



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

**OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MANGUEIRÃO EM BELÉM (PA): RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

PHELIPE AUGUSTO RABELO PAIXAO

NATAL/RN
2021

OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MANGUEIRÃO EM BELÉM (PA): RELATO DE EXPERIÊNCIA

PHELIPE AUGUSTO RABELO PAIXAO

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 a minha família, pelo apoio, e ao meu orientador Ricardo Henrique pelos ensinamentos.

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 microintervensões realizadas no cenário de prática da Unidade de Saúde da Família Mangueirão, em Belém, no Estado do Pará, no Programa Mais Médicos para o Brasil. Os objetivos das intervenções foram: ampliar o acesso dos usuários aos serviços tornando-o mais dinâmico, eficaz e seguro no atual contexto pandêmico; esclarecer a população adscrita quanto à importância da puericultura; e promover melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa. Acredita-se que as ações realizadas até aqui foram de extrema utilidade para a melhoria do cuidado dos usuários adscritos, passando pela humanização do corpo de profissionais da ESF, até o esclarecimento de informações, até então de difícil compreensão para o paciente leigo. É importante continuar realizando atividades de capacitação com a equipe, para que todos compreendam melhor o paciente, sendo menos técnicos e mais humanos e, principalmente, as atividades multidisciplinares na comunidade de modo a propagar conhecimento de formas mais simples e de maneira mais efetiva.

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

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	08
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	12
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
6. REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde assistencialista ou biomédico, predominante no século passado, é caracterizado por pela centralidade na cura das doenças e por baixa influência na promoção da saúde. Na tentativa de reorganizar esse modelo de atenção à saúde, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família (PSF), cujas atribuições incluem atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com atendimento no âmbito da comunidade de modo regular. O PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1996, remetendo à ideia de política permanente e contrapondo-se à designação anterior, que fazia menção a algo efêmero, transitório e dependente de decisões políticas.

A ESF é orientada pelos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve desenvolver ações em âmbito individual e coletivo, com a população adscrita à área, seja qual for sua faixa etária e/ou suas necessidades de saúde. Nesse contexto, o cenário de atuação é na ESF mangueirão a qual faz parte do Distrito Administrativo do Bengui (DABEN) do município de Belém, no Estado do Pará (PA). A equipe de saúde, além do Médico, é composta por um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e conta com o apoio de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O acolhimento à demanda espontânea e programada ganham uma importância ainda maior no momento em que se vive. Com a pandemia de covid-19, muitos serviços foram interrompidos por falta de planejamento de contingência e, em virtude disto, a população deixou de ser assistida. Acredita-se que existam formas de manter o serviço funcional sem trazer mais riscos à população ou mesmo aos profissionais e trabalhadores da atenção básica.

Quanto a atenção à saúde da criança, ainda é incipiente o conceito de “crescimento e desenvolvimento” para os pais da área de abrangência da ESF-Mangueirão. São poucos os pais que de fato levaram seus filhos de 0 a 10 anos a mais de duas consultas médicas ou de enfermagem no decorrer do crescimento da criança. O que justificaria uma intervenção para aumentar esta frequência.

Outra grande demanda é a atenção à saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde (APS). Na área existem muitos pacientes idosos cadastrados e acompanhados no programa “Hiper/Dia”, assim como muitos demenciados ou mesmo em situação de vulnerabilidade. Alguns evoluindo com quadros depressivos ou ansiosos. Seria muito válido qualquer ação em prol da melhoria na qualidade de vida destes pacientes.

Portanto, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família, contém três relatos de experiências a partir da realização de microintervenções no cenário de prática profissional que tiveram os objetivos de: ampliar o acesso dos usuários aos serviços tornando-o mais dinâmico, eficaz e seguro no atual contexto pandêmico

(contemplando a temática do acolhimento à demanda espontânea e programada); esclarecer a população adscrita quanto à importância da puericultura (em relação à atenção à saúde da criança e seu crescimento e desenvolvimento); e promover melhoria na qualidade de vida dos idosos (atendendo a atenção à saúde da pessoa idosa).

