



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 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA CLINICA ROSA
MARIA DOS SANTOS SOBRINHO, MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DA
GLÓRIA/SE.**

DEBORA ALMEIDA SOUZA

NATAL/RN
2020

ACOLHIMENTO E ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA CLINICA ROSA MARIA
DOS SANTOS SOBRINHO, MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE.

DEBORA ALMEIDA SOUZA

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: JOSE ADAILTON DA
SILVA

NATAL/RN
2020

Agradeço primeiramente a Deus que ilumina minha vida me ajudando a ter perseverança para
vencer os obstáculos.

A minha filha que é minha maior riqueza e é minha fonte de energia e perseverança para
vencer as adversidades.

Aos meus pais sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos que me ajudaram sempre que solicitados.

Ao meu esposo que apesar das dificuldades dividiu todos os momentos comigo.

Aos meus avós, tios e tias que torcem pela realização de mais esta conquista.

Ao meu orientador tulio pelo apoio atenção e incentivo guiando meu aprendizado

Aos meus pais, pela dedicação e incentivo nos meus estudos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO	08
CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

O município de Nossa Senhora da Glória localiza-se na Região Nordeste do Brasil, no noroeste do Estado de Sergipe, na microrregião do sertão do São Francisco. Está distante 126 km da capital do Estado, Aracaju. Limita-se ao norte com os municípios de Monte Alegre e Porto da folha; ao sul, com os municípios de Carira, Nossa Senhora Aparecida e São Miguel do Aleixo; ao leste, com os municípios de Gararu, Feira Nova e Graco Cardoso e ao oeste, com parte do município de Carira e com o estado da Bahia. Compreende uma área de 757,450 km² e além da sede apresenta sessenta e um povoados. Segundo dados do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 32.497 habitantes e em 2019 população estimada 36.924 habitantes. Apresenta clima megatérmico semiárido. É uma das maiores economias que ficou conhecido como a “Capital do Sertão”, tendo a maior feira da região sendo a pecuária uma das principais atividades econômica (IBGE, 2010).

Apresenta um dos bairros Brasília onde fica localizada a clínica de saúde Rosa Maria dos Santos Sobrinho e atuam 3 equipes de saúde da família sendo todas composta por médicos do programa mais médicos. Na sede também trabalham profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e fisioterapia ambulatorial. Na Equipe 07 atua uma equipe multidisciplinar composta de médica clínica geral, enfermeira, dentista, técnico de saúde bucal e de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. Sendo que o médico do Programa Mais Médicos trabalha com carga horária diferente dos demais membros da equipe e não existe a atuação da técnica de enfermagem junto a equipe. A área de abrangência da equipe 07 apresenta vários problemas e têm regiões de expansão populacional desordenada, sem saneamento básico e uma pequena proporção de área rural, além de uma fábrica.

A população é a mais extensa das equipes da unidade, muito carente e totalmente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) para consultas, exames e medicamentos. Muitos pacientes estão descompensados e apresentam alto risco de doenças cardiovasculares. Todos os grupos de atenção à saúde são numerosos como diabéticos, hipertensos, crianças, gestantes, acamados e domiciliados. Além disso, alto índice de pacientes com depressão, ideação suicida e em uso de psicotrópicos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia de atenção à saúde da população através do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência. O acolhimento à demanda espontânea e programada é a organização da porta de entrada do usuário ao atendimento de saúde e é uma das problemáticas vivenciadas na Unidade Brasília.

Os problemas de não haver acolhimento, com o atendimento ainda através de fichas e filas para agendamento semanal, a população dormia em frente da unidade para conseguir uma consulta ou marcar exames. Além disso, na Unidade não há classificação para determinar a prioridade do atendimento do paciente com base na gravidade de seu estado. Em consoante, o acolhimento ao usuário feito da forma preconizada pelo Ministério da Saúde torna

o cuidado mais ético eficaz e humanizado e ainda é um desafio.

