFSCar; 2007. 55p.

11. Brandão CR. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1987. 252p.

Submissão: maio de 2009

Aprovação: setembro de 2009
