

## REVISÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DESENVOLVIDA EM UM PROJETO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

*Maria Tereza Teles Santos \**

*Adelina Neusa L. Sennes \*\**

*Rosângela Maria Greco\*\*\**

*Hisako Shima \*\*\*\**

*O Trabalho relata um programa de revisão da prática assistencial prestada na Unidade de Saúde da região-alvo do Projeto de Integração Docente-Assistencial – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Município de São Paulo. Envolveu-se no programa a grande maioria dos trabalhadores da Unidade que, em 8 sessões conjuntas, repensou a sua prática de trabalho, elaborando um rol de propostas de transformação da assistência. O trabalho teve como grande mérito permitir o envolvimento efetivo dos integrantes e o desencadeamento de um processo de discussão e reflexão, conjunto e participativo.*

*UNITERMOS: integração docente-assistencial, capacitação de recursos humanos, prática assistencial.*

---

*\* Médica Chefe do Posto de Assistência Médica Vila Jaguará – Administração Regional de Saúde de Pirituba/Perus do Município de São Paulo*

*\*\* Educadora de Saúde Pública – Administração Regional de Saúde de Pirituba/Perus do Município de São Paulo*

*\*\*\* Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*

*\*\*\*\*Nutricionista, Professor Assistente Doutor, Chefe do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*

## INTRODUÇÃO

A Integração Docente-Assistencial (IDA) vem sendo adotada há cerca de 10 anos pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS), como referencial teórico – metodológico privilegiado para nortear o ensino e a pesquisa da assistência de enfermagem em saúde coletiva<sup>6,7</sup>.

Em meados de 1986, constituiu-se formalmente na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) um Grupo de Trabalho Interdepartamental para implementar um Projeto de Integração Docente – Assistencial (PIDA) junto a serviços de assistência à saúde. Em junho de 1991, em consonância com o novo Estatuto da Universidade de São Paulo<sup>16</sup>, o Grupo de Trabalho foi transformado em Núcleo de Apoio às Atividades de Trabalho foi transformado em Docente – Assistencial em Saúde Coletiva (NACE: IDASC)<sup>12</sup>. Nesta trajetória de mais de 5 anos, o grupo atuou no Município de Taboão Serra e, a partir de 1990 vem desenvolvendo suas atividades junto à Administração Regional de Saúde de Pirituba – Perus (ARS-8) do Município de São Paulo, em virtude do Termo de aditamento ao Convênio firmado entre o Município de São Paulo e a Universidade de São Paulo, através da Secretaria Municipal de Saúde e da Escola de Enfermagem, visando a instituição de cooperação técnica na área de Saúde Coletiva<sup>11</sup>.

Busca-se através do PIDA, uma crescente articulação interinstitucional propiciada por um processo que tem como pressupostos: a participação de todas as partes envolvidas (docentes e alunos da EEUSP, trabalhadores da área de saúde e representantes da comunidade), a construção coletiva e a responsabilidade compartilhada, visando a transformação do ensino e a da assistência de enfermagem em saúde coletiva. Dessa forma, todas as propostas de mudanças ou atividades a serem implementadas são discutidas e definidas no conjunto das partes envolvidas<sup>18</sup>.

O projeto engloba 4 áreas de atuação, a saber: Ensino de Enfermagem Capacitação da Força de trabalho, Intervenção Intra e Extra-Muros<sup>\*\*\*\*\*</sup> e de investigação em Saúde Coletiva. Procura-se articular as propostas de atuação nessas 4 áreas de modo que, ao mesmo tempo em que se atende às finalidades do PIDA, desenvolvem-se atividades relativas ao estágio curricular das disciplinas do Departamento, de pesquisa na área de saúde coletiva e de extensão de serviços à comunidade.

O trabalho aqui relatado se refere a um programa relativo às áreas de intervenção intra e extra-muros e de aprimoramento de recursos humanos, desenvolvidos dentro da proposta do PIDA. Ele surgiu da necessidade de implementar um processo que permitisse aos trabalhadores de saúde repensar a sua necessidade de implementar um processo que permitisse aos trabalhadores de saúde repensar a sua prática frente à nova realidade da proposição do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>4</sup>.