No que se refere à Atenção à Saúde da Criança necessita de atenção diante do número de crianças na área adscrito, a dificuldade para a realização da puericultura para o acompanhamento do desenvolvimento da criança melhorando o estado de saúde através da identificação precoce de agravos à saúde, prevenção e tratamento das doenças.

Em se tratando da Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde requer um olhar diferenciado, principalmente em relação à hipertensão e diabetes, diante do quadro clínico descompensados de grande parte da população e o alto risco de doenças cardiovasculares. Além disso, o atendimento ainda é restrito ao sistema ambulatorial sendo, muitas vezes, priorizado a quantidade em vez da qualidade do atendimento, com isso poucas são as ações em prevenção e promoção em saúde.

Como os problemas eram inúmeros e considerando o contexto da Pandemia de Covid-19, que limitou ainda mais as ações desde o início do ano, optamos por delimitar as microintervenções em melhorar o acolhimento e também a atenção à saúde da criança da área de abrangência.

Assim o presente estudo tem como objetivo relatar o processo intervenção que destinou-se à melhorar o acesso da população ao serviço de saúde da unidade, diminuir a demanda reprimida, realizar um atendimento de qualidade com resolutividade e eficácia e intensificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Foram realizadas duas microintervenções, relatadas a seguir em duas partes, para melhor compreensão. A primeira microintervenções, como já destacado na introdução, destinou-se à melhorar o acolhimento na Unidade e, a segunda microintervenções destinou-se à melhorar a Atenção à Saúde da Criança na área de abrangência.

Parte I: O desafio da implementação do acolhimento

A Atenção Básica enfrenta desafios entre eles destacam-se o acesso, acolhimento, a efetividade e a resolutividade das práticas em saúde (BRASIL, 2013). O acolhimento ainda constitui um dos desafios encontrados diariamente na rotina de uma unidade básica de saúde tradicional. A distribuição de senhas ainda é muito frequente nas unidades e trazem prejuízo ao acesso dos usuários, concomitante a isso, os atendimentos por ações programáticas, quando não organizados, acabam excluindo as pessoas que não fazem parte daquele perfil programado.

Por conseguinte, a classificação de Manchester embora seja uma boa forma de triagem classificando o risco segundo a gravidade do quadro clínico do paciente acaba se tornando mais uma forma de exclusão no atendimento, não sendo adequada para a Atenção Básica. É necessário que haja uma escuta de forma ampliada, reconhecendo os riscos e vulnerabilidades e intervindo nas necessidades identificadas.

Neste âmbito, o acolhimento se faz necessário tendo como objetivo de incluir e avaliar o indivíduo em meio as suas vulnerabilidades e, desta forma, organizar as demandas programadas e demanda espontânea, tornando as pessoas protagonistas de sua própria saúde melhorando o acesso ao serviço.

O Caderno de Atenção Básica nº 28 (BRASIL, 2013) refere que o acolhimento à demanda espontânea deve ser realizado de forma qualificada tendo em vista a humanização e organização da rotina nas unidades básicas trazendo mudanças na programação das atividades da unidade.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011) faz referência ao acesso à saúde que deverá prioritariamente ser nos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia. A Unidade Básica de Saúde da Família é a porta de entrada mais adequada, fácil e próxima dos sujeitos que receberão as intervenções necessárias para resolver o problema de saúde.

A Atenção Primária a Saúde (APS) - no Brasil mais conhecida por Atenção Básica – para a população, caracteriza-se pelo cuidado às pessoas e isso independe de qual é a sua queixa e

qual o ciclo de vida se encontra. A atenção básica para ser resolutiva não pode realizar apenas a promoção e prevenção nem se restringir a realizar consultas e procedimento. (BRASIL, 2013). Cavalcante Filho et al., (2009) expõe que acolher a necessidade do usuário é uma oportunidade de promover diferentes formas de cuidado.

Dada a problemática relatada envolvendo os problemas de acesso da população à clínica Rosa Maria dos Santos Sobrinho (Unidade do bairro Brasília), considerando as perspectivas da microintervenção, se fez necessário definir quais os profissionais participarão do acolhimento, quem receberá o usuário, como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário, quando encaminhar ou agendar uma consulta médica, como organizar a agenda dos profissionais, e outras ofertas de cuidado que vão além da consulta médica.