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE AGENDAMENTO E ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MANGUEIRÃO EM BELÉM (PA)

Introdução

A atenção básica vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS) do Governo Federal. Entre os desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social.

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e execução de fato do acolhimento que venha a ser adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.

Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele ocorre. O acolhimento se revela mais nas práticas concretas e menos no discurso sobre ele.

Nos primeiros meses ano de 2020, observou-se o surgimento da pandemia de SARS-COV2 (Covid-19). Com isto vieram os colapsos de vários sistemas de saúde ao redor do mundo, inclusive o Sistema Único de Saúde (SUS). Em face deste desafio, como manter o atendimento básico funcional respeitando o conceito básico de bioética “*primum non nocere*”? Pois o risco de manter os atendimentos em normalidade se traduziria em expor toda a população ao risco de contágio por Covid-19.

As medidas temporárias de suspensão total de atividades não essenciais pelo Governo Estadual do Pará, em maio de 2020, vieram após diversas suspensões em serviços de saúde tanto públicos quanto privados pelo Brasil todo.

Na ESF Mangueirão, os atendimentos não essenciais (demanda agendada) foram suspensos por 14 dias, à exceção dos programas Hiper/Dia e Pré-Natal, como forma de não paralisar as atividades e traçar estratégias para uma nova forma de acolhimento e enfreteamento à pandemia. Assim, foi definido uma redução no número de atendimentos a serem realizados por todos os profissionais da ESF e a distribuição dos atendimentos por horários, a fim de não gerar aglomeração de pessoas em espera.

Apesar de possuir computadores com acesso ao E-SUS, a ESF não possui internet e o

sistema operacional por vezes falha, o que dificultava bastante o controle de dos agendamentos. Até final do mês de maio de 2020 os agendamentos se davam por meio de dias e turnos específicos, diretamente no E-SUS, o que gerava filas e aglomerações, além de insatisfações. Em alguns dias havia sobrecarga da capacidade de atendimento devido ao excesso de marcações anteriores em momentos em que o sistema de informação não estava acessível.

Visando suplantar os problemas técnicos da marcação via sistema, e após discussões em grupo com todos os servidores da ESF-Mangueirão, foi sugerido atribuir ao médico da equipe a responsabilização pela marcação de suas próprias consultas, por meio de ficha/formulário específico.

Dessa forma, qualquer usuário que buscasse a ESF para agendamento de consulta poderia procurar este profissional, nos intervalos entre as consultas, para realizar o agendamento. Enquanto que os pacientes consultados e com necessidade de retorno, já deixariam o consultório agendados para a próxima consulta. Em caso de ausência do médico, bastaria que o auxiliar administrativo (ou qualquer outro servidor) da unidade anotasse na ficha de agendamento os dados dos pacientes que solicitaram consulta.

Diante disso, o objetivo dessa microintervenção foi ampliar o acesso dos usuários aos serviços tornando-o mais dinâmico, eficaz e seguro no atual contexto pandêmico.

Metodologia

Trata-se do relato de experiência de uma intervenção, realizada no território da ESF Mangueirão em Belém (PA), entre os meses de junho a dezembro de 2021, sobre a ampliação do processo de acolhimento e organização de agendas/fluxos de trabalho. O método de trabalho foi organização da seguinte forma:

a) O acesso à agenda é de todos os servidores da unidade, mas preferencialmente do médico:

Tendo em vista que nem todos os pacientes possuem o mesmo quadro de gravidade, o tempo se torna um vilão, muitas vezes, no agendamento de consultas, gerando atritos entre pacientes e o responsável na linha de frente (o marcador de consulta). Muitas vezes os profissionais que realizam a marcação não possuem habilidade para dizer se a consulta para determinada pessoa é urgente ou pode esperar algumas semanas, por exemplo. Portanto, todos foram orientados para consultar o médico sempre que houvesse a dúvida quanto a necessidade de uma maior celeridade no aprazamento. Se a necessidade do paciente for realmente imediata, uma breve conversa com o médico esclareceria a situação, sendo o usuário encaixado na agenda do dia, prontamente;

b) As confirmações ocorrerão verbalmente no acolhimento e por mensagem SMS no

fim de semana anterior ao dia da consulta:

