



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

**UM NOVO OLHAR PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATOS DE
EXPERIÊNCIAS SOBRE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM UM
CENTRO DE SAÚDE DA CIDADE DE ITABAIANA-SE.**

ANDERSON DE CARVALHO OLIVEIRA

NATAL/RN
2020

UM NOVO OLHAR PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATOS DE
EXPERIÊNCIAS SOBRE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM UM CENTRO DE
SAÚDE DA CIDADE DE ITABAIANA-SE.

ANDERSON DE CARVALHO OLIVEIRA

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: MARILIA RUTE DE
SOUTO MEDEIROS

NATAL/RN
2020

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
	RELATO	DE
2	MICROINTERVENÇÃO.....	6
	CONSIDERAÇÕES	
3	FINAIS.....	9
4	REFERÊNCIAS.....	10

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata de microintervenções e relatos de experiências que ocorreram no Centro de Saúde Dr. José Souto Diniz, localizado na zona urbana da cidade de Itabaiana-SE. Essa cidade fica na região central do Estado de Sergipe, o município se estende por 336,7 km² e contava com 86 967 habitantes no último censo (2010), apresenta densidade demográfica de 258,3 habitantes por km² e é o mais importante município da microrregião do Agreste. O município tem sua economia baseada na agricultura e comércio (IBGE, 2010).

O Centro de Saúde Dr. José Souto Diniz conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A ESF, conta com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e nove agentes comunitários de saúde, cobrindo uma população de 4.645 pessoas. A unidade localiza-se na região urbana e central da cidade, assiste uma população bastante heterogênea no que se refere a poder financeiro, escolaridade e acesso a saneamento básico. A maior parte da população trabalha formalmente no comércio local, outra parte considerável, trabalha de forma autônoma nas feiras regionais.

Após reunião com a equipe de Estratégia de Saúde da Família foram escolhidas as seguintes áreas para realização de microintervenções: 1 – Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, 2 – Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento. As áreas foram escolhidas baseadas nas demandas de usuários e importância para a melhoria do serviço prestado pela Unidade.

A área, Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada foi escolhida com o objetivo de melhorar o acolhimento aos usuários, visto que o que se pratica na unidade é a distribuição de fichas numeradas e encaminhamento das pessoas para atendimento médico. Diariamente eram distribuídas 20 fichas para atendimento médico, destas, 15 fichas eram destinadas para demanda programada e 5 fichas destinadas para urgências. Essa distribuição ocorria sem qualquer tipo de triagem. Em casos mais complexos a cidade conta com o Hospital Regional de Itabaiana para referenciar.

No que concerne à área, Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento, foi selecionada com o objetivo de gerar condições para que a criança tenha um atendimento integrado com a prioridade para os grupos de risco, além de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento, buscando a diminuição da morbimortalidade infantil. Além disso observamos o baixo número de consultas de puericultura devido a uma cultura local onde as

crianças só são levadas a unidade quando doentes.

Após a realização das microintervenções objetiva-se aperfeiçoar o atendimento aos usuários, fornecendo um serviço mais abrangente, organizado, humanizado e acolhedor, refletindo assim na melhoria da qualidade de vida dos usuários de nossa Unidade de Saúde.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

RELATO DE MICROINTERVENÇÃO/PLANO DE INTERVENÇÃO

A microintervenção iniciou-se com reunião da equipe com o objetivo de criar um acolhimento efetivo e dessa forma atender melhor os usuários, partindo de um problema recorrente no centro de saúde, que era a distribuição de senhas e encaminhamento para atendimento médico. Esse modelo não estava satisfazendo as demandas da comunidade pois observa-se formações de filas para marcar consulta médica, com essa prática houve uma dificuldade para conseguir atendimento médico e com isso a formação de filas, para a marcação de consulta, cada vez mais cedo, ao ponto destas filas começarem na madrugada, dessa forma, houve uma crescente insatisfação dos usuários, pois nesse modelo pacientes que necessitavam de atendimento médico de forma mais urgente muitas vezes não tinha acesso para uma consulta médica e ao mesmo tempo pacientes que podiam esperar para consulta conseguiam atendimento.