A minha microintervenção, enquanto médica da Unidade foi desafiante, pois desde que entrei no Mais Médicos na cidade de Nossa Senhora da Glória, em Sergipe, permanece o mesmo quadro de pessoal e apenas o profissional do Mais Médicos cumpre o horário de trabalho, sendo diferente dos demais servidor do município.

Durante o mês de janeiro de 2020 apenas 3 das 7 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) não estavam de férias, a técnica trabalha em horário diferente e com outras funções extras na equipe, a enfermeira da área também estava de férias durante o mês. Todos os atendimentos da área foram feitos pela médica, que ficou sobrecarregada com a demanda espontânea e programada. Isso me mostrou ainda mais a necessidade de se implementar um acolhimento para também organizar o processo de trabalho da equipe.

Reuni-me de forma independente, devido o alto fluxo da unidade, com a recepcionista, técnicas de enfermagem e as ACS disponíveis, junto ao gestor da unidade. Tentou-se definir os profissionais para participar do acolhimento sendo a recepcionista a primeira a entrar em contato com o usuário e a partir dela encaminhar a técnica de enfermagem para prosseguir o acolhimento.

A triagem aperfeiçoada com a inclusão da abordagem das vulnerabilidades ficou difícil de ser realizada, pois as técnicas não se sentem capacitadas para realizar e a enfermeira encontrava-se de férias. Do mesmo modo, as ofertas de cuidado ficaram centradas apenas na consulta médica. Dentro do possível, a médica da unidade também realizou o acolhimento atendendo as demandas no dia e agendando as demais consultas de acordo com as abordagens do quadro do paciente tentando, na medida do possível otimizar o serviço.

A Estratégia de Saúde da Família, uma composição de equipe multiprofissional tem como objetivo organizar o serviço para que o atendimento seja resolutivo. Entretanto, para a devida efetivação deve haver envolvimento de todos os profissionais. (PREFEITURA DE

FLORIANÓPOLIS, 2016).

Após o retorno das férias de alguns profissionais a médica da equipe tirou também as férias fracionadas, além disso ocorreu o feriado do carnaval e em seguida a pandemia do covid-19. Tudo impossibilitou a continuidade da ação. No entanto, diante da importância do acolhimento para resolutividade do atendimento pretende-se capacitar os profissionais e retomar as ações assim que a situação epidemiológica melhorar.

Parte II: O desafio da melhoria do acompanhamento da saúde da criança.

A APS é uma estratégia para melhorar a saúde do indivíduo e sua família acompanhando-os ao longo dos anos através do cuidado integral e continuado. Nesse âmbito, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde da família no SUS visa reduzir a morbimortalidade e estimular o desenvolvimento.

Concomitantemente, atua através da identificação precoce dos agravos a saúde da criança e realização de ações em promoção, prevenção, tratamento das doenças e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Portanto, é de suma importância o conhecimento do desenvolvimento “normal” da criança para identificar os atrasos, desvios e transtornos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Por conseguinte, a puericultura é a arte de promover e proteger a saúde da criança através da atenção integral com acompanhamento sistemático e periódico (CIAMPO, 2006). O Ministério da Saúde recomenda sete consultas no primeiro ano de vida (1 semana, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses), duas consultas no segundo ano de vida (18 meses e 24 meses) e a partir de 2 anos as consultas sejam anuais próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2013a).

No entanto, essas recomendações no acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento da criança podem ser ajustadas para que as que necessitam de maior atenção sejam visitadas com maior frequência (BRASIL, 2013 a). Ciampo (2006) relata que a puericultura atua na promoção e prevenção da saúde da criança priorizando a saúde em detrimento da doença visando manter a criança saudável garantindo o desenvolvimento no aspecto físico, emocional e social.