Todos os pacientes que buscam atendimento e não se enquadram em necessidade imediata (demanda espontânea) tem seus nomes e telefones de contato anotados em agenda própria da unidade. Dessa forma, sempre que houver qualquer imprevisto (adoecimento do profissional, fornecimento de luz interrompido), os pacientes seriam prontamente avisados sobre o cancelamento da consulta e também sobre a nova data agendada;

c) Paciente sem contato telefônico/demanda espontânea

Em determinados momentos alguns pacientes não informarão telefone de contato. Nestes casos, é possível visualizar melhor o conceito de acolhimento na atenção básica. Para casos como este, o ACS entra em cena, com papel fundamental para manter a continuidade do cuidado. O ACS é então informado sobre o agendamento da consulta e cobrado quanto ao repasse da informação. E, mesmo em caso de falta, os dados do paciente na agenda orientam a cobrar novamente o ACS para que faça nova busca ativa para esclarecer o motivo da falta e/ou efetivar o reagendamento da consulta. Quanto aos pacientes que cursam com enfermidade aguda ou agudizada e que necessitem de uma avaliação imediata, isso fica muito mais fácil de ser realizado, pois já não há a sobrecarga com consultas agendadas anteriormente sem necessidade.

Resultados

Após assumir a agenda em junho de 2020, após 30 dias nesse novo método foi possível ter uma melhor percepção quanto a proporção: de faltosos às consultas agendadas não programáticas; de faltosos às consultas programáticas; entre as diferentes ofertas da agenda (porcentagem de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos; de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada; de atendimentos destinados à visita domiciliar.

Observou-se que as faltas estavam muito frequentes. Alguns pacientes voltavam para remarcar as consultas alegando esquecimento. Então, foi tomada a decisão, em conjunto com a equipe da ESF, de que os agendamentos para o médico não fossem mais confirmados apenas no momento da marcação, pois o mesmo enviaria mensagem de texto (SMS) para os pacientes marcados, de forma a lembrá-los de suas consultas.

Inicialmente, as confirmações de consulta eram enviadas a cada 14 dias, porém a frequência de faltas se mantinha muito alta. Portanto, o prazo de envio das confirmações foi reduzido para (a cada) 7 dias, fazendo com que a proporção de faltosos se aproximasse de zero. Outro problema frequente se dava no tempo médio de espera para agendamento e realização de consulta, pois era realizado a cada 14 dias em um turno, apenas. A adoção do acolhimento ampliado (todos os dias, todos os turnos à disposição para agendar), permitiu

que paciente conseguisse a consulta sem necessidade de fila ou de permanência por muito tempo na unidade até ser atendido.

Outro problema que surgiu no decorrer das semanas foi a dificuldade de alguns funcionários da ESF de entender a ficha de agendamento, pois era apenas uma folha de tamanho A4 em que todos poderiam escrever. Nesse momento, a ficha de agendamento foi modificada para uma agenda-calendário do ano corrente, facilitando o entendimento para todos.

Após três meses de implantação dessa metodologia para agendamento, não houve sobreposição de grades de atendimento, portanto, sem sobrecarga de consultas. O acesso a demanda espontânea ficou bem mais fácil. Por exemplo, anteriormente, caso um paciente buscasse atendimento devido a um quadro agudo, era frequente não ter vaga ou tempo para atendê-lo, pois as vagas de demanda espontânea eram utilizadas por pessoas que poderiam aguardar uma ou duas semanas pelo atendimento. Dessa forma, mesmo que seja uma simples conversa ou um atendimento de fato, tudo ficou mais acessível.