---

*\*\*\*\*\*Englobam atividades de intervenção de enfermagem no interior da Unidade de Saúde e fora dela, como nas escolas e creche e nos domicílios dos usuários da Unidade.*

O programa, desenvolvido no período de outubro de 1990 a outubro de 1991, foi elaborado e assumido pelo conjunto dos assistentes técnicos da ARS-8 e docentes integrantes do NACE: IDASC, tendo sido implementado concomitantemente em todos os 6 Postos de Assistência Médica (PAMs) da ARS-8. No presente relato, descrevemos o processo vivenciado no PAM Vila Jaguará.

## **A PROPOSTA**

Respeitando os pressupostos que norteiam PIDA, buscou-se implementar um processo que contasse com a participação de todos os trabalhadores das unidades e de representantes da comunidade, apesar de se visualizar a dificuldades que seria enfrentada, tendo em vista a heterogeneidade do grupo com o qual trabalhar-se-ia.

Optou-se, assim, por eleger uma área programática, a de Saúde da Mulher, na tentativa de pautar o processo reflexivo em uma temática concreta e mais próxima da prática cotidiana dos participantes.

Desta forma, o programa teve como objetivo “envolver os trabalhadores de saúde em um processo coletivo de discussão e reflexão visando melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher nos Postos de Assistência Médica” da Administração Regional de Saúde de Pirituba/Perus, “através da mudança do Modelo Assistencial, contemplando nele as necessidades de saúde da clientela”<sup>15</sup>.

## **O ESPAÇO**

A ARS-8 situa-se na zona noroeste do Município de São Paulo fazendo limite com os Municípios de Caieiras, Santana do Parnaíba, Barueri e Osasco.

Em termos de população residente – 417.654 habitantes – constitui a menor ARS do Município, concentrando 3,8% do total de sua população<sup>11</sup>, apresentando uma pirâmide populacional de base larga e ápice estreito, característica de populações do terceiro mundo. Predominam na região as residências horizontais e os núcleos favelados vêm aumentando em número e tamanho. Mais da metade da população sobrevive com até 5 salários mínimos mensais, constituindo-se em uma das regiões mais pobres do Município<sup>1</sup>.

Em relação a inserção da população economicamente ativa, verifica-se que a maioria – 34,7% - trabalham na indústria, 14,94% no comércio, 12,21% em serviços e 14,7% em áreas como transporte e construção entre outras<sup>14</sup>.

As condições de saneamento básico diferem bastante conforme o local e, assim como na maioria das ARS do Município de São Paulo, apresenta, como as

principais causas de morte da população residente, as doenças do aparelho circulatório, causas externas (homicídios, acidentes de trânsito de veículos a motor e outros acidentes), neoplasmas e doenças do aparelho respiratório<sup>13</sup>.

Com o processo de distritalização do Município em busca da operacionalização do Sistema Único de Saúde, a ARS-8 foi subdividida em 2 Distritos de Saúde e o PAM Vila Jaguará, que até 1991 fazia parte da ARS-8, passou a integrar outra Administração Regional de Saúde - a de Butantã e Ipaema (ARS-2).

O PAM situava-se num local relativamente privilegiado dentro da ARS-8, na havendo em sua área de abrangência grandes núcleos favelados. É o bairro de maior concentração de indústrias, principalmente no “corredor da Rodovia Anhanguera” onde se localizam inúmeras indústrias de grande porte. Praticamente todos os domicílios têm água encanada, mas o mesmo não ocorre com a rede de esgoto<sup>1</sup>.

O Posto foi instalado em 1967 pela Prefeitura do Município de São Paulo, na rua Paiúva, 721, no Bairro de Vila Jaguará, próximo à Marginal do Tietê e às rodovias Castelo Branco e Anhanguera. Caracteriza-se por ser uma construção térrea e, na época de sua inauguração, contava com apenas 03 salas; passou várias reformas, sendo que a última, há 04 anos, resultado da reivindicação dos funcionários e da população do bairro, possibilitou sua ampliação para 21 salas, perfazendo cerca de 300m<sup>2</sup> de área.

Quando da realização deste trabalho o PAM funcionava em dois turnos das 7:00 às 17:00hs, como 37 funcionários dentre eles: 07 médicos, 02 enfermeiras, 02 psicólogas, 01 educador de saúde, 01 assistente social, 01 fonoaudióloga, 04 auxiliares administrativos e 04 serventes.