A atenção à saúde da criança é essencial para garantir a saúde global da criança e necessita de atenção diante do grande número de crianças na área adscrita e da dificuldade para a realização da puericultura para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessa fase da vida. Além disso, no SUS existem vários desafios a serem superados para que ocorra o desenvolvimento de ações e consultas, entre elas estão a falta de equipamentos e a sobrecarga do trabalho.

A microintervenção para melhorar o acompanhamento de saúde da criança no território foi desafiadora e apresentou muitas dificuldades na sua realização, pois contava com poucos profissionais que estavam atuantes no período, devido a férias e afastamentos.

Concomitantemente, os atendimentos à demanda espontânea e programada da área sobrecarregou a médica da unidade. Apenas três das sete agentes de saúde estavam disponíveis para a ação. Além disso, a técnica da equipe mantinha outras funções extras equipe e a enfermeira estava afastada no período, assim como aconteceu na intervenção de implementação do acolhimento..

Em consoante, diante da grande demanda de pacientes e intercorrências não foi possível uma reunião presencial para a organização do evento. Ocorreu comunicação entre os profissionais e diretor da clínica através de telefones e grupos de comunicação por mensagens.

Optou-se por realizar um evento para sensibilizar as famílias para as consultas de crescimento e desenvolvimento e importância desse acompanhamento. Assim, começamos por pensar uma atividade educativa para depois pensarmos nas ações de continuidade. A microintervenção foi realizada no mês de fevereiro do ano 2020 pela médica da equipe, três agentes comunitárias da saúde e o diretor da clínica.

O diretor da clínica atuou auxiliando na decoração e organização do espaço para a realização da ação. Uma das agentes de saúde contribuiu para realizar a compra dos lanches para serem distribuídos na ação cujos insumos foram fornecidos pela médica da unidade. As outras agentes comunitárias da saúde auxiliaram em todo o desenvolvimento das ações sendo muito importante a dedicação e o empenho para o desenvolvimento das atividades.

A ajuda delas foi imprescindível para a realização do evento. Isso mostra a importância da ação de cada membro da equipe atuante para o desenvolvimento de uma ação, pois sem a atuação delas o evento não seria possível.

Foi realizada uma palestra pela médica da unidade sobre hábitos de higiene para a prevenção de doenças. Além disso, foram distribuídos lanches e kits de higiene. A médica forneceu kits de higiene contendo sabonete, saboneteira, escova dentária, creme dental e toalhas para as crianças. Em seguida, a médica juntamente com duas agentes de saúde realizaram a coleta dos dados antropométricos e a realização da puericultura das crianças que compareceram ao evento.

Pretendia um plano de ação para realizar essa intervenção a cada 3 meses para intensificar os cuidados e acompanhamento dessa fase do ciclo de vida. No entanto, começou a pandemia de coronavírus alterando as ações de saúde na unidade. Espera que com o controle das doenças e agravos possa ocorrer a continuidade das ações a saúde da criança na unidade e tenha atuação da maior parte dos membros da equipe. Fazer vigilância do crescimento é promover a saúde da criança.

Na puericultura o acompanhamento deve ser eficiente e continuado desde o nascimento ou período intrauterino sendo realizado por todos os membros da equipe através da ação integral podendo tornar o futuro adulto saudável e pleno das suas potencialidades exercendo a cidadania (CIAMPO, 2006).

Assim, a caderneta de saúde da criança, que é distribuída gratuitamente pelo Ministério da Saúde, é um importante instrumento de avaliação para promoção e acompanhamento dessa etapa da vida contendo orientações ao crescimento e desenvolvimento da criança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

As principais medidas antropométricas que fazem parte da rotina da criança na puericultura são acompanhadas por registros na caderneta de saúde da criança. Além da vigilância do crescimento, a triagem neonatal, calendário vacinal e a prevenção de acidentes devem ser observados durante o acompanhamento devido à vulnerabilidade dessa fase do ciclo de vida (GUIGLIANE, 2014).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica a saúde deve atuar realizando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos e assistência utilizando de estratégias para um diagnóstico precoce e qualificação do manejo das doenças realizando atendimento de qualidade, resolutividade e eficácia. As microintervenções que deveriam ser aplicadas na unidade de saúde são de extrema importância para garantir a atenção integral à saúde. Entretanto não foi possível realizar as microintervenções com êxito.