As faltas diminuíram e as poucas que ainda ocorrem são mais fáceis de reagendar. Antes, o paciente faltoso deveria ir novamente para a fila de marcação. Com o auxílio da agenda, foi possível ver quando o paciente faltou, conversar com o mesmo sobre quando seria a melhor data para ser consultado e a depender da necessidade, consultá-lo de imediato.

Considerações finais

A buscando de formas de melhorar o acesso do paciente a ESF, sem perder a consciência do momento em que se vive atualmente, é uma constante. Sempre facilitando o acesso com o acolhimento ampliado e diminuindo ao máximo o tempo de permanência em sala de espera com a organização adequada da agenda.

A programação frequente de reuniões em grupo, com os demais componentes da ESF, é pertinente para que, juntos, seja possível manter o atendimento à população da melhor forma, sendo os ACS muito importantes nesse papel de esclarecimento da população para que se perca o costume das filas e do imediatismo, pois o cuidado à saúde deve ser longitudinal e contínuo para não ocorrer a sua quebra.

Certamente ainda há muito o que melhorar, principalmente no esclarecimento do acolhimento ampliado, pois alguns membros da equipe não são acostumados a lidar com o público e os atritos acabam surgindo. Mas, a partir do momento em que todos entenderem que o diálogo é o melhor caminho e que uma equipe tem objetivos comuns, o conceito de “acolher”, no contexto do SUS será compreendido e valorizado.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

DESAFIOS À PUERICULTURA NA ESF-MANGUEIRÃO EM BELÉM (PA)

Introdução

Após a implantação do Programa Assistencial Integral à Saúde da Criança (PAISC) na década de 1980, houve uma melhora no atendimento para a população infantil, objetivando fornecer uma assistência integral, aplicando-se ações básicas para diminuir os agravos mais frequentes e de grande peso na mortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade (PENEDO; PINTOL, 2014).

Com o intuito ampliar a cobertura do atendimento infantil na rede de atenção à saúde e aumentar a resolutividade dos serviços, são priorizadas cinco ações básicas de saúde para reduzir a morbimortalidade infantil: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; prevenção e controle de doenças diarreicas; prevenção e controle das infecções respiratórias agudas; e imunização. Em conjunto essas ações visam assegurar a integralidade e a sistematização do atendimento prestado pelos profissionais de saúde inseridos nos diversos serviços de saúde, realocando o enfoque para o processo de crescimento e desenvolvimento em vez de assistência baseada em doenças (BRASIL, 2002; UNASUS, 2006).

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Portanto, quaisquer distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades. A falta ou inadequada realização das consultas de puericultura não permitem prevenir ou diagnosticar precocemente estes transtornos o que contribuem ao aumento de forma significativa da morbidade e mortalidade infantil (BRASIL, 2002; PENEDO; PINTO, 2014).

Dessa forma, ações em prol do bom crescimento e desenvolvimento precisam ser adotadas, favorecendo a assistência infantil. São fundamentais os cuidados que promovam o bem-estar físico e a prevenção de problemas que interferem no desenvolvimento neuropsicomotor para que a criança se desenvolva de maneira saudável. Uma das ferramentas que acompanha a saúde infantil é o Programa de Puericultura, que faz parte da política assistencial à criança nos serviços de atenção primária à saúde no cenário da prevenção e promoção (PENEDO; PINTO, 2014).

O programa efetiva-se pela assistência periódica e sistemática da população infantil, tendo como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos, a fim de possibilitar uma assistência integral e promover qualidade de vida. Fazendo parte integrante da puericultura, que envolve avaliação do peso, da altura, do desenvolvimento neuropsicomotor, da vacinação e das intercorrências, do estado nutricional,

bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança em todo atendimento (PENEDO; PINTO, 2014).

Assim, o objetivo dessa microintervenção foi esclarecer a população adscrita quanto à importância da puericultura para a Saúde da Criança.