Observou-se então, que para melhor acolher as demandas da comunidade seria necessário aprimorar o acolhimento com classificação de risco e não mais atendimento por ordem de chegada.

Dessa forma, em reunião com a equipe, foi decidido inicialmente, distribuir 75% das vagas de consultas para atendimento à demanda programada e 25% das vagas para demanda espontânea, sendo que esses números poderiam sofrer variações de acordo com as necessidades.

A organização do atendimento às demandas espontâneas e programadas, basearam-se nas necessidades observadas podendo sofrer modificações a medida que novas demandas surgiam. Para isso realizou-se um diagnóstico das principais queixas decorrentes das demandas espontâneas e também das necessidades observadas e relatadas por membros da equipe e por usuários. Com base nesse diagnóstico programou-se a quantidade de consultas de demanda espontânea e programada seriam disponibilizadas, quantas consultas serão destinadas aos retornos de rotina dos pacientes programados, organizar a agenda do médico, da enfermagem e da odontologia e como organizar o atendimento no curativo, vacina, farmácia e em outros setores da Unidade de Saúde.

Ficou pactuado também que os atendimentos deveriam ser distribuídos em blocos de uma hora, com o objetivo de diminuir o tempo de espera dos pacientes na unidade, em cada bloco seriam feitos 2 a 3 atendimentos para demanda programada (DP) e um atendimento par demanda espontânea (DE) de acordo com a tabela 1.

Tabela 1: Modelo de atendimentos para demanda espontânea e programada dividido em blocos. Itabaiana/SE, 2020.

Manhã

Tarde

–	7:30h	2 a 3 atendimentos	–	13:30h	2 a 3	
		– DP			atendimentos	– DP
	8:30h	1 atendimento	–	14:30h	1 atendimento	–
		DE			DE	
–	8:30h	2 a 3 atendimentos		14:30h	2 a 3	
		– DP			atendimentos	– DP
	9:30h	1 atendimento	–	15:30h	1 atendimento	–
		DE			DE	
–	9:30h	2 a 3 atendimentos		15:30h	2 a 3	
		– DP			atendimentos	– DP
	10:30h	1 atendimento	–	16:30h	1 atendimento	–
		DE			DE	
–	10:30h	2 a 3 atendimentos		16:30h	2 a 3	
		– DP			atendimentos	– DP
	11:30h	1 atendimento	–	17:30h	1 atendimento	–
		DE			DE	

Fonte: O autor, 2020.

O acolhimento é o primeiro contato entre o usuário e os profissionais da equipe de saúde. Nele, os trabalhadores devem ser qualificados para recepcionar, escutar, conversar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar (SOUZA, 2008).

Dessa forma, o acolhimento possui as funções de atender a demanda diária da unidade de saúde, fazendo com que os usuários tenham resolutividade de seus problemas, além de ser utilizado como ferramenta para implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho (COELHO; JORGE, 2009).

Assim, o acolhimento faria os agendamentos para as consultas programadas, os pacientes que necessitam de atendimento são agendados para o mesmo dia ou para uma data posterior. Algumas demandas podem ser agendadas para o futuro de acordo com a necessidade do paciente, por exemplo, entrega de resultados de exames de um paciente assintomático. Para tanto foi definido, quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias.

Os resultados da aplicação desse modelo foram, até o momento, satisfatórios, pois houve grande diminuição de espera por atendimentos, maior satisfação dos usuários, pois tiveram suas demandas atendidas, senão imediatamente, mas em um curto prazo.

Outra microintervenção foi sobre a Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento (CeD), que foi selecionada após reunião com a equipe de Estratégia de

Saúde da Família. A microintervenção teria como objetivo gerar condições para que a criança tenha um atendimento integrado com a prioridade para os grupos de risco; aumentar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento; buscar a diminuição da morbimortalidade infantil; garantir a visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e recém-nascido (RN) no contexto da família; ofertar as ações programadas para a primeira semana e consultas para ambos (mãe e RN); e apoiar o aleitamento materno, imunizações e coleta de sangue para o teste do pezinho (BRASIL, 2004).