Diante da epidemia do coronavirus as ações da equipe de saúde da família ficaram restritas. Dos quatro dias de trabalho na unidade 2 a três dias da semana são destinados a atendimento na ala de síndromes gripais. Um dos dias que são as quartas feiras são marcados o pré-natal das gestantes pela manhã e visitas domiciliares durante a tarde. Terças e quintas manhã e tarde na ala de síndromes gripais. As segundas quando não há intercorrências e necessidade de atender na síndrome gripal esse dia fica reservado para as intercorrências gerais na unidade e renovação de receitas controladas e de medicações de doenças crônicas.

O acolhimento ao usuário feito da forma preconizada pelo ministério da saúde torna o cuidado mais ético eficaz e humanizado e ainda constitui um desafio na unidade de saúde. Não há profissional para triagem para determinar a prioridade do atendimento do paciente com base na gravidade de seu estado clínico e não há uma avaliação do indivíduo em meio a suas vulnerabilidades. O acompanhamento mínimo de periodicidade das consultas da criança proposto pelo ministério da saúde que deveria ser realizado pelo médico e enfermeira da unidade esta distante de ser realizada com eficácia diante da disponibilidade de recursos humanos, capacitação na atuação, a extensa composição na faixa etária da população, realidade da epidemiologia local, a falta de equipamentos e a sobrecarga do trabalho. Muitas das avaliações nessa faixa etária são realizadas conforme a necessidade segundo os problemas de saúde apresentados.

Em relação às doenças crônicas não foi possível por em prática ações para realizar a microintervenção. O número de doenças crônicas é expressivo na área adscrito em especial diabetes, hipertensão e excesso de peso. Além disso, grande parte dessa população apresenta a doença descompensada e é alto o risco de doenças cardiovasculares. É fundamental nas ações a informação sobre as patologias as comorbidades, o uso correto das medicações estabelecer planos para mudanças de estilo de vida. Nesse âmbito é necessário uma ação conjunta dos membros da equipe de saúde da família. Bem como é importante salientar ações coadjuvantes dos profissionais do NASF nutricionista, fisioterapeuta psicólogo educador físico para ajudar a estabelecer um estilo de vida saudável. No entanto, não contamos mais com esses profissionais no município.

Assim o presente estudo não conseguiu atingir o objetivo de melhorar o acesso da população ao serviço de saúde da unidade, diminuir a demanda reprimida, realizar um

atendimento de qualidade resolutividade e eficácia, estabilizar o quadro clínico dos hipertensos e diabéticos, realizar ações em promoção e prevenção, intensificar o acompanhamento do desenvolvimento da criança. E não há previsão de tempo para continuidade e aperfeiçoamento das ações embora haja necessidade da prática e intensificação delas. Para uma efetivação das ações em saúde deve haver envolvimento de todos os profissionais.

4. REFERÊNCIAS

- BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm Acesso em 15 de março de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Brasília, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de atenção Básica, n 28, volume I).
- CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado. Interface (Botucatu) [online]. Vol.13, 2009.
- CIAMPO, L. A. D. O programa de saúde da família e a puericultura. Ciência & Saúde Coletiva. 11ª ed., 2006.
- GUILIANI, E.R.J. Tópicos Básicos em aleitamento materno. In. Campos Jr. D, Burns DAR, Lopez Fa. (Eds). Tratado de Pediatria. 3ª ed. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2014.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. IBGE. Lei 8.069 de. Disponível em : <https://informacoesdobrasil.com.br/dados/sergipe/nossa-senhora-da-gloria/censo-demografico-2010>. Acesso em 22 de março de 2020.
- PREFEITURA DE FLONIANÓPOLIS. Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis. Protocolo de enfermagem volume 4. Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto. Florianópolis, dezembro de 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia Prático de Atualização. Caderneta de saúde da criança instrumento e promoção no desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. Dezembro, 2017.