Metodologia

Este estudo consiste no relato de uma intervenção educativa, orientando a importância e o impacto da puericultura nas crianças através da realização de palestras educativas e capacitações lecionadas com a finalidade de orientar pais ou responsáveis e a equipe da ESF-Mangueirão com temas importantes como: benefícios do aleitamento materno; alimentação saudável; cuidados para evitar acidentes; orientação sobre crescimento e desenvolvimento; diagnóstico precoce de possíveis alterações mais prevalentes.

Assim, ações vêm sendo exploradas a fim de garantir e manter a qualidade de vida dessa população. Como a puericultura é desenvolvida tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, foram realizadas algumas reuniões entre a equipe da ESF-Mangueirão, de modo a se identificar fatores que possam prejudicar o acompanhamento em puericultura, de maneira semelhante à relatada por Vieira et al. (2012).

Na primeira reunião foram levantados alguns pontos a serem superados: desconhecimento do programa por parte dos pais; falta de busca ativa devido baixo contingente de agentes comunitários de saúde (ACS) em nossa unidade; receio dos pais/avós em levar a criança para uma unidade de saúde sem um problema de saúde ativo no momento (denominado de “efeito Covid”);

Atualmente muitos pais tem referido aos ACS que não tem comparecido às consultas de puericultura, alegando que seus filhos não estão com nenhum problema de saúde, o que atesta o receio de arriscar contato com outras pessoas doentes na unidade.

Além disto, ainda existe uma minoria de pais que realmente desconhecem o programa e nunca levaram seus filhos para consultas de rotina. O que acaba se tornando um risco para o desenvolvimento destas crianças.

Assim, a equipe decidiu realizar ações voltadas para a educação em saúde, Já que este é um importante instrumento de trabalho, principalmente quando pautado na problematização da realidade, na busca da conscientização e na construção de indivíduos críticos, oportunizando a troca de saberes, no qual o conhecimento profissional e o senso comum se unem em nome do bom senso.

Resultados

Com colaboração do enfermeiro da equipe, foi possível realizar uma capacitação para os ACS visando a importância da puericultura, para que pudessem realizar "salas de espera", que consistem em palestras para todos os pacientes que aguardam suas consultas e busca ativa de crianças que nunca vieram a unidade.

Durante as palestras de "sala de espera", os ACS conseguem informar a população sobre temas como aleitamento materno, alimentação no primeiro ano de vida, prevenção de acidentes, higiene bucal, vacinação e outras dúvidas que os pacientes puderem ter acerca da saúde da criança. Nesse sentido, a ESF tem buscado reorganizar a forma como os pacientes enxergam as consultas de rotina. Por meio de "salas de espera" os próprios ACS propõem que a educação em saúde seja centrada na família, a qual é vista e entendida a partir do seu ambiente físico e social, enfatizando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão para além das práticas curativas, mas principalmente nas práticas preventivas.

Além dessa metodologia, foi possível aproveitar a boa assiduidade das pacientes de pré-natal para conscientizá-las da necessidade do bom acompanhamento periódico de puericultura do seu futuro bebê.

Considerações finais

As reuniões de equipe permanecem sendo realizadas semanalmente e o foco tem sido manter a atividade dos ACS em busca ativa e "salas de espera" a fim de aumentar o número de consultas em puericultura que ainda permanecem baixas, em torno de duas por semana, número muito baixo para uma área de cobertura de mais de duas mil pessoas.

Acredita-se que o "efeito Covid" ainda seja o responsável por essa evasão de consultas em puericultura, mas a equipe seguirá na tentativa de esclarecer a população que a ESF toma todos os cuidados e medidas necessárias para que não ocorram aglomerações, minimizando assim quaisquer riscos de contágio pelo Covid-19.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

ORGANIZANDO A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MANGUEIRÃO, EM BELÉM (PA): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Mangueirão, localizada na passagem São João, no Bairro Mangueirão, na cidade de Belém-PA, tem como clientela um público diverso, mas, principalmente pacientes voltados a terceira idade, com várias comorbidades prevalentes, dentre elas: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e alguns distúrbios osteomusculares, sendo assim se fez/faz necessário uma microintervenção na equipe da ESF e como também ao terceiro setor, e ao próprio usuário, visto que a população geral está evoluindo com uma maior longevidade e, com isso, ocorre o aumento da prevalência das doenças mencionadas dentro da comunidade e do público atendido pela unidade.