Realizamos reuniões com a equipe de Estratégia de Saúde da Família, orientando e capacitando os Agentes Comunitários de Saúde para que estes fossem disseminadores, junto à comunidade, das seguintes ações relacionadas a saúde da criança;

Higiene física: supervisão da higiene corporal e da estrutura existente no lar. Levantamento das condições oferecidas à criança em termos de espaço físico, a saber, quarto adequado, ensolarado, sem umidade, sem presença de fatores alergênicos; frequência a ambientes saudáveis como parques, clubes, prática de atividades físicas.

Higiene anti-infecciosa: acompanhar e aconselhar os pais durante o processo de vacinação, detectar precocemente e eliminar quadros infecciosos que possam prejudicar o organismo em crescimento.

Higiene mental: abordagem, junto à família, da dinâmica domiciliar, e aconselhar os pais acerca das melhores maneiras de lidar com os distúrbios emocionais próprios da infância, ou com as dificuldades escolares e de socialização.

Higiene do crescimento: aferição periódica de todos os parâmetros indicativos de crescimento e ganho de peso adequados, prevenção do sobrepeso

Higiene alimentar: aconselhamento aos pais quanto aos melhores nutrientes a serem ofertados em cada etapa da vida da criança e que possam servir de arcabouço para o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização das microintervenções no município de Itabaiana-SE construiu-se uma narrativa que servirá de suporte para futuros processos de educação permanente para a saúde, visto que o atual material servirá de instrumento de leitura e estudo para construção e enriquecimento de novas propostas de microintervenções. Além de tal resultado, espera-se servir de modelo de instrumentos/ferramentas para aprimorar a gestão do serviço e as ações de saúde no município.

Esta vivência promoveu intenso aprendizado e aproximação entre os profissionais de saúde que fazem a Unidade de saúde e seus usuários. Tal fato mostra que é necessária uma aproximação real entre quem planeja e quem executa, estando assim, gestores, trabalhadores e usuários em sintonia para formulação, execução e gestão do serviço, bem como parte do processo de organização das ações e práticas realizadas pela equipes das ESF, fortalecendo o vínculo existente entre os profissionais, os serviços de saúde e a população, facilitando, assim, o acompanhamento longitudinal das famílias adscritas.

Os resultados da aplicação desse modelo foram, até o momento, satisfatórios, pois houve grande diminuição de espera por atendimentos e maior satisfação dos usuários, pois tiveram suas demandas atendidas, senão imediatamente mas em um curto prazo. A partir do momento que as famílias foram instruídas pelos agentes comunitários de saúde sobre a importância da atenção a saúde da criança, houve um aumento significativo da procura dos serviços de saúde oferecido pela unidade, como vacinação, teste do pezinho e avaliação do crescimento e desenvolvimento.

Acredito que a equipe de saúde tem que estar continuamente aprimorando suas práticas e buscando novas estratégias, deixando para trás fórmulas que não atendem aos anseios dos usuários do sistema de saúde. O que se observa ainda é que em muitas unidades básicas de saúde o atendimento médico não está sendo realizado em sua totalidade devido a sobrecarga de pessoas que necessitam de atendimento a cada dia. Permanecendo, dessa forma a preocupação em resolver as demandas imediatas esquecendo de acolher o indivíduo e entender suas reais necessidades.

É nesse sentido que o presente trabalho apresentou a proposta de práticas de microintervenções como um entendimento real das necessidades, fragilidades e potencial das famílias adscritas. Espera-se, então, que as ações sejam um exemplo de práticas fáceis, rápidas e de baixo custo, que, ainda assim, podem causar mudanças significativas na percepção que a população tem sobre seus espaços públicos.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília (DF):** Ministério da Saúde, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** 2010. Acesso em 28 de Maio de 2020.

COELHO, M. O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica á saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Clenc Saúde Colet.** V. 14, supl. 1, p. 1523-31,2009.

SOUZA, E.C.F., VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad, Súde Pública.** V.24, n.1, p. 100-101, 2008.