Similarmente às outras Unidades Básicas de Saúde, o PAM implementava atividades de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Adulto e da Criança, além de Saúde Mental e Bucal.

Segundo constatado em um levantamento realizado em 1989 por funcionários do PAM, sob a coordenação e orientação da direção da ARS-8, 63,5% dos usuários procuravam a unidade visando atendimento médico, 20,6% vinham em busca de medicamentos e 16,9% para recorrer à consulta de emergência<sup>5</sup>.

## **O PROCESSO E O PRODUTO**

A Articulação do processo em toda a ARS-7 foi feita por um grupo coordenador geral composto por 4 assistentes técnicos indicados pelo Diretor da ARS-8 e duas docentes da USP/EE, coordenadoras do NACE: IDASC. Cada membro do grupo se inseriu em uma das 6 sub-equipes formadas, que foram

responsáveis pela condução do trabalho no interior dos 6 PAMs envolvidos.

No PAM Vila Jaguar, esta sub-equipe foi composta pela Chefia (médica sanitária) e um representante dos trabalhadores da Unidade (educadora de saúde), por uma assistente técnica da ARS-8 (educadora de saúde) e três docentes da USP/EE (2 enfermeiras e 1 nutricionista).

Tratando-se de um programa assumido pela direção da ARS-8, o envolvimento das unidades foi mediado pelas respectivas chefias, não tendo, no entanto, caráter de obrigatoriedade.

Em decorrência dos turnos distintos de trabalho, formaram-se dois grupos de discussão (o da manhã e o da tarde), e os 06 encontros iniciais foram desenvolvidos paralela e concomitantemente nos dois grupos. Diante da necessidade sentida de compartilhar a discussão ocorrida nos 2 grupos e, de decidir em conjunto os encaminhamentos da Unidade como um todo, nos dois últimos encontros agruparam-se os trabalhadores dos dois turnos.

Os encontros foram desenvolvidos na biblioteca de uma Escola Pública de Primeiro Grau localizada em frente ao PAM.

Envolveram-se neste processo, 33 dos 37 trabalhadores do PAM, como uma participação bastante diferenciada, sendo que no grupo da manhã a frequência média dos integrantes nos encontros foi de 62,6% (variação de 20 a 80%) e no grupo da tarde 51,6% (variação de 10 a 70%).

Como a unidade não interrompeu o atendimento dos casos de emergência durante os encontros, sempre alguns trabalhadores permaneciam na unidade. Por outro lado, como o programa demandou um logo período de tempo, muitos trabalhadores saíram de férias, licença ou afastamento no seu decorrer, o que, em parte, pode explicar a baixa frequência nos encontros.

Tendo em vista a grande heterogeneidade do grupo, lançou-se mão de estratégias participativas<sup>3</sup> adaptadas a partir da Teoria Moreniana de abordagem grupal que privilegia, através de psicodrama, a participação e a interação das pessoas<sup>8</sup>, aplicada a situação pedagógica por ROMANÃ<sup>10</sup>. No presente programa recorreremos apenas ao uso de recurso do objetivo intermediário, no caso, figuras de revistas e sucatas, para facilitar o auto-conhecimento e a expressão dos participantes a respeito de uma dada temática.

**O 1º encontro** teve como tema a “**APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DA PROPOSTA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO**”.

Para a apresentação inicial de todos os envolvidos no processo utilizou-se com estratégia para descontrair o grupo, uma técnica na qual cada participante procura conhecer algumas características do seu vizinho, apresentando-o, a seguir, ao grupo.

O trabalho teve início expondo-se a proposta do programa: os objetivos, os temas a serem discutidos e a estratégia a ser utilizada com o intuito de facilitar e dinamizar a participação de todos os integrantes.

Foram formados dois subgrupos que, baseando-se num roteiro norteador

da discussão, buscaram o entendimento da proposta apresentada quanto ao objetivo e forma de desenvolvimento, analisando as facilidades e dificuldades que visualizavam encontrar no decorrer do trabalho.

O resgate das discussões dos subgrupos foi feito com o conjunto dos participantes. Apesar de não haver posições contrárias ao desenvolvimento do trabalho, houve uma manifestação geral quanto ao receio de se iniciar mais uma proposta “passível de não ser finalizada e que não traria nenhuma contribuição efetiva para a transformação do serviço prestado pelo PAM”. Encaminhou-se a discussão no sentido de que o processo deveria ser assumido como dos próprios integrantes e, assim sendo, a sua continuidade deveria ser garantida por eles mesmos, alertando-os quanto a necessidade de articular mecanismos que assegurassem o encaminhamento das postostas emergentes.

Neste encontro, foi sugerida a inclusão dos representantes da comunidade no processo em curso e os próprios participantes se encarregaram de contactar os membros do Movimento de Saúde do Bairro.

A introdução de questões específicas da mulher foi iniciada no 2º encontro que teve como tema “**CONDIÇÕES DE VIDA DA MULHER**”.

Para facilitar a expressão do tema, recorreu-se a técnica de montagem de painéis, o que foi feito através de figuras que foram escolhidas e recortadas de revistas pelos integrantes do grupo. Inicialmente cada participante fez uma reflexão individual sobre o tema, escolhendo a seguir as figuras que representassem a sua percepção; só então, houve a formação de subgrupos com a discussão e montagem dos painéis sob o tema do dia.

Ao se realizar a síntese dos painéis apresentados pelos 3 subgrupos formados, emergiram os diversos papéis assumidos pela mulher na sociedade, as suas carências, suas aspirações, as barreiras por elas enfrentadas e as facilidades e dificuldades visualizadas para suas conquistas.

A seguir, apresentou-se um vídeo sobre a problemática das condições de vida da mulher, editado pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da USP/EE<sup>17</sup>, retratando a realidade de vida de mulheres carentes do Município de Taboão da Serra.

Assim, a partir da percepção dos participantes (captada através do painel de figuras), articulada aos depoimentos das mulheres apresentadas no vídeo, aprofundou-se a discussão das questões apontadas, embasada na compreensão da determinação social das condições de vida e de trabalho dos distintos grupos da sociedade<sup>2</sup> e nas relações de gênero que as mulheres estabelecem<sup>9</sup>.

Como um trabalho preparatório para o **3º encontro** que teve como tema “**CONDIÇÕES DE SAÚDE DA MULHER**”, solicitou-se aos participantes que realizassem, no intervalo do 2º para o 3º encontro, uma série de entrevistas com mulheres, usuárias ou não dos serviços do PAM, buscando selecionar mulheres com características variadas: adolescentes, jovem adulta, idosa, gestante, mulher trabalhadora, etc.

Esta atividade foi orientada por um roteiro que, além de dados gerais de identificação tais como nome, endereço, idade, escolaridade, condições de habitação e trabalho, solicitada também um relato da mulher entrevistada sob sua percepção a respeito da própria saúde e condições de vida.

Cada entrevistador sintetizou a sua entrevista de modo a poder descrever para os demais membros do grupo as características do encontro e qual a sua percepção sobre o que havia sido relatado.

Assim, no 3º encontro, os dados das entrevistas foram resgatados, através da estratégia de representação com uso de sucatas, o que foi feito individualmente. Após este primeiro momento, os participantes se organizaram em três grupos onde o processo vivenciado individualmente serviu como uma reflexão para reproduzir no coletivo uma representação que espalhasse as diferentes fases da vida e a situação de vida e saúde das mulheres da comunidade.

Os problemas identificados foram analisados inicialmente pelo grupo com uma concepção biologizante, assistencialista e medicamentosa, mas no decorrer da sessão, o grupo caminhou na busca das suas causas e dos determinantes sociais, aprofundando na discussão dos entraves administrativos e políticos dos serviços de saúde, começando inclusive, a esboçar algumas propostas para resolução.

No **4º encontro**, para introduzir o tema a ser trabalhado – **“POLÍTICA DE SAÚDE”** - um dos membros da sub-equipe coordenadora fez uma exposição sobre evolução histórica das Políticas de Saúde no país desde 1970 até a aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Após esta apresentação os participantes se subdividiram em três grupos para leitura da Lei Orgânica da Saúde e textos sobre as emendas apresentadas no capítulo da Saúde na Constituinte, analisando e discutindo as propostas dos diversos grupos organizados e de diferentes tendências políticas. Ao final os grupos foram reunidos para apresentação do resultado das reflexões e das conclusões obtidas nesse encontro. Possivelmente devido a estratégia adotada, o trabalho deste encontro foi considerado pelos participantes como difícil e árido.

O tema do **5º encontro** foi **“NECESSIDADES DA MULHER NAS DIVERSAS FASES DO CICLO VITAL”**.

O tema foi trabalhado com os participantes uma vez mais subdivididos em três grupos, sendo que cada grupo se responsabilizou pela reflexão e discussão de uma das etapas da vida-infância, adolescência e idade adulta -, buscando identificar as características de cada fase, bem como suas necessidades e as ações possíveis de serem desenvolvidas para atendê-las.

Apesar da reflexão estar centrada na saúde da mulher, ao se reunir os subgrupos, constatou-se que em todos eles o tema havia sido extrapolado, sendo as questões apontadas muito mais abrangentes e amplas.

**“A ASSISTÊNCIA QUE PRESTAMOS”**, foi o tema do **6º encontro** e a estratégia utilizada foi a de resgatar a prática desenvolvida no PAM confrontando-a com as propostas levantadas nas sessões anteriores.

Desta análise surgiram outras propostas, mais concretas e aderentes à realidade, uma vez que a discussão teórica foi reelaborada à luz da prática diária, emergiram, assim, desde propostas de organização interna-técnico-administrativas-da Unidade até propostas de discussão para explicitação de questões políticas e ideológicas no interior do PAM.

Os dois últimos encontros realizados no PAM (7º e 8º encontros) foram destinados à “ELABORAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DAS PROPOSTAS” que seriam apresentados no seminário o final da região onde todos os planos que matariam o processo vivenciado bem como apresentariam suas propostas.

Conforme já mencionado, nestes encontros os grupos da manhã e da tarde se reuniram para realizar a análise conjunta, tanto das propostas das perfurações a serem apresentadas bem como das prioridades a serem assumidas por toda a Unidade. Ao mesmo tempo, o grupo teve como tarefa, indicar o nas instâncias de competência para o seu encaminhamento e/ou resolução.

A síntese das propostas antes resultaram texto de todo o processo encontra-se no QUADRO I (ANEXO).

Ao final do processo, foram se eu lesse e o nada pelos próprios participantes quatro respostas consideradas prioritárias para serem implementadas na Unidade, a saber:

1. Delimitação a área de abrangência da Unidade;
2. Manutenção do “prontuário-família”;
3. Manutenção da reunião com o conjunto dos trabalhadores da Unidade para planejamento e operacionalização das propostas de sua competência, buscando os que com e isso a reorganização gradativa da Unidade;
4. Reciclagem do pessoal em todos os níveis, com ênfase no nível médio.

## **DISCUSSÃO**

No início do processo, apesar da disponibilidade de participação, houve no grupo um grande descrédito em relação ao alcance dos objetivos e forte preocupação no sentido de que o trabalho não se limitasse apenas a discussões teóricas, mas que se chegasse a resultados concretos e efetivos e com garantia de implementação das propostas. Tal postura se justificava, pois o grupo havia vivenciado no ano anterior, sob coordenação da Direção da ARS-8, um trabalho conjunto de “Diagnóstico, não redundou em nenhum encaminhamento concreto, perdendo-se os dados que a acabaram desatualizados.

Apesar disso, houve e envolvimento e participação, refletido a disponibilidade da maioria dos trabalhadores do PAM em repensar a assistência à saúde que vinha sendo prestada. Cabe ressaltar o papel fundamental da chefia do PAM no sucesso

do programa implementado, ao assumir com compromisso e responsabilidade a sua coordenação, o que garantiu para continuidade de do processo e a qualidade dos resultados obtidos.

A participação dos representantes da comunidade, infelizmente não vou ocorreu efetivamente no decorrer de todo o processo: 6 representantes estiveram presentes de forma assistemática nos encontros.

Analisando o processo como um todo, constatamos que não se conseguiu, na realidade, avançar na proposta de revisão do modelo de assistência à Saúde da mulher, finalidade inicial do programa. Percebeu-se, no decorrer do trabalho, que as prioridades da Unidade, naquele momento, eram muito mais de caráter administrativo e de organização interna do serviço, refletindo a série a realidade de desmantelamento dos serviços de saúde no nosso país.

Questões como fluxo de atendimento, dinâmica do trabalho no PAM, funções e competência de cada funcionário, atividades e programas especiais desenvolvidos na Unidade, nunca haviam sido discutidas de forma sistematizada pelo conjunto dos trabalhadores do PAM.

O programa oportunizou esta discussão, possibilitando o início do repensar da prática, individual e coletivamente. Embora o trabalho tenha-se iniciado centrado na Saúde da Mulher, as propostas que emergiram, pouco tinha de específico da mulher, sendo muito mais abrangentes e contemplando várias áreas de necessidades, não restritas exclusivamente à de saúde. Assim, surgiram propostas que propunham desde a agilização do serviço de manutenção de equipamentos e organização do fluxo de atendimento, até de se discutir as funções e competências dos trabalhadores e do próprio PAM, enquanto uma unidade de assistência à saúde; rever os programas implantados, baseando-se e dado epidemiológicos da comunidade, contando para isso com a participação popular; e repensar a pratica assistencial visualizando o cliente na sua integralidade e o processo saúde/doença não estritamente na sua dimensão biológica.

Apesar do enfrentamento de muitas dificuldades e obstáculos no desenrolar do processo - crises de descrédito no programam, paralisação da Unidade devido a movimentos reivindicatórios, adiamento dos encontros em decorrência de campanhas de vacinação, de greve de transporte etc. - ao final, o processo como um todo foi considerado positivo como revelaram as avaliações finais dos participantes que se expressaram com palavras como: esperança, realização, concretização das propostas, tentativa, ação, trabalho, alerta, melhorar, desafios, gratificação, bom senso, continuação da luta, por em prática, o orgulho e empenho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Acredita-se que o grande mérito do trabalho tenha sido o de promover na Unidade o envolvimento dos funcionários no processo de discussão e de reflexão conjunta e participativa. Assim é que, surgiu como uma das propostas prioritárias

a manutenção das juniores conjuntas da Unidade para planejamento e operacionalização das questões e sugestões levantadas. É provável que isto seja resultado do fato, percebido e manifestado pelo grupo, de que a maioria das proposições envolvia a necessidade de organização e esforço da própria Unidade e, portanto, dos próprios integrantes do PAM, não dependo e exclusivamente de outras instâncias decisórias externas ela. Ou seja, a Unidade assumiu para si uma parcela da responsabilidade pela qualidade de serviço prestado à comunidade, ultrapassando o discurso comum de se atribuir a má qualidade da assistência à “crises do sistema de saúde” do país. Certamente, a transformação da qualidade da assistência em nosso meio envolve questões estruturais e conjunturais muito mais complexas, não se restringindo a mudanças burocrático-administrativas no interior das unidades de saúde. No entanto, percebeu-se que as unidades envolvidas no programa, antes de conduzirem uma discussão sobre o modelo assistencial, necessitavam de um momento para refletir sobre a dinâmica e organização do seu trabalho, momento esse validado pelo presidente programa.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos os trabalhadores do PAM Vila Jaguará que participaram do projeto, assumindo-o com responsabilidade e compromisso.

### **ASSISTANCE PRACTICE REVIEW IN A HEALTH UNIT: EXPERIENCE DEVELOPED IN A SCHOOL-SERVICE INTEGRATION PROJECT**

*The paper shows a program concerning the review of the assistance practice in a Health Unit at the target region of the School-Service Integration Project between the College of Nursing at Ribeirão Preto/University of São Paulo and São Paulo City. The majority of the health workers took part in the program which was developed in 8 meetings where they analyzed their own working practice and elaborated several proposals aiming at changing it. The greatest merit of this program was to allow the establishment of a collective and participative process of discussion and reflection.*

*UNITERMOS: school-service integration, human resources development, assistance practice*

## REVISIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE SALUD: EXPERIENCIA DESARROLLADA EN UN PROYECTO DE INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL

*En trabajo describe un programa de revisión de la práctica asistencial en una Unidad de Salud que pertenece a la región abarcada por el Proyecto de Integración Docente-Asistencial firmado entre la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo y la Municipalidad de São Paulo. Casi la totalidad de los trabajadores de la Unidad se involucraron en el programa y en las 8 reuniones conjuntas, repensaron su práctica asistencial, generando una serie de propuestas de transformación de la asistencia. El mayor mérito del trabajo fue haber permitido crear un proceso de discusión y de reflexión, colectivo y participativo.*

*UNITERMOS: proyecto de integración docente-asistencial, capacitación de recursos humanos, practicas asistencial*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANUÁRIO Estatístico do Estado de São Paulo, São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Dados – SEADE, 1990.
02. BREILH, J., GRANDA, o E. **Investigação na sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde/ABRASCO, 1986.
03. CHIESA, A.M. **O Problema do câncer cérvico-uterino na região de Pirituba/Perus**: o uso de estratégias participativas para o conhecimento das vivências das clientes. São Paulo, p. 139. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1993.
04. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8., Brasília, 1986. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
05. DIAGNÓSTICO de Saúde do Subdistrito de Vila Jaquara: São Paulo. Posto de Assistência Médica de Vila Jaguará, 1989. (mimeografado)
06. EGREY, E.Y., BERTOLOZZI, M.R. SHIMA, H. Integração docente-assistencial: a transformação da qualidade do ensino e da assistência em saúde coletiva através da condução praxiológica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 25, n 2, p. 169-79, 1991.
07. EGREY, E, Y., FONSECA, R.M.G.S. da. Dimensão pedagógica da integração docente-assistencial como estratégia de intervenção no saber/fazer em saúde coletiva. **Saúde Debate**, n. 42, p. 16-22, 1994.

08. FONSECA FILHO J. **Psicodrama da loucura**. São Paulo: D'Ágora, 1988.
09. LABRA, M.E. (org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**: São Paulo: Vozes, 1989.
10. ROMANÃ, M. A **Construção coletiva do conhecimento através do psicodrama**. Campinas: Papyrus, 1992. p. 112.
11. SÃO PAULO (Estado). Extrato de Termo de Aditamento a Convênio Firmado. Instituição de Cooperação Técnica na Área de Saúde Coletiva Prefeitura do Município de São Paulo – Universidade de São Paulo. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo. 10 out. 1990, seção I, p. 20.
12. \_\_\_\_\_ . Resolução 3.843 de 18 de julho de 1991. Cria o Núcleo de Apoio as Atividades de Cultura e Extensão Universitária: Integração Docente-Assistencial em Saúde Coletiva – NACE:IDASC. **Diário Oficial do Estado, São Paulo**, 18 set. 1991, seção I, p. 32.
13. SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura do Município de São Paulo. Programa de aprimoramento das informações de mortalidade do Município de São Paulo – PRO-AIM. São Paulo, n. 4/5, 1992.
14. \_\_\_\_\_ . Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal do Planejamento – Sempla. **Base de dados para planejamento** – distribuição espacial da população e das atividades. São Paulo, 1992.
15. TELES, J.R. et al. Regional de Saúde Pirituba-Perus (Município de São Paulo): revisão do modelo assistencial através de processo participativo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 3. Porto Alegre, 1992. **Programa**. Porto Alegre, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1992.
16. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Estatuto**. São Paulo, 1988.
17. \_\_\_\_\_ . Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. **As mulheres desprivilegiadas de Taboão da Serra**. (filme-vídeo). São Paulo: Projeto de Integração Docente-Assistencial – Escola de Enfermagem da USP/Prefeitura do Município de São Paulo. 1988. 1 cassete VHS, 34min. 46 seg. color. son
18. \_\_\_\_\_ . **Projeto de Integração Docente-Assistencial**. Escola de Enfermagem da USP – Prefeitura do Município de São Paulo. São Paulo, 1990.

## ANEXO I

### PROPOSTAS LEVANTADAS PELOS TRABALHADORES DO PAM VILA JAGUARA

PROBLEMAS/NECESSIDADES/PROPOSTAS	NÍVEL DE COMPETÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar um serviço de assistência à saúde organizado, hierarquizado e sistematizado:</li> <li>a) aumentando a retaguarda hospitalar com abertura de novas unidades e recuperação de unidades desativadas;</li> <li>b) regionalizando os Programas de Assistência à Saúde baseados em dados epidemiológicos da comunidade;</li> <li>c) delimitando a área de abrangência da Unidade através do planejamento articulado com outros equipamentos da área, levando em conta os recursos humanos existentes.</li> <li>- Buscar uma assistência à saúde que visualize o cliente como um ser humano global e não apenas como patologia, prestando atendimentos não só médico, mas assistindo a todas as necessidades de demanda através de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) atendimento multidisciplinar;</li> <li>b) manutenção do prontuário-família;</li> <li>c) implantação de atividades específicas para diversas fases da vida, através da atuação articulada com outras Instituições formais ou não de saúde (Ex: lazer orientado para crianças, atividade física para idosos, educação sexual para adolescentes, etc.);</li> <li>d) atuação mais abrangente do serviço de saúde envolvendo a família, pais e professores;</li> <li>e) capacitação dos recursos humanos;</li> </ul> </li> <li>- Implantar um processo de avaliação sistemática e periódica de propostas e programas desenvolvidos.</li> <li>- Rever e reformular a assistência em grupo.</li> <li>- Rever e reformular a orientação alimentar, pensando-se na viabilidade de alimentação alternativa e hortas comunitárias.</li> <li>- Envolver os usuários considerados de risco e que não participam de atividades e propostas do PAM, atuando de forma individualizada e verificando os motivos da não aderência.</li> <li>- Garantir meios para o desenvolvimento das presentes propostas, com utilização mais eficiente dos recursos financeiros.</li> <li>- Necessidade de um sistema de referência e contra-referência, com credibilidade.</li> <li>- Discutir, no conjunto dos funcionários do PAM, as funções e competências, o valor e a importância de seu trabalho.</li> <li>- Repensar o papel da enfermagem dentro do modelo de assistência.</li> <li>- Reciclagem e treinamento dos recursos humanos em todos os níveis, com ênfase no nível médio.</li> <li>- Necessidade de substitutos para eventual reposição do pessoal que ausenta em função de licenças, cursos, reuniões e férias.</li> <li>- Estabelecer um fluxo adequado que leve à agilização do serviço de manutenção dos equipamentos e da farmácia.</li> <li>- Divulgar junto à comunidade, as atividades desenvolvidas pelo PAM e seu papel no contexto da saúde, através de formação de grupos de matrícula e aproveitamento de todas as oportunidades para divulgar as programações do PAM e direitos e deveres dos usuários.</li> <li>- Repensar o papel da pré e pós-consulta de enfermagem, discutindo a sua função dentro do modelo de assistência.</li> <li>- Manutenção de reuniões conjuntas e periódicas como espaço para solização de todas as atividades que ocorrem no PAM.</li> <li>- As propostas de trabalho do PAM devem ser discutidas, planejadas e assumidas pelo PAM como um todo, evitando iniciativas pessoais ou de pequenos grupos.</li> <li>- Todos os funcionários devem conhecer a totalidade do trabalho do PAM propondo-se a normalização de condutas para que toda a equipe utilize a mesma orientação e linguagem.</li> <li>- Reorganizar o fluxo de coleta de materiais para exames laboratoriais e de recebimento e entrega dos mesmos.</li> <li>- Participação da comunidade junto ao PAM, através de representantes de instituições e grupos organizados, desde a fase de planejamento das atividades, visando atender às necessidades da comunidade e não só as do usuário.</li> </ul>	<p>MS/SES/SMS/ARS/DS</p> <p>SES/SMS/ARS/DS/ UNIDADE</p> <p>UNIDADE/DS/ARS/ SMS</p> <p>UNIDADE/DS/ARS</p> <p>UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>SES/ARS/DS/ UNIDADE</p> <p>MS/SES/SMS/ARS/ DS/UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>SES/ARS/DS/ UNIDADE</p> <p>SES/ARS/DS UNIDADE</p> <p>SMS/ARS</p> <p>SMS/ARS/DS UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>ARS/DS/UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>UNIDADE</p> <p>UNIDADE/CG</p>

**SIGLAS:**

MS - Ministério da Saúde

SES - Secretaria Estadual da Saúde

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

DS - Distrito de Saúde

UNIDADE - Posto de Assistência Médica

CG - Conselho Gestor da Unidade