Dentre as visitas domiciliares vivenciadas, em grande maioria eram de pacientes idosos e acamados, com síndrome geriátrica, dentre elas a mais perceptível era a imobilidade gerada devida a outras comorbidades já pré-existentes, como por exemplo desse fato, real e não fictício, paciente M.B.A.D. que tinha um quadro de DM descompensado, apresentava ulcerações em membros inferiores na qual impossibilitava sua mobilidade e, pela avaliação médica prestada, a mesma necessitava de um desbridamento local pela presença de necrose. Uma educação preventiva primária, poderia ter tido um desfecho positivo para a situação de saúde atual daquela paciente.

Assim, a equipe de saúde objetivou realizar uma intervenção sobre essa problemática com o objetivo de promover melhoria na qualidade de vida dos idosos no território de abrangência da unidade de saúde.

Metodologia

Inicialmente, foi realizado um mapeamento, pela equipe local, da quantidade de pacientes idosos e com algum grau de imobilidade ou até mesmo dificuldade para locomoção por algum fator, patológico ou próprio da senilidade. Em seguida, foi montada uma estratégia de capacitação através da equipe multiprofissional e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na qual se elaborou um folder explicativo, no qual eram apresentadas maneiras de se evitar quedas entre outras informações pertinentes ao cuidado do paciente idoso com uma linguagem simples e ilustrativa.

O material foi apresentado primeiro aos ACS, os quais, posteriormente, foram capacitados para, conjuntamente com o médico da equipe, repassarem as informações ao máximo de pacientes e de familiares possíveis, de maneira que o mais importante, além de tudo, foi a elucidação de que “velhice” ou “envelhecer” não é sinônimo de morte ou de doença. Este folder foi distribuído durante os atendimentos dos pacientes que tinham algum parente idoso ou diretemante para os pacientes idosos em ações multidisciplinares realizadas aos sábados na ESF.

Resultados

A intervenção propiciou a capacitação dos ACS, através de rodas de conversa e, logo depois, os mesmos “disseminaram” as informações relevantes, multiplicando os usos, esclarecendo a comunidade sobre como evitar quedas, fornecendo instruções de alimentação ou da falta de alimentação, que podem causar quadros de vertigens, entre outros aspectos.

Além disso, foi feita uma roda de conversa, em dia específico, no qual eram atendidos os pacientes do programa HiperDia, uma vez que são pacientes que tem uma alta taxa de incidência de comorbidades que podem ou poderiam afetar a fisiologia do envelhecimento.

O folder tinha como tema central: “O que eu preciso saber sobre os cuidados domiciliares com os idosos?”. Entre os temas mais abordados, esteve a “prevenção diante de quedas”.

Evidencia-se, portanto, a importância da temática, tanto em termos de prevenção como de atuação da prática assistencial, ao passo que se acredita que promover ações de educação em saúde com idosos, com a participação dos mesmos, familiares e comunidade, é um método efetivo na promoção da saúde e qualidade de vida dessa população.

Os atendimentos passaram por uma pequena mudança para o público em alvo, na qual se praticou a medicina preventiva e de hábitos saudáveis de vida, uma vez que a iatrogenia era algo bem presente nos tratamentos medicamentosos já vigentes. Os hábitos alimentares e reforços em atividades cardiovasculares, quando indicados, eram prescritos.

Outro fato relevante observado é que foi feita uma estratégia de intervenção nas prescrições, pois era comum o uso de medicamentos que causavam sonolência em pacientes crônicos e que, por isso, apresentavam um grande risco de quedas, sendo trocado por classes que não ocasionavam esse perigo.

Considerações finais

As ações de educação em saúde voltadas à pessoa idosa se fundamentam, principalmente, na promoção da alimentação saudável e na prática de exercícios físicos, sendo desenvolvidas, sobretudo, pelos enfermeiros das equipes da estratégia de saúde da família e pelos agentes comunitários de saúde, por meio de oficinas grupais e seminários/palestras.

Com tudo isso mencionado, ficou perceptível pela vivência e pela intervenção aplicada, que para o público idoso é bem eficiente, que através de pequenos atos e não grandiosas “prescrições” ou “diagnósticos”, o paciente se torna consciente da sua situação e dos cuidados que ele e seus cuidadores ou familiares devem ter, através de medidas simples e sem muita modernidade ou aparato.

Medidas simples na terceira idade, podem prevenir complicações já existentes, porém não atenuadas. Sendo que uma das rodas de conversa realizada na comunidade foi sobre o pilar nutricional, e como a alimentação pode influenciar na melhora do processo do envelhecimento.

A educação em saúde foi a fonte primordial utilizada, como já preconizado pelo Ministério da Saúde em suas políticas e programas de atenção primária, na estratégia vigente, com uma simples intervenção, na qual houve uma percepção e compreensão da abordagem da problemática levantada, abordagem participativa e dinâmica dos usuários, mas ao adotar essas estratégias dialógicas-educacionais, observaram-se mudanças de comportamento, com a satisfação relatada pelos idosos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de realizar microintervenções em uma estratégia saúde da família é algo gratificante. Foi possível perceber de forma bem clara, no dia-a-dia da unidade, os benefícios do trabalho realizado.

Durante esse período de dificuldade mundial, onde todos os serviços foram paralisados, a equipe de saúde se manteve em atividade, praticamente de forma ininterrupta, com a possibilidade de pôr em prática todas as intervenções propostas, a despeito da falta de pessoal.

Atualmente a ESF-Mangueirão conta com apenas cinco agentes comunitários de saúde, sendo que, destes, dois se encontram de licença maternidade. Mas, apesar do pouco número de colaboradores, o esforço dos que estavam ativos foi extremo e digno de reconhecimento. Houve, ainda, a grande colaboração da equipe de enfermagem que auxiliou na execução de todas as atividades.

A área de abrangência da ESF, mesmo que seja urbana, constitui-se por uma população muito carente de cuidado, de pessoas de pouco esclarecimento que, muitas vezes, não têm a capacidade nem para fazer a aplicação da insulina prescrita ou não tem a possibilidade do próprio armazenamento da insulina, pois não possuem geladeira. Ser médico de uma população assim é desafiador.

Acredita-se que as ações realizadas até aqui foram de extrema utilidade para a melhoria do cuidado dos usuários adscritos, passando pela humanização do corpo de profissionais da ESF, até o esclarecimento de informações, até então de difícil compreensão para o paciente leigo.

É importante continuar realizando atividades de capacitação com a equipe, para que todos compreendam melhor o paciente, sendo menos técnicos e mais humanos e, principalmente, as atividades multidisciplinares na comunidade de modo a propagar conhecimento de formas mais simples e de maneira mais efetiva.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica; 11 – Série A Normas e Manuais Técnicos).

PENEDO, M.M.; PINTO, E.S.O. Assistência à saúde da criança na atenção básica. Anais VI SIMPAC. Viçosa-MG. **Anais**. v.6, n.1, p.127-134, 2014. Disponível em: <https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/download/402/578> Acesso em: 30 mai. 2021.

UNASUS. **Caso complexo Danrley e Darlene**. Fundamentação Teórica. Puericultura. Especialização em Saúde da Família. Unidade 12. UNASUS/UNIFESP. 2006. 4p. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_casos_complexos/unidade12/ Acesso em: 30 mai. 2021.

VIEIRA et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do Enfermeiro. **Cogitare Enferm**. v.17, n.1, p.119-25, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26384/17577>. Acesso em: 30 mai. 2021.