



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

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO
OFERTADO PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CASA EDVAL VENTURA
NO MUNICÍPIO DE LÁBREA- AM**

CRISTIANE ALMEIDA MACIEL

NATAL/RN
2021

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO
OFERTADO PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CASA EDVAL VENTURA NO
MUNICÍPIO DE LÁBREA- AM

CRISTIANE ALMEIDA MACIEL

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: AILMA DE SOUZA
BARBOSA

NATAL/RN
2021

Agradeço a Deus, aos meus filhos e à minha mãe pelo apoio incondicional durante todos esses anos.

E também à minha orientadora pelas valiosas instruções que recebi durante o curso.

Dedico este trabalho a toda equipe da CASA Edval Ventura pelos dias incansáveis no atendimento à população do município de Lábrea e nos momentos de enfrentamento à Pandemia do SARs-COV2.

RESUMO

A microintervenção realizada teve por objetivo reorganizar a atenção à saúde do idoso na área de cobertura 01 da Equipe de Saúde da Família - ESF Edval Ventura no município de Lábrea, Amazonas, assim como avaliou os cuidados dispensados a essa parcela da população no período de pico da pandemia do Covid-19. A microintervenção se deu em três etapas todas acompanhadas de prévio planejamento. Os dados coletados, bem como as atividades e ações realizadas possibilitaram uma melhor reorganização da atenção integral aos idosos que utilizam os serviços ofertados pela unidade de saúde. Além disso, as avaliações iniciais permitiram à equipe identificar com mais clareza suas limitações e fragilidades, bem como as questões referentes às responsabilidades que todos têm enquanto coletivo no enfrentamento dos problemas diários relativos aos cuidados com os idosos. No cômputo geral, a proposta de reorganização do atendimento foi alcançada, pois com a retomada das visitas e a criação de uma agenda paralela para os casos emergenciais e para os pacientes domiciliados e acamados, a equipe conseguiu dar uma resposta mais eficaz e eficiente na resolução desses problemas, de modo a atendê-los na sua integralidade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	08
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	11
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
6. REFERÊNCIAS.....	21
7. APÊNDICES.....	22

1. INTRODUÇÃO

Lábrea é município brasileiro, localizado no interior do estado do Amazonas, região Norte do país e apresenta uma população de 46 882 habitantes (IBGE, 2020). Com advento da pandemia do novo coronavírus no Brasil e no mundo, percebeu-se um declínio no número de atendimentos nas unidades básicas do município, nas visitas domiciliares e nas cirurgias eletivas, sem citar os outros serviços. O Centro de Atenção à Saúde e Acolhimento (CASA) Edval Ventura é composta por duas equipes da Estratégia em Saúde da Família – ESF, dividida em duas grandes áreas de abrangência. A minha equipe é composta por 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 07 agentes comunitários de saúde, 01 equipe de saúde bucal – ESB e outros profissionais de nível médio e fundamental e a coordenadora da unidade é sanitarista formada em saúde coletiva. É uma equipe que gosta de desafios e sempre se mantém unida.

E as regras do distanciamento social, impossibilitou que as equipes continuassem com suas respectivas programações nas microáreas, pois muitos agentes de saúde e alguns médicos foram deslocados para integrar equipes de educação em saúde e equipes de monitoramento. As equipes de educação em saúde ficaram responsáveis por divulgar as orientações do Ministério da Saúde sobre distanciamento social, higiene pessoal e uso de álcool e distribuir máscaras para as famílias cadastradas. As equipes de monitoramento, geralmente compostas por médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, eram responsáveis pelo monitoramento dos pacientes Covid em isolamento.

Nas unidades, parte das atividades foram suspensas e as demandas eram realizadas por agendamento. Vale ressaltar que, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e em conformidade com os acordos estabelecidos entre profissionais e secretaria municipal de saúde, os atendimentos foram retornando devagar. E foi nesse intervalo que foi pensada a Microintervenção, como uma maneira de reorganizar esse atendimento aos idosos, que estavam sendo duramente penalizados por não poder receber visitas naquele período.

Diante da situação precária vivida nessa pandemia, pude observar que os idosos ficaram em segundo plano, apesar dos olhares estarem voltados para eles, uma vez que são considerados pacientes do grupo de risco para Covid-19. “Por se tratar de um dos grupos de risco para a COVID-19, e não o único, idosos foram o grande foco em destaque nas notícias veiculadas entre os jornais analisados, no que diz respeito a situação de casos, bem como as evoluções dos casos mais graves para o óbito” (LEÃO et al., 2020). E a realização da Microintervenção foi uma oportunidade de nos adaptar e ajudar a pensar estratégias que ajudassem contornar os obstáculos que surgiram ao longo do último ano na assistência a esse grupo populacional.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO Á DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.

O acolhimento é uma das diretrizes constantes na Política Nacional de Humanização (PNH). É ele que possibilita uma reflexão sobre o processo de humanização em saúde, entendendo esse instrumento como possibilidade dos atores sociais envolvidos no cuidado e na atenção em saúde desenvolverem mecanismos que facilitem chegar aos resultados que se espera: diminuir filas de espera, melhorar o atendimento dispensado, atender o usuário na sua integralidade, reverter índices epidemiológicos negativos e outros. Além disso, enquanto estratégia da PNH, ajuda a “ampliar e qualificar o acesso aos usuários”, o que significa dizer que essa etapa do processo de trabalho pode ser reorganizada promovendo uma melhor assistência à saúde (SILVA et al., 2017). E essa compreensão é importante para todas as equipes de saúde, pois impacta diretamente nos serviços que são ofertados nas unidades distribuídas nos mais de cinco mil municípios do Brasil.

Quando cheguei à Unidade Básica de Saúde (UBS) já havia uma rotina de acolhimento funcionando. Ela foi formatada a partir das diretrizes contidas na PNH. Contudo, não consegui perceber um fluxo contínuo, pois em certas ocasiões parecia que se estava “apagando pequenos incêndios”. E apesar de se ter uma demanda razoavelmente programada de atenção aos grupos prioritários, não se verificava resolutividade dos casos atendidos e/ou acompanhados. Havia um fluxo estabelecido de atendimento pela recepção e encaminhamento para o acolhimento, sem classificação risco ou de casos prioritários das demandas ou uma agenda paralela para casos não tão urgentes mais que necessitavam de uma resposta. Observou-se a necessidade de estabelecer uma rotina de acolhimento com classificação de risco para melhorar o fluxo de atendimentos, dar resolutividade para algumas demandas mais rápidas e abrir espaços na agenda para um melhor acompanhamento de pacientes específicos. Neste contexto, foi problematizado com a equipe que propôs a implantação do acolhimento com classificação de risco, com o objetivo de organizar o processo de trabalho e diminuir o grau de insatisfação dos usuários.

O Centro de Atenção à Saúde e Acolhimento (CASA) Edval Ventura é uma unidade básica de saúde que conta com duas equipes de saúde do PSF, duas equipes de saúde bucal, dois enfermeiros, três técnicas de enfermagem e outros profissionais de nível médio e fundamental. A coordenação da unidade é exercida por uma sanitarista com formação em saúde coletiva. O meu campo de atuação corresponde à área 01, formada por 07 microáreas que correspondem a um total de aproximadamente 3.800 habitantes. Os números não são absolutos, uma vez que parte das famílias têm alto processo migratório estando ora residindo na zona urbana, ora na zona rural.

O público dessa área é diversificado, grande parte consiste em uma população com

baixa renda e péssimas condições sanitárias: não há saneamento básico (esgoto e o lixo a céu aberto, algumas casas não têm banheiros internos, o banheiro fica no quintal), grande parte das casas são pequenas com um a no máximo três cômodos, e média de cinco a oito pessoas residindo no mesmo ambiente. Essa é, numa análise superficial, o perfil do público da área de saúde da qual atuo. Nesse sentido foi preciso pensar estratégias que pudessem dar o mínimo de acolhimento e resolutividade para essa população.

A metodologia utilizada foi realizar um levantamento da rotina de acolhimento, desde o momento em que o usuário chega na UBS até o momento de sua saída. Para isso houve a necessidade de se analisar o fluxograma e verificar a ambiência da unidade. Essa etapa foi realizada em conjunto com todos os profissionais em uma grande reunião. Na reunião foi proposto a criação de uma comissão composta por uma enfermeira, por uma dentista, um representante da secretaria de saúde e um representante do conselho de saúde, contudo houve resistência, e a ideia não foi adiante. No início houve um pouco de dificuldade para ser entendida, percebeu-se que o normal era que os profissionais médicos só acatassem as ordens e seguissem os protocolos já instituídos.

Depois de algumas explicações, ajustes e análise do fluxo, rotina e ambiência da unidade, foi observado como acontecia a escuta qualificada e quais critérios, além do protocolo de classificação de risco, o profissional que fazia a primeira escuta utilizava para triar o paciente. Essa etapa foi realizada por uma técnica de enfermagem (sob minha orientação) acompanhando o acolhimento durante alguns dias: próximo ao local da consulta como ouvinte e à distância, observando sem ser notada. A decisão dessa estratégia foi devido ao fato de que, muitas vezes, alguns profissionais agem de forma diferente quando sabem que estão sendo monitorados. Posteriormente aos atendimentos, os usuários foram entrevistados para sondar o grau de satisfação pelo atendimento prestado pela UBS e se a demanda que o trouxe ao serviço foi resolvida.

Como resultado, conseguiu-se envolver todos os profissionais e colaboradores nessa nova “arrumação”. No que tange ao acolhimento percebeu-se que ele tem se dado de forma mais organizada e os técnicos que atuam no setor são atenciosos e procuram responder às principais dúvidas dos usuários. Os protocolos são respeitados e eles também utilizam muito a abordagem subjetiva, que consiste em perguntar algo de cunho pessoal, mas sem necessariamente entrar a vida íntima do paciente. Dessa forma, aproxima e fortalece os vínculos de cuidados para além do “preenchimento de um prontuário”.

Essa abordagem interpessoal tem feito diferença no atendimento. A proposta da agenda paralela ainda é um instrumento novo na unidade e nem todos conseguem visualizar os benefícios a longo prazo. Mas é uma opção que está sendo utilizada e para alguns casos tem tido resultados positivos. A esperança é que realmente ela seja implantada. Como se trata de um momento de testar essa ferramenta todos estão atentos (principalmente para os eventos

adversos).

O que se espera, agora, é a continuidade porque essas pequenas mudanças imprimiram qualidade ao serviço oferecido. Óbvio que nem todos se adaptaram facilmente. E ainda é necessário tempo para poder dar o retorno necessário às demandas, porque muitas delas dependem de outros colaboradores ou instituições externas. Contudo, o esforço conjunto realizado na avaliação possibilitou a modificação da direção.

Enquanto, no início, o acolhimento era realizado apenas para atender bem e organizar o serviço, a análise dos procedimentos realizados permitiram atender bem, organizar o serviço, qualificar o esforço empreendido e dar mais resolutividade. E o empenho continua, pois foi verificada a necessidade de estimular os colegas nas reuniões coletivas, que já fazem parte do calendário da equipe, para que não perder o foco que é a atenção ao usuário e resolução de suas necessidades de saúde.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE COMBATE AO CÂNCER NO CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE E ACOLHIMENTO (CASA) EDVAL VENTURA.

O Câncer é a segunda causa de morte no planeta e responsável por 9,6 milhões de mortes no ano de 2018. Em um nível global, a cada seis mortes, uma está relacionada à doença. O câncer surge devido a transformação das células normais em células modificadas em um processo que passa por várias etapas que vão desde uma simples lesão sem aparente comprometimento até um tumor com malignidade. Essas etapas de transformação são o resultado de diversos fatores que se encontram num dado momento. E esses fatores podem ser interno e externos. Como internos pode-se elencar a propensão genética que um indivíduo pode ter. No caso dos fatores externos pode-se elencar fatores químicos (amianto, arsênio, componentes do fumo do tabaco, etc.), físicos (radiação ultravioleta e ionizante) e biológicos (vírus, bactérias, parasitas, etc.) (OMS, 2018).

Na verdade, os principais fatores de risco para câncer mais relatados no mundo são o consumo de álcool, o tabagismo, dieta pouco saudável e sedentarismo. Outro fator que influencia o aparecimento da doença é a idade. Quanto mais avançada, mais propenso é o indivíduo de ser acometido por algum tipo de câncer. Aqui se trata basicamente do mecanismo de reparação celular que vai ficando mais lento com o aumento da idade. Isso combinado com o acúmulo de vários fatores propicia o campo ideal para o desenvolvimento da doença em idosos.

Desses fatores de risco apontados, o tabagismo, é responsável por cerca de 22% de mortes por câncer no mundo. Esse dado foi gerando ao longo das décadas uma “batalha” que se estendeu para além das “trincheiras” dos serviços de saúde. Atingiu a Indústria do tabaco. Movimentos de combate ao tabagismo e campanhas sobre as consequências do consumo de cigarros e derivados foram realizados com o intuito de diminuir o consumo em escala global (OMS, 2018).

“Mundialmente, os Estados Unidos foram pioneiros nas restrições à propaganda de cigarro, vetada na mídia eletrônica em 1969. A União Europeia, por sua vez, banuiu a propaganda de cigarros da TV em 1989. Nos Estados Unidos, além de restrições a personagens ligados ao público jovem, outdoors e testemunhos de celebridades foram eliminados da publicidade tabagista a partir de julho de 1999. No Brasil foi a Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000, em seu artigo 3º, que restringiu a propaganda comercial do fumo em pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda “ (REINALDO et al., 2012).

Em outro momento o Ministério da Saúde determinou a divulgação das

consequências do consumo de álcool, cigarro e outras drogas através de imagens a ser divulgadas nas embalagens de cigarro. Todo esse movimento fortaleceu, de certa forma, as políticas públicas de promoção, prevenção e tratamento do tabagismo que já existiam. O aumento do investimento nessa área chamou a atenção, também, para os outros fatores de risco para câncer.

A questão é que os municípios brasileiros iniciaram há algumas décadas um processo organizado de enfrentamento ao câncer baseado nas orientações do Ministério da Saúde através da Política Nacional de combate ao câncer. Inicialmente, eram ações esporádicas nos grandes centros urbanos. Mas os processos foram se interiorizando juntamente com a expansão do Programa de Saúde de Família (PSF). Desse modo, todos os municípios contam, hoje, com programas específicos para os tipos de cânceres mais conhecidos e que ocupam os primeiros lugares nas causas de morte no Brasil: próstata, mama e colo de útero (INCA, 2020).

A reflexão sobre todas essas informações foi o que estimulou a equipe da unidade a rever a forma como se está fazendo a detecção precoce dos casos de câncer no município de Lábrea. Nesse sentido, parte da equipe que esteve presente na reunião sobre demanda espontânea se prontificou a participar da etapa de avaliação dos processos de trabalho que envolvem as atividades e ações voltadas para o combate e controle do câncer de próstata, mama e colo de útero.

As ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento do câncer no município de Lábrea são bastante intensas e em seu total correspondem às palestras educativas, campanhas de busca ativa, eventos que acontecem nos meses estabelecidos em calendário nacional de combate a um tipo específico de câncer, rastreamento de novos casos, detecção precoce, tratamento e acompanhamento de casos antigos e novos. As atividades e processos de trabalho que seriam avaliados foram eleitos aleatoriamente. E para o estudo inicial, a equipe elegeu as ações que são realizadas na unidade de saúde durante o mês de novembro em decorrência do combate ao câncer de próstata.

O local de desenvolvimento da microintervenção foi o Centro de Atenção à Saúde e Acolhimento (CASA) Edval Ventura, unidade básica de saúde que conta com duas equipes de saúde do PSF, duas equipes de saúde bucal, conta com dois enfermeiros, duas técnicas de enfermagem e outros profissionais de nível médio e fundamental. A metodologia utilizada foi realizar um levantamento dos pacientes acometidos por câncer ou com suspeita de câncer que estavam frequentando a unidade de saúde ou recebendo assistência domiciliar e eram da abrangência das microáreas. Essa primeira etapa foi realizada pela equipe de recepção que estava responsável pelos prontuários e pelo controle da agenda clínica da unidade de saúde.

A segunda etapa foi realizada depois que foram levantadas as demandas sobre os pacientes que estavam acometidos com câncer (já diagnosticado) e estavam recebendo algum tipo de tratamento. Nas avaliações realizadas foi verificado que os dados que a unidade tinha

não eram específicos. Apenas alguns pacientes que haviam sido encaminhados retornaram para acompanhamento pela unidade de saúde. E não se tratou, em nenhum caso estudado, de morte do paciente. Simplesmente ele/ela não retornou ao serviço. Não houve uma contra referência.

Foi acordado, a partir disso, que seria criada uma equipe de busca ativa para casos suspeitos e/ou diagnosticados, com o objetivo de melhorar a detecção precoce e o tratamento desses pacientes. Contudo, antes de efetivamente a equipe ser criada, eles passaram por uma pequena capacitação sobre os diversos tipos de cânceres e as corretas abordagens no âmbito da atenção primária.

A terceira etapa será composta pelo estudo dos casos dos pacientes que serão captados nas buscas ativas ou que procurarão a unidade a partir da intensificação da campanha de câncer de próstata, mas não se limitando a ele. O objetivo é permitir uma análise que possa servir de subsídio para reorganizar as atividades e ações do combate ao câncer no município de Lábrea e esses dados sirvam para implantar um programa específico que trate dessa doença. O que se espera é que uma política direcionada e com um planejamento mais estratégico possa contribuir para a diminuição dos gastos com deslocamento de pacientes para outros estados e/ou com medicamentos de alto custo.

A microintervenção iniciou-se em novembro de 2020 e ainda não temos resultados efetivos. A equipe ocupou-se até agora da coleta de dados sobre pacientes que já estão diagnosticados e/ou em tratamento. Entretanto, com o início de uma “segunda onda” de Covid-19, campanha política, eleições municipais, demissão de funcionários temporários, a unidade de saúde teve sua equipe reduzida. Isso impactou diretamente na produção dos resultados, uma vez que a busca ativa era uma das etapas essenciais para a análise de dados iniciais. Mas o planejamento não foi de todo perdido. Nem todos os agentes comunitários foram demitidos. A situação foi contornada porque foi feito um rearranjo nas funções e os agentes, durante as visitas domiciliares, faziam entrevistas ou estendiam um pouco o horário das visitas indo aos domicílios em que havia suspeita de novos casos, de pacientes que já estavam diagnosticados e estavam ou não em tratamento.

No entanto, se faz necessário dar continuidade às ações e planificá-la em uma matriz de operações para poder visualizar melhor e planejar os próximos passos. Contudo, estamos tentando avaliar o quão essenciais são essas etapas nesse momento em que temos que lidar, também com o recrudescimento da pandemia.

De qualquer modo, seguimos elaborando um estudo prévio desses primeiros resultados para poder propor ações mais específicas, efetivas, eficazes e, principalmente, exequíveis para o combate ao câncer. A continuidade das ações que foram iniciadas depende, nesse momento, da participação e do apoio da gestão. Apesar de que uma microintervenção ter como característica a possibilidade da governabilidade por parte de quem planeja, certas situações acabam fugindo ao planejamento. O que se espera é que no próximo ano a equipe a

ser contratada possa ser devidamente treinada e retome o planejamento realizado.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA UBS CASA EDVAL VENTURA.

O mundo no qual vivemos vem sofrendo mudanças aceleradas nas últimas décadas em todos os setores que conhecemos, desde os avanços tecnológicos, o crescente impulso da corrida espacial, as descobertas nas áreas médicas, o aumento da expectativa de vida, a transformação dos serviços ofertados até o declínio de economia, envelhecimento da população mundial, o aumento da pobreza e do desemprego e a recessão mundial (MIRANDA; MESNDES; SILVA, 2016). Para onde se lança o olhar pode-se perceber que as mudanças estruturais impactam diretamente na vida das pessoas. E parte dessas mudanças estruturais atingem primariamente a parcela da população que identificamos como a mais fragilizada. Estão nessa faixa as crianças e os idosos.

Mudanças complexas nos cenários mundiais os atingem porque para estas faixas da população existe a necessidade de políticas públicas ou oferta de serviços privados mais específicos, sendo que os idosos são os que “apresentam a maior incidência de dependência de cuidados” (MENDONÇA, 2015).

Nesse aspecto, o envelhecimento da população mundial junto com o aumento da expectativa de vida tem trazido para as diversas nações a discussão sobre o enfrentamento desse envelhecimento e as consequências para os diversos setores da sociedade, discussões essas sobre o envelhecimento saudável, sobre cuidados permanentes e que está acarretando uma série de consequências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais uma grande parte dos países não estão devidamente preparados. Aumento de despesas hospitalares, seguridade social e previdenciária, problemas com habitação e outros temas são pautas que geram mobilizações constantes e, por mais que existam locais em que elas se transformem em políticas públicas, como no Brasil, se percebe que ainda falta muito para se chegar a um sistema de proteção ideal para esse público (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Nesse raciocínio, quando observado de perto, o processo de envelhecimento é ainda mais cruel, porque expõe questões sociais que refletem a dura realidade dos povos que vivem abaixo da linha da pobreza. E essa realidade é bem mais presente quando vista pela lente da saúde. Porque apesar de ser um processo natural, envelhecer saudavelmente ainda é para poucos. E aqui entra questões como acesso à uma alimentação com os nutrientes necessários, se esse idoso ainda tem capacidade laboral, se é independente, se tem comorbidades, etc. Na verdade, é uma lista de situações que ajudam os profissionais a classificarem e entenderem esse envelhecimento.

No âmbito da saúde, avaliar toda essa complexidade de atenção ao idoso é um esforço hercúleo, tendo em vista que somos a ponta de um iceberg. Existem casos que vão

muito além do tratamento que é dispensado no posto de saúde. Existem idosos que sofrem maus tratos, existem idosos que são acamados e as famílias não cuidam, existem idosos que são o único sustento de suas famílias com seus benefícios continuados, existem idosos que são explorados, existem aqueles que tem multimorbidades e são polimedicamentosos, enfim, toda uma sorte de situações que muitas vezes a unidade de saúde não está preparada para resolver.

A estratégia geralmente é contar com uma equipe de matriciamento que pode ser uma ponte entre as demais secretarias para poder ajudar a resolver esses casos que são mais complexos. No caso da nossa unidade de saúde Casa Edval Ventura, os atendimentos para o grupo de idosos não tem um dia definido. Eles acontecem por demanda agendada. E isso foi acordado após uma reunião convocada pela secretaria e coordenação de atenção primária que aconteceu na unidade de saúde e contou com toda a equipe.

Nessa reunião, a partir das análises da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os grupos prioritários que tinham dias específicos para serem atendidos, seriam “dissolvidos” e a unidade de saúde passaria a atender somente demanda espontânea (BRASIL, 2017). Na nossa avaliação enquanto equipe isso foi um “desserviço” para as atividades que ora estavam sendo desenvolvidas, uma vez que o acompanhamento dos idosos das microáreas estavam tendo certa regularidade. Essa situação perdurou até o momento em que foi percebido que muitos idosos estavam ficando sem o acompanhamento adequado e retornando à unidade muito mais vezes que o necessário. Sugerindo que um acompanhamento mais pontual era a melhor estratégia para tratar melhor alguns casos (principalmente os acamados).

Nesse sentido, uma estratégia que definimos foi criar uma agenda paralela que pudesse contemplar esses idosos com mais necessidades e trabalhar em parceria com a recepção, o acolhimento e os agentes de saúde que tinham idosos com necessidades mais urgentes em suas microáreas. Essa era uma rotina que já tínhamos desenvolvido. E com a possibilidade dessa ação torna-se um relato de experiência, o que fizemos foi adaptar nossa rotina ao modelo do relato. Acabamos então por alinhar a demanda espontânea de atendimento dos idosos a uma agenda paralela (gestão da agenda médica por necessidade), orientei o acolhimento para um olhar mais cuidadoso com qualquer idoso que chegasse à unidade, principalmente aqueles acometidos por câncer (ou que estivessem em tratamento para câncer ou com suspeita) e os acamados.

Os critérios adotados possibilitaram um arranjo que permitiu que os relatos ficassem interligados, pois na recepção direcionamos a demanda espontânea dos idosos de modo a selecionar os casos, afunilando os tipos de afecções para câncer (qualquer tipo ou suspeita de) e sem deixar de atender as outras queixas. Isso permitiu um melhor acompanhamento desses idosos, permitiu dispensar atenção especial e qualificada àqueles com incapacidades físicas e dependentes, àqueles com multimorbidades e promover uma atenção àqueles que podiam realizar suas atividades de vida diárias de modo costumaz.

O local de desenvolvimento da microintervenção foi o Centro de Atenção à Saúde e Acolhimento (CASA) Edval Ventura e essa primeira etapa foi realizada pela equipe de recepção que estava responsável pelos prontuários e pelo controle da agenda clínica da unidade de saúde. A metodologia utilizada foi a mesma utilizada durante a Microintervenção da demanda espontânea e programada, com a diferença que dessa vez as recepcionistas e o acolhimento, bem como o restante da equipe ficaram atentos para a quantidade de idosos que estava procurando o serviço e a seguinte pergunta estava sendo realizada: “quanto tempo faz que o (a) senhor (a) não recebe visita do médico (a), enfermeiro (a), técnico (a), dentista ou agente de saúde em sua casa? ”

A partir dessa pergunta o prontuário desse paciente era catalogado para uma triagem e estudo da sua situação de saúde e checagem do último diagnóstico, da última consulta, visita, medicações, tipos de morbidades, etc. Esse idoso, então, era agendado para que fosse realizada uma visita domiciliar e atualizar seu prontuário e condições de saúde. Essa nova visita também tinha o intuito de avaliar suas condições sociais e econômicas e se haveria necessidade do seu caso ser encaminhado para uma avaliação conjunta com outras secretarias para um processo de amparo social mais efetivo.

A segunda etapa foram as visitas propriamente ditas, uma vez que já tendo uma demanda programada, foi mais fácil planejar e realizar as atividades com os agentes comunitários. Muitos idosos se sentiram felizes por receber as nossas visitas. E foi um pouco triste perceber que eles estavam ansiosos pelas visitas. O que fez a equipe refletir o quão importante é a nossa presença na vida dessas pessoas. A sensação de se sentirem importantes para alguém, mesmo que por poucos minutos ou algumas poucas horas. Muitas vezes esses idosos não têm essa atenção da família e utilizam da “doença” ou de um estado de dor para serem ouvidos.

A terceira etapa será composta pelo estudo dos casos dos pacientes que serão captados nas buscas ativas ou que procurarão a unidade a partir da intensificação da campanha de câncer de próstata, mas não se limitando a ele. O objetivo é permitir uma análise que possa servir de subsídio para reorganizar as atividades e ações do combate ao câncer no município de Lábrea e esses dados sirvam para implantar um programa específico que trate dessa doença. O que se espera é que uma política direcionada e com um planejamento mais estratégico possa contribuir para a diminuição dos gastos com deslocamento de pacientes para outros estados e/ou com medicamentos de alto custo.

A atividade de atenção à saúde do idoso iniciou-se juntamente com a Microintervenção que realizamos sobre busca ativa de câncer, em meados de novembro de 2020. Aproveitamos as iniciativas da equipe de recepção e a construção de uma agenda paralela para a gestão da clínica, para construir uma específica para os idosos, que estavam “sofrendo” com a diminuição das visitas domiciliares devido à pandemia. E ainda tivemos que

enfrentar um estigma de que alguns familiares estavam achando que as equipes que iam visitar estavam “levando” o vírus do SARs-COV2 para as residências.

Independente das questões e obstáculos, a equipe conseguiu e vem conseguindo realizar com mais facilidade as visitas domiciliares de acordo com o agendamento. Obviamente, não se pode fazer visitas todos os dias devido aos atendimentos que precisam ser realizados diariamente na unidade. Contudo, quando agendamos, por exemplo, três pacientes para um determinado turno e dia, fazemos com antecedência, o agente avisa às famílias, a diretora da unidade já fica em alerta para dar o suporte necessário (EPI's, transporte, medicamentos, etc), o acolhimento não agenda pacientes para aquele turno e o outro médico dá o suporte na unidade de saúde. Com isso a equipe de saúde organizou seu processo de trabalho valorizando e qualificando o cuidado aos idosos do território.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais - Microintervenção 1

Realizar uma microintervenção não é tão fácil como parece. Isso demanda liderança de quem propõe, cooperação entre os profissionais que integram a equipe de saúde e se mostra um “divisor de águas” quando o assunto é coparticipação e responsabilização. Foi importante vivenciar esse exercício, que também é um exercício de reflexão sobre nossa própria prática em saúde. O quanto sabemos sobre o que é acolhimento, sobre como ter responsabilidade pela saúde de determinada população (e além dela), entender os mecanismos do processo saúde-doença-cuidado e o quanto isso impacta na nossa rotina de trabalho.

Houve alguns entraves, pequenos obstáculos ao longo dos dias de observação e prática, mas mesmo estando em um processo de recuperação da Covid19 tentei fazer o melhor que pude. E uma das questões que me deparei logo na primeira reunião foi que a proposta inicial de formar uma comissão pareceu interessante, mas esbarrei na falta de disponibilidade de alguns profissionais em colaborar com o que havia sido acordado. Então, a saída foi reunir outras pessoas para que fosse viabilizada a microintervenção.

Outro fator que constituiu certo entrave foi no momento de realizar a pesquisa de opinião com os usuários. Alguns funcionários da secretaria de saúde que não participaram das etapas de planejamento para a microintervenção (até porque se tratava de decisão interna) interpretaram de forma equivocada a atividade. Houve até quem levantasse a hipótese de que se tratava de movimento de partidos contrários à gestão municipal.

No final de tudo, após a conclusão das etapas estabelecidas e concluídas conseguimos elencar algumas situações que servirão para uma reflexão do processo de trabalho como um todo, entre elas: não automatizar o acolhimento, se comprometer com o resultado final de cada paciente atendido, criar uma rotina de reavaliar as consultas de urgência, tentar dar atenção integral à queixa do paciente. Enfim, tentar fazer o que é proposto pelo SUS: integralidade, equidade e acessibilidade a todos os usuários.

Considerações Finais - Microintervenção 2

O planejamento dessa segunda microintervenção foi concomitante ao planejamento da primeira microintervenção. Devido a esse fato, algumas atividades parecem estar sobrepostas. Entretanto, elas foram ajustadas para que cada agente de saúde pudesse desenvolver algumas ações mais específicas no caso da abordagem de câncer na atenção primária.

Como dito no primeiro texto, não é fácil realizar uma microintervenção. Porém, dessa vez, a equipe já estava ambientada e para todos o tema pareceu mais acessível e “fácil” (na percepção de alguns) de lidar. Os entraves apareceram no momento em que parte da equipe começou a ser direcionada para atuar na campanha eleitoral. Isso desmotivou alguns componentes da equipe, porque outros ficaram sobrecarregados. Na verdade, aliado às

demissões, todo o restante da equipe que permaneceu, ficou sobrecarregada.

Falar sobre câncer ainda é um tabu para algumas pessoas, e até mesmo para alguns profissionais de saúde. Então, a estratégia da capacitação foi uma maneira de tirar dúvidas e preparar melhor os profissionais. Isso mostrou resultados justamente quando alguns foram convocados para realizarem as palestras referente ao câncer de próstata em alusão ao Novembro Azul.

A ideia agora é seguir com o planejamento e tentar estabelecer uma relação de parceria com a secretaria de saúde, através da coordenação de atenção primária à saúde e participar do planejamento das ações para combate ao câncer no município de Lábrea.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização.** A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Orientações para Atenção Odontológica no Contexto da Covid-19** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE @Cidades.** 2020. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/beruri/panorama> Acesso em 10/02/2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil/** Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120p.

KAWAHARA, L.T. et al. **Câncer e doenças cardiovasculares na pandemia de Covid-19.** Artigo de revisão. Arq Bras Cardiol. 2020; 115(3):547-557

LEÃO, L.R.B.; FERREIRA, V.H.S.; FAUSTINO, A.M. **O Idoso e a pandemia do Covid-19: uma análise de artigos publicados em jornais.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 7, p. 45123-45142, jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS Brasil. **Folha informativa – Câncer.** Brasil, 2018. <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20%C3%A9%20a%20segunda,de%20ba> Acesso em 04 abr. de 2021.

REINALDO, A.M.S; GOECKING, C.C.; SILVEIRA, B.V. **O Impacto das Imagens veiculadas em maços de cigarro na perspectiva de adolescentes.** remE – Rev. Min. Enferm.;16(3): 364-372, jul./set., 2012

WHO. World Health Organization. <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em 04 abr. 2021.

7. APÊNDICES



Figura. 01. Primeira reunião realizada com toda a equipe



Figura 02. Coordenadora da CASA Edval Ventura, Equipe da Recepção: Antônia, “Dadá” e Luyane, dra. Cristiane.



Figura 03. Téc.Enfermagem, Recepcionista, dra. Cristiane e Luyane (recepcionista).