



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE GERALDO MONTEIRO EM CANUTAMA – AM.**

DANIEL BRANDAO DE ALMEIDA

NATAL/RN
2021

ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
GERALDO MONTEIRO EM CANUTAMA – AM.

DANIEL BRANDAO DE ALMEIDA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2021

Agradeço primeiramente ao nosso bondoso e amado Deus, pois nos tem dado forças para todos os dias permanecermos firmes em nossa labuta diária; e também à minha amada família, minha esposa Georgeth Farias pela paciência e companheirismo e minha adorável filha Lis Brandão por ser meu amuleto, fonte de minhas forças e de minhas inspirações.

Dedico este trabalho ao nosso amado Deus pelo dom da vida e à minha coordenadora Dra Tânia Maria Silva da Rocha pela imensurável contribuição e ensinamentos na busca para minha formação intelectual.

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervenções realizadas no cenário de prática da unidade básica de saúde Geraldo Monteiro, no município de Canutama, no Estado do Amazonas, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: organizar o acolhimento à demanda espontânea e programada aos moldes do SUS; ampliar o atendimento e acesso aos serviços de saúde; organizar o acesso, a atenção e a assistência à Saúde da Criança, principalmente ao Crescimento e Desenvolvimento; e ampliar o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde de forma equitativa, preservando sua funcionalidade. Observou-se que a equipe alcançou um melhor aperfeiçoamento sobre os temas trabalhados durante esse período, com maior resolutividade nos serviços prestados, respeitando as particularidades encontradas, como costumes e culturas, diferentes em cada caso. Conclui-se que este projeto apenas inicia a prestação de um serviço de boa qualidade. Portanto, a partir da execução das intervenções, espera-se que a equipe possa melhorar a assistência aos usuários com o intuito de consolidar o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	08
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	12
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
6. REFERÊNCIAS	20

1. INTRODUÇÃO

Localizado na região sul do Estado do Amazonas está o município de Canutama, com uma população de aproximadamente 15.807 habitantes e um território de pouco mais de 33.000 km², que tem sua economia direcionada para o setor primário de subsistência, principalmente a pesca e a agricultura, sendo a mandioca a principal cultura cultivada para a produção da farinha (IBGE, 2020).

O sistema de saúde está organizado em duas esferas, a atenção básica e o serviço de média complexidade. A atenção básica é representada por dois estabelecimentos de saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Socorro Castro e Geraldo Monteiro. O serviço de média complexidade é representado por um hospital de 18 leitos denominado Hospital Leonardo Parente. Este atende às urgências e emergências e também dispõe do serviço especializado de cirurgia geral.

O atendimento nas UBS é realizado em sua maioria em “demanda livre” mesmo havendo equipes com territórios distintos. A demanda livre permite o acesso universal a todos os usuários, porém, por não levar em conta a demanda programada, compromete a continuidade do acesso e o segmento clínico aos pacientes. Assim, por ser um município onde a grande maioria das pessoas é de baixa renda, a quase totalidade da população é totalmente dependente desta modalidade de atendimento.

A equipe de Estratégia da Família Zona Rural (ESF-ZR) é composta por: um Médico com especialização Lato Sensu em Ultrassonografia e Dermatologia; uma Enfermeira generalista; quatro Agentes Comunitários de Saúde; e uma Técnica de Enfermagem. Juntos, a equipe tenta manter o serviço à aproximadamente 7.280 pessoas residentes na zona rural do município. Logo, observa-se como a área de atuação é muito extensa para uma equipe apenas.

Desse modo, a equipe desdobra-se para manter a esperança das pessoas que precisam de atendimento e cuidados de saúde. Como consequência, observa-se que muitas áreas acabam ficando sub-assistidas, levando à precariedade dos serviços mesmo com todo o empenho da equipe ESF-ZR.

Portanto, em comum acordo, foram selecionadas as três áreas mais carentes para realizar as microintervenções. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar as microintervenções realizadas sobre: acolhimento à demanda espontânea e programada; saúde da criança, crescimento e desenvolvimento; e atenção à saúde do idoso na atenção primária no município de Canutama-AM, na UBS Geraldo Monteiro, no território de atuação da equipe ESF zona rural e aos moldes do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para melhoria da oferta de serviço de saúde naquela cidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

RELATO SOBRE ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DE DEMANDA NA UBS GERALDO MONTEIRO EM CANUTAMA (AM)

Introdução

Como porta de entrada do SUS, a atenção básica é responsável por receber e prestar atendimento à grande maioria das moléstias de saúde no Brasil. Com a missão de resolver a maioria dos problemas que lhes são apresentados e obedecendo aos princípios do SUS, em especial a Universalidade, a atenção básica e a unidade básica de saúde da família acaba tendo como consequência o excesso de demanda gerada pelos pacientes que procuram este serviço de saúde. Por tanto, faz-se necessário uma metodologia organizacional que direcione esta demanda de pessoas de forma equilibrada de modo que permita a boa fluidez do serviço de atendimento médico, o acolhimento aos pacientes e a resolutividade proposta para a atenção primária pelo ministério da saúde.

No município de Canutama-AM, especificamente na UBS Geraldo Monteiro, onde está alocada a ESF-ZR, o atendimento é realizado diariamente na modalidade “livre demanda”, ou seja, todos os pacientes são atendidos de forma que não existe a delimitação dos territórios. Esta modalidade de atendimento permite que todos os pacientes que procuram o serviço acabem conseguindo atendimento para o mesmo dia, porém prejudica o atendimento à demanda programa, o retorno e a continuidade do acesso, pois, ao mesmo tempo em que acolhe, não mantém o segmento clínico com agendamento de retornos para entrega de exames e/ou consultas de acompanhamento e, até mesmo, para as altas médicas.

Assim, o acolhimento à demanda espontânea e programada tem, entre suas funções, a importância de organizar o acesso ao atendimento de saúde na UBS. Figuram entre os objetivos da microintervenção: organizar o acolhimento à demanda espontânea e programada aos moldes do SUS; e ampliar o atendimento e acesso aos serviços de saúde no município de Canutama (AM), especificamente na equipe ESF-ZR da UBS Geraldo Monteiro.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo do tipo relato de intervenção no município de Canutama, Estado do Amazonas, na UBS Geraldo Monteiro, que envolveu a equipe ESF-ZR composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e quatro ACS.

Após algumas reuniões de planejamento, a ação envolveu a participação de todos os usuários que procuraram atendimento médico durante o mês de fevereiro, entre os dias 01 e 26, no ano de 2021. Toda a equipe e a recepcionista participaram ativamente no acolhimento e na

organização do fluxo das demandas e/ou na orientação dos usuários e de seus familiares e acompanhantes.

Para melhor compreensão e assimilação do conteúdo da intervenção por parte do público alvo, a equipe fez uso de algumas ferramentas pedagógicas como folhetos descritivos explicando os serviços disponíveis na unidade de saúde e os dias de atendimento, telefone celular para manter comunicação com os pacientes e organizar as agendas. Foram utilizados televisores, computadores e data show/multimídia para ilustrar os serviços disponíveis e o apresentar o território adstrito de atuação da equipe.

Resultados

Destaca-se o protagonismo, união e colaboração de todos os componentes da equipe, durante todos os dias da microintervenção, tanto no planejamento quanto no monitoramento e na reavaliação das atividades que foram desenvolvidas ativamente.

Os primeiros dias de atendimento foram os mais difíceis, pois, inicialmente foi observado que, mesmo após vários anos trabalhando como “equipe”, todos os membros da equipe tinham uma rotina isolada, onde cada profissional desenvolvia suas atividades de forma independente.

Assim, o primeiro passo baseou-se em alinhar a rotina de atendimento da equipe de saúde, desde os horários de trabalho até a confecção dos mapas de produção. Foi necessário realizar uma auto capacitação para que cada membro pudesse entender sua real responsabilidade como componente de um grupo que caminhava para se tornar uma “unidade”.

Desse modo, após uma semana de estudos e revisões, a primeira tentativa de organizar o atendimento médico foi iniciada. Foram separadas, então, 50% das vagas de atendimento para a livre demanda e 50% para a demanda programada. Esta demanda programada era resultado dos agendamentos realizados pelos ACS após retorno das visitas domiciliares, pelos problemas oriundos do atendimento de enfermagem os quais não conseguiam ter resolutividade e, por fim, pelas pessoas que procuravam a recepção ou triagem da UBS em busca de atendimento médico e que eram classificados de acordo com o sistema de triagem de Manchester como “não urgente” (MOREIRA et al., 2017).

Inicialmente, o resultado foi o excesso de consultas com um saldo de 60 atendimentos médicos realizados somente em um único dia. Isso ocorreu devido a percepção, por parte dos pacientes provenientes de outras áreas adstritas, de que se estava realizando uma nova modalidade de organização de atendimento e agendamento. Assim, muitos usuários migraram para a UBS Geraldo Monteiro em busca de vagas para si e para seus familiares.

Com o decorrer da semana e, logicamente, com a maturidade dos membros da equipe de saúde sobre como resolver os problemas do excesso de demanda oriunda de outras áreas, o atendimento foi sendo gradualmente reduzido a níveis aceitáveis, de modo que cada paciente

foi atendido em tempo hábil e ainda assim, saindo satisfeito de sua consulta médica.

Passadas duas semanas da primeira tentativa, o atendimento médico já estava melhor organizado e a equipe de saúde já demonstrava boa satisfação com os resultados parciais alcançados. O gerenciamento da agenda é realizado em conjunto por toda equipe, em reunião breve após o término de cada dia de atendimento, mas também é revisada diariamente pela enfermeira.

Continuidade das ações

Para dar continuidade das ações foi criada a “agenda dinâmica” do médico para que a demanda programada possa ter continuidade do atendimento incrementando a longitudinalidade do cuidado.

Foi instituído o serviço de triagem e classificação de risco de Manchester adaptado para a atenção primária com a participação ativa da Enfermeira e da Técnica de Enfermagem da equipe, de modo a realizar um acolhimento e uma escuta qualificada, permitindo a identificação de pacientes que necessitam de atendimento para o mesmo dia ou que precisam ser agendados para serem atendidos em outro momento.

Os ACS se alternam de modo que haja sempre um deles orientando e recepcionando os usuários, desde sua chegada à UBS até a conclusão de seu atendimento. Enquanto isso, outros agentes estão em campo, em suas microáreas, realizando visita domiciliar ou busca ativa de pacientes com doenças crônicas como, por exemplo, hipertensão e/ou diabetes.

Considerações finais

Portanto, ao término da microintervenção, observou-se que quando se leva ao pé da letra os manuais e as orientações para que o atendimento médico seja realizado dentro de um tempo médio de 20 minutos, não se consegue dar seguimento e fluidez à demanda de pessoas que procuram à UBS, tendo em vista a grande quantidade de pacientes que procuram o serviço de atenção primária.

Logo, como consequência para adequação da demanda ao número de atendimentos realizados, a agenda médica do dia teve que ser ampliada, elevando de 16 para 24 as vagas de atendimento médico por turno, em alguns dias. Por conseguinte, isso levou a outro problema que foi o excesso de carga de trabalho por parte da equipe.

Assim, para que fosse possível chegar a um denominador comum, tanto para a equipe quanto para os usuários, foi criada uma “agenda dinâmica”, levando em consideração o número de atendimentos da semana anterior, fixando, então, na primeira semana, o atendimento médico em 24 pacientes por turno (totalizando 48 pacientes por dia) e 16 vagas de

atendimentos por turno, na semana seguinte (totalizando 32 atendimentos por dia), sendo 50% das vagas para demanda espontânea e 50% delas para a demanda programada.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA UBS GERALDO MONTEIRO EM CANUTAMA (AM)

Introdução

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (C&D), como parte da Atenção à Saúde da Criança, consiste em estratégias para o diagnóstico precoce e para a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância, bem como ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar, sempre que possível. Assim, segundo o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, criança é a pessoa na faixa etária compreendida entre 0 e 9 anos de idade e a primeira infância, a pessoa com faixa etária de 0 a 5 anos (MACEDO, 2016).

No Brasil, há várias políticas e programas voltados para a proteção da criança, como por exemplo: a Rede Cegonha, criada em 2011; o Brasil Carinhoso, criado em 2012; e o Programa Nacional de Ação Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Conseqüentemente o que se observou como resultado de políticas voltadas para a infância foi uma redução da mortalidade infantil (MACÊDO, 2016; IBGE, 2019).

No município de Canutama, segundo dados mais atualizados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019, a mortalidade infantil atingiu índices alarmantemente elevados quando comparados aos municípios circunvizinhos. Canutama apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 46,88, enquanto Lábrea apresentou 16,82 e Tapauá apresentou 11,57. Isso demonstra a necessidade urgente no município da implantação das políticas do Ministério da Saúde voltadas acompanhamento das de crianças na primeira infância.

No serviço de atenção primária do município de Canutama, especificamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) Geraldo Monteiro, o C&D é realizado exclusivamente pela equipe de enfermagem. Os enfermeiros e enfermeiras são responsáveis por realizar toda a assistência programada para as crianças na primeira infância, desde a orientação nutricional, medidas antropométricas e preenchimento do cartão da criança. Assim, apenas um dia da semana é dedicado para o atendimento do C&D, o que acabava limitando o serviço à agenda dos profissionais de enfermagem.

Assim, a microintervenção teve como objetivo organizar o acesso, a atenção e a assistência ao C&D na UBS Geraldo Monteiro pela equipe de estratégia de saúde da família na zona rural de Canutama (AM), bem como promover educação em saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção, como requisito parcial para confecção de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família, desenvolvido no território atuação da equipe de estratégia de saúde da família zona rural e na UBS Geraldo Monteiro. A ação envolveu todos os pacientes que procuraram atendimento médico no período de 27 de maio a 14 de junho de 2021.

A intervenção envolveu o médico da equipe, a enfermeira, a técnica enfermagem, os quatro agentes comunitários de saúde e a recepcionista que participaram ativamente no processo de educação reprodutiva, na organização da demanda de gestantes, na orientação dos pacientes sobre os métodos contraceptivos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a importância do acompanhamento puerperal.

Para melhor compreensão e assimilação do conteúdo da intervenção por parte do público alvo, a equipe fez uso de algumas ferramentas pedagógicas como folhetos descritivos explicando sobre atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (CD); telefone celular para manter comunicação com as mães das/os pacientes para agendamento das consultas de CD; e data show/multi mídia para ilustrar sobre práticas de alimentação saudável da infância.

Resultados

Após a realização da microintervenção, a equipe de saúde passou a incluir a figura do médico em suas atividades de rotina de acompanhamento do C&D. Desse modo, observa-se que, por já haver um serviço implantado e funcionando sobre o tema abordado, houveram poucas dificuldades em realizar esta intervenção, pois a equipe de enfermagem já tinha uma agenda de atividades de planejamento de consultas, medidas antropométricas e de orientação e complementação nutricional.

Assim, no período de 27 de maio a 14 de junho de 2021, realizou-se a intervenção. Todos os membros da equipe participaram ativamente: o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem e os quatro agentes comunitários de saúde.

A primeira ação foi modificar o dia de atendimento exclusivo para o C&D. O atendimento ao público alvo passou a ser realizado todos os dias da semana conforme a demanda surgia em busca de consultas. Ao término do dia, no fim do atendimento, a equipe se reunia para discutir os casos de maior relevância, para assim planejar as ações do dia seguinte.

Foram realizados diariamente 16 atendimentos por turno durante esse período, dos quais aproximadamente 40% eram de pacientes na faixa etária para atenção à saúde da criança, porém que procuravam a UBS com queixas de infecções de vias aéreas superiores (IVAS) e ou

síndromes diarreicas, assim, oportunamente, a equipe aproveitou-se da situação-problema para realizar a revisão da caderneta da criança, verificar a situação vacinal, realizar as medidas antropométricas e promover a orientação e a complementação nutricional.

Os grupos de mães e/ou pais, que antes não eram realizados com esse objetivo, passaram a ocorrer às quartas-feiras, alternadamente com os programas de educação reprodutiva e do HiperDia, que também passaram a contar com a presença do médico, que além de trazer suas experiências sobre o tema, também enriquecia as discussões com assuntos mais atualizados.

As visitas domiciliares, quando necessárias, como no caso das puérperas, passaram a ser realizadas às sextas-feiras. Nestas, a equipe realiza os diagnósticos da situação familiar, da vulnerabilidade, das doenças infectocontagiosas e das condições ambientais, fazendo inclusive busca ativa das de crianças em situação de risco.

Nos outros dias da semana, a equipe se contém à UBS Geraldo Monteiro onde desenvolve atendimento médico, atendimento de enfermagem e acolhe a demanda que procura UBS para realização de medidas antropométricas e orientação/complementação nutricional.

Continuidade das ações

Para dar continuidade das ações foi criada a agenda de atendimento e de manutenção à saúde da criança com o intuito de dar melhor assistência aos pacientes sobre o tema. Isto permitiu a identificação de pacientes com distúrbios nutricionais, déficit de crescimento, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, desafogando o atendimento de enfermagem, uma vez que este serviço era limitado apenas ao atendimento por estes profissionais.

Também foi realizada expansão da agenda de atendimentos, aumentando o número de consultas em crianças na faixa etária até dois anos de idade, uma vez que estes pacientes passaram a comparecer na UBS não apenas para tratar de queixas agudas.

Os agentes comunitários de saúde iniciaram a recepcionar os pacientes desde sua chegada à UBS até a conclusão de seu atendimento, tomando conhecimento precoce dos pacientes que mais tarde poderão ser acompanhados por eles em seus domicílios.

E os grupos de orientação nutricional passarão a acontecer semanalmente com a participação de pais e de todos os membros da equipe de estratégia de saúde da família.

Considerações finais

Portanto, ao término da microintervenção, observou-se que a equipe apresentou um aumento da satisfação em trabalhar com a atenção à saúde da criança, pois com a inclusão do profissional médico nas atividades, a equipe conseguiu aprofundar as discussões sobre o tema durante os encontros semanais com o grupo dos pais.

Também houve uma melhor resolutividade dos problemas encontrados, principalmente os relacionados aos distúrbios nutricionais e aos déficits de crescimento em crianças em situação de vulnerabilidade.

Com relação aos pacientes, observou-se que os pais passaram a comparecer com mais assiduidade às consultas de C&D. Isso se deve, em partes, pela implantação do tema saúde da criança durante os encontros semanais, e motivou os pais a perceberem uma oportunidade de conseguirem acesso facilitado ao médico, a remédios e a consultas.

E por fim, a inclusão do profissional médico permitiu, ainda, reiniciar e aprofundar estudos sobre assuntos pouco explorados no contexto local, permitindo um trabalho com maior satisfação pessoal e com maior alcance profissional, beneficiando a população.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA UBS GERALDO MONTEIRO EM CANUTAMA (AM)

Introdução

Envelhecimento é um processo individual, irreversível, sequencial, acumulativo, não patológico e universal de deterioração de um organismo, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006).

A população brasileira de idosos superou em 2017, a marca dos 30,2 milhões (IBGE, 2017). Assim, diante do envelhecimento populacional e para atender as demandas emergentes em 2006, por meio da Portaria GM n° 2.528, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define a porta de entrada ao serviço de atenção à saúde do idoso, como a Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Em Canutama, estima-se uma população de 15.807 pessoas e 1.390 idosos (IBGE,2020), tornando imperativo a implantação das políticas públicas de saúde voltada para atender esse público de idosos. Na UBS Geraldo Monteiro, em 2018, havia apenas 182 idosos cadastrados.

Nesta unidade, o serviço de atenção à saúde da pessoa idosa era discreto, com atendimento sendo realizado apenas pela equipe de enfermagem, sendo responsáveis por realizar toda a assistência de prevenção e promoção, desde a orientação, prevenção de quedas, preenchimento do cartão do idoso, reuniões de grupos, e as visitas domiciliares. Ao médico cabia abordar e tratar as queixas agudas.

Assim, a atenção à saúde do idoso na atenção primária tem, entre as suas funções, a importância de organizar o atendimento à pessoa idosa, ampliar o acesso desse público aos serviços de saúde de forma equitativa e permitir a continuidade da assistência preservando a funcionalidade. Figuram entre os objetivos organizar o atendimento, ampliar o acesso, promover educação em saúde com foco na funcionalidade do idoso na atenção primária no município de Canutama (AM).

Metodologia

Trata-se de um relato de intervenção desenhada após algumas reuniões de planejamento feitas em equipe. A ação envolveu a participação de todos os idosos que procuraram atendimento médico entre 15 e 19 de julho do ano de 2021. Toda equipe e a recepcionista participaram ativamente no acolhimento aos idosos, na organização do atendimento, na orientação dos pacientes, de seus familiares e dos acompanhantes.

Para melhor compreensão e assimilação do conteúdo da intervenção por parte do público alvo, a equipe fez uso de algumas ferramentas pedagógicas como: folhetos descritivos, explicando sobre prevenção de acidentes domésticos e manutenção da funcionalidade; telefone celular para manter comunicação com os pacientes e organizar agendas. Foram utilizados data show para ilustrar os serviços disponíveis e apresentar algumas práticas de cuidados à saúde dos idosos.

Resultados

Após a realização da microintervenção, a equipe passou a incluir em suas atividades de rotina, no serviço de atenção à saúde da pessoa idosa, o profissional médico. Desse modo, houveram poucas dificuldades em realizar esta intervenção, pois a enfermeira da equipe já matinha uma agenda de atividades de consultas e em grupos apoio com orientação para a pessoa idosa. No entanto, havia pouca abordagem sobre a manutenção da funcionalidade.

A intervenção foi realizada entre os dias 27 de maio e 14 de junho do ano 2021 e contou com a participação de todos os membros da equipe. Assim, os idosos passaram a ser atendidos todos os dias da semana. Conforme se buscava atendimento na UBS, ia-se realizando o acolhimento, o cadastro e o agendamento da consulta de retorno. Após o atendimento, a equipe se reunia para planejar as ações do dia seguinte.

Procurou-se manter uma agenda médica com atendimento de cinco idosos por turno, durante todos os dias da semana. Estes passaram a ser classificados como prioridade, sendo os primeiros a serem chamados para o consultório, diminuindo o tempo de espera da consulta e melhorando a satisfação dos pacientes.

Os grupos de idosos foram suspensos e não foram realizados no período da microintervenção em função da pandemia da Covid-19. Porém, levaram-se, por meio de visitas, orientações sobre a importância da imunização contra o Coronavírus, do uso de máscaras, do distanciamento social e da higienização das mãos.

As visitas domiciliares tornaram-se mais objetivas, pois se iniciou a implantação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), que avalia quatro pontos fundamentais: a cognição, o humor, mobilidade e a comunicação. Assim, o IVCF-20 possibilitou uma melhor avaliação funcional multidimensional e, portanto, uma melhor estratificação dos idosos conforme o risco, permitindo realizar consultas com maior frequência aos idosos com maior risco de declínio funcional, levando assim, assistência àquele paciente que mais necessita de cuidado por parte da equipe.

Também foi possível realizar o desmame da prescrição, no caso da polifarmácia, ou seja, conhecer e retirar de uso, medicamentos com efeitos adversos danosos que culminam por diminuir a independência funcional do idoso e piorar a qualidade de vida.

Ao fim da ação, houve o apoio da gestão municipal, que cedeu um veículo para que fosse possível a realização de uma melhor assistência aos idosos durante as visitas domiciliares.

Outro ponto positivo foi o nível de satisfação da equipe que passou a trabalhar mais motivada, uma vez que em tão pouco tempo, conseguiu sensibilizar os pacientes e a gestão.

Continuidade das Ações

Foi implantada a aplicação de rotina do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) e, também, foi criada uma agenda de visita domiciliar para avaliar não somente o idoso, mas seus familiares, no intuito de identificar insuficiência familiar e abordá-la precocemente.

Os idosos passaram a ter atendimentos com prioridade, diminuindo o tempo de espera pela consulta e melhorando a satisfação do paciente. As visitas passaram a ser realizadas com mais frequência, pois os pacientes com maior risco de declínio funcional passaram a receber maior número de visitas.

Os ACS iniciaram a recepcionar os pacientes desde sua chegada à UBS até a conclusão de seu atendimento, tomando conhecimento precoce dos pacientes que mais tarde poderão ser acompanhados por eles em seus domicílios.

Considerações finais

Portanto, ao término da microintervenção, observou-se que a equipe apresentou melhor satisfação em trabalhar com atenção à saúde do idoso, pois com a inclusão do médico nas atividades, a equipe aprofundou as discussões sobre o tema e houve melhor resolutividade nos problemas encontrados.

Com relação aos pacientes, observou-se que passaram a comparecer com maior assiduidade às consultas por conseguirem acesso facilitado ao médico, aos remédios, às orientações e às consultas.

E, por fim, as ações permitiram à equipe uma maior proximidade aos pacientes, tornando necessário aprofundar estudos sobre assuntos que não estavam sendo abordados na rotina. Isso permitiu o trabalho com maior satisfação, para ajudar um maior número de pessoas que não estavam sendo alcançadas antes da proposição.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o término do Itinerário Formativo e com a continuidade das ações, após finalizadas as intervenções, pode-se concluir que não há um método específico, como uma receita pronta, para abordagem ou para a consulta aos pacientes. Encontra-se, na prática, um árduo processo de trabalho permanente e contínuo, que demandou muito planejamento estratégico e preparo intelectual por parte da equipe ESF-ZR.

Assim, notou-se a importância de um acolhimento dirigido, de uma triagem adequada e da abordagem correta às demandas espontâneas e programada, conforme os princípios norteadores do SUS.

Espera-se que se consiga manter a qualidade do serviço prestado alcançado durante as intervenções, no que tange às políticas de atenção à saúde do idoso, com foco na funcionalidade, e da política de atenção à saúde da criança, com destaque para o crescimento e desenvolvimento.

Observou-se que a equipe alcançou um melhor aperfeiçoamento sobre os temas trabalhados durante esse período, com maior resolutividade nos serviços prestados, respeitando as particularidades encontradas, como costumes e culturas, diferentes em cada caso.

Conclui-se que este projeto propõe apenas os primeiros passos para a prestação de um serviço de boa qualidade. Portanto, a partir da execução das intervenções abordadas, espera-se que a equipe alcance uma assistência de saúde de excelente qualidade aos usuários, com o intuito de consolidar cada dia mais o SUS e seus princípios, na Unidade Básica de Saúde Geraldo Monteiro, em Canutama, no Amazonas.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2020. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/canutama.html>. Acesso em 09 de agosto de 2021.

MACEDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança**: políticas e indicadores de saúde. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MOREIRA, D. A.; TIBÃES H. B.; BATISTA, R. C.; CARDOSO, C. M.; BRITO, M. J. O Sistema de Triagem de Manchester na Atenção Primária à Saúde: Ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. **Texto Contexto Enferm.** v. 26, n.2, e5970015.