



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

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO PARA NOVAS
PRÁTICAS ASSISTENCIAIS À SAÚDE: EXPERIÊNCIA NA UBS CEL.
INÁCIO TELES DE MENEZES.**

BENJAMIN FRANKLIN PINHEIRO DE ALENCAR

NATAL/RN
2021

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO PARA NOVAS PRÁTICAS
ASSISTENCIAIS À SAÚDE: EXPERIÊNCIA NA UBS CEL. INÁCIO TELES DE
MENEZES.

BENJAMIN FRANKLIN PINHEIRO DE ALENCAR

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: RAFAEL SOARES DIAS

NATAL/RN
2021

Aos meus pais e a Rafaela Castro pelo amor, incentivo e apoio incondicional.
A todos os professores, responsáveis diretos pelo meu crescimento profissional.

RESUMO

O presente trabalho de intervenção teve como objetivo a organização de ações de enfrentamento as vulnerabilidades identificadas na UBS Cel. Inácio Teles de Menezes, localizada no distrito de Sambaíba, município de Granja, visando otimizar a capacidade assistencial e resolutiva da Unidade de saúde, por meio de novas práticas e modelos assistenciais. As microintervensões se deram em dois momentos: no primeiro momento, aprimorando as ações de acolhimento e o processo de trabalho no âmbito da atenção à saúde, impactando na melhoria da acessibilidade. No segundo momento, promovendo atenção integral à saúde da criança através do acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento. Após as intervenções é perceptível que a nova reorganização assistencial trouxe uma melhor satisfação da população com o serviço. Além disso, a construção de uma relação de confiança com o usuário contribuiu para a criação de uma cultura de solidariedade e corresponsabilidade aumentando o protagonismo dos sujeitos na promoção da saúde.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	6
2 - RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1	7
3 - RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	9
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
5 - REFERENCIAS	12
6 - ANEXOS	13

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família surge como modelo de reorganização da assistência à saúde, a partir da Atenção Básica, buscando romper com o modelo tecnicista/hospitalocêntrico, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o locus de solução de qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e interprofissional, centrado na família e na comunidade, com o objetivo de potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade (LABETE; ROSA, 2005).

Nessa perspectiva, este trabalho se propõe a construir as bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias através da elaboração de planos de ação para enfrentamento das vulnerabilidades encontradas no atual modelo de organização.

O distrito de Sambaíba, local de implantação das ações, fica localizado na área rural do município de Granja. O distrito fica aproximadamente à 25 km da sede do município e a 350 km da capital Fortaleza. A população estimada é de pouco mais de quatro mil habitantes. A economia é predominantemente agrícola de subsistência com maioria da população vivendo em extrema pobreza (perfil 7 com base nos dados do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome). O município de Granja possui 13 estabelecimentos de saúde, taxa de mortalidade infantil média de 22,36 óbitos por mil nascidos vivos, 1,4 internações devido a diarreia para cada mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,559 (IBGE, 2010).

Observamos no cotidiano do trabalho que a falta de planejamento, organização e articulação dos diversos setores envolvidos na promoção da saúde acabavam impactando de modo negativo na assistência. Nosso trabalho, portanto, foi elaborar um plano de ação apropriado após identificação das prioridades de saúde da comunidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

O ano de 2020 iniciou com novos desafios para os profissionais de saúde em todos os níveis da atenção. A pandemia de COVID-19 se tornou uma adversidade sem precedentes tanto para a ciência quanto para a sociedade, exigindo respostas rápidas dos sistemas de saúde, que precisaram ser reorganizados para o seu enfrentamento. No entanto, mesmo antes da pandemia de COVID-19, a Unidade Básica de Saúde, situada em área rural, no município de Granja-CE, distrito de Sambaíba, já enfrentava imensa dificuldade: equipe incompleta (ausência de médico há 6 meses), precariedade da estrutura física, mas principalmente pela desorganização do processo de trabalho que prejudicava muito a qualidade da assistência. A equipe não estava familiarizada com conceitos de acolhimento, classificação de risco, fluxogramas de atendimento, levando ao desenvolvimento de um ambiente de demanda excessiva permanente e tensão entre os usuários e a equipe de saúde. Para enfrentar essa nova realidade foi necessário reorganizar o processo de trabalho dentro da unidade, visando otimizar a capacidade assistencial e resolutive.

Iniciamos a microintervenção marcando reuniões quinzenais, com toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, dentista, auxiliar odontológico), gerente, recepcionistas e auxiliares de limpeza. Nas reuniões eram discutidos conceitos como acolhimento, criação de fluxogramas de atendimento, classificação de risco, papel desempenhado por cada membro da ESF e seu nível de competência, descentralização do papel do médico e centralização no trabalho em equipe, entre outros. As reuniões aconteciam sempre as quartas-feiras.

O primeiro passo foi a reorientação da estrutura física da Unidade, tornando o ambiente mais acolhedor. Na recepção, as funcionárias passaram a utilizar coletes com a frase: "em que posso ajudar?", influenciando positivamente no primeiro contato, por gerar empatia e acolhimento. Os sinais vitais passaram a ser aferidos em uma sala reservada. Anteriormente, as medidas da pressão arterial, temperatura, saturação e peso eram realizadas no corredor da unidade. Esse protocolo de atendimento ocasionava intranquilidade aos usuários, expondo desnecessariamente seu quadro de saúde, gerando angústia, apreensão e afastando o usuário da unidade. Criamos uma sala para acolhimento. Durante as reuniões explicamos que a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada ao acolhimento e a satisfação do usuário, fundamentais no processo de mudança do trabalho.

O segundo passo foi a utilização da classificação de risco, para melhoria do acesso. Anteriormente, os atendimentos eram organizados por ordem de chegada ou por critérios subjetivos de gravidade. Fizemos placas em que os pacientes são classificados de acordo com sinais e sintomas de gravidade, adaptados a nossa realidade, que foram afixadas na sala de triagem e na recepção, para orientar todos os membros da equipe, garantindo, assim, um atendimento mais adequado. Com isso, os pacientes passaram a ter o atendimento classificado

pela gravidade do quadro e suas vulnerabilidades.

Em decorrência da pandemia de COVID-19 e do isolamento social imposto pelas autoridades sanitárias, a Unidade de Saúde teve o fluxo de atendimentos alterado para minimizar os riscos de exposição ao vírus. A prioridade dos atendimentos realizados passou a ser: pacientes sintomáticos respiratórios, situações de urgência/emergência, pré-natal, puericultura e vacinas.

Com a queda dos índices de contaminação relacionados a COVID-19, as Unidades de Atenção Primária à Saúde retornaram com os atendimentos de rotina. Em consequência desse fato, uma demanda reprimida de usuários que estavam sem assistência procurou a Unidade de Saúde em grande volume, desorganizando o processo de trabalho, o que exigiu da equipe a busca imediatas de soluções para melhorar a qualidade da assistência.

Inicialmente, foram priorizados os pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensos e diabéticos), por meio de visitas domiciliares regulares. Outra estratégia foi a busca ativa de pacientes que já eram acompanhados pela equipe, estratificando os de maiores riscos, que teriam seus atendimentos priorizados, utilizando como parâmetro a classificação de risco adaptada, discutida anteriormente nas oficinas.

No caso de pacientes de alto risco, os agentes comunitários de saúde se dirigiam a residência do usuário e nos passavam um relato inicial do caso para as tomadas de medidas mais urgentes. Os pacientes com casos sem gravidade eram gradativamente inseridos no acompanhamento de retorno. Inserimos também no grupo prioritário de pacientes, a demanda espontânea para eventos agudos, crianças, portadores de transtorno mentais, tuberculosos e portadores de hanseníase.

Uma ferramenta importante que nos auxiliou sobremaneira e tem sido gradativamente incorporada a nossa cultura nos trazendo excelentes resultados e reduzindo a necessidade de consultas mensais, foi o teleatendimento que facilitou e ampliou o acesso das pessoas a saúde, reduzindo as filas de consultas. Através do aplicativo Whatsapp os Agentes Comunitários de Saúde estavam em comunicação constante com o profissional médico e enfermeiro da unidade, passando informações importantes sobre o quadro clínico do assistido, facilitando o seguimento e acompanhamento desses pacientes.

Todas essas ações foram fundamentais para melhoria dos atendimentos e satisfação dos usuários. Entendemos que a implantação do novo modelo de assistência exige envolvimento permanente de toda equipe e comunidade. Nas primeiras reuniões (oficinas), ficou claro, que alguns membros da UBS não acreditavam que as mudanças transformariam nossa realidade caótica de sobrecarga de trabalho. Também era perceptível o desinteresse por parte de alguns Agentes Comunitários e do gerente da Unidade de Saúde. Hoje temos uma unidade mais organizada, em que a população sabe que terá sua demanda resolvida com assistência qualificada, equânime, universal e sem privilégios.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Ao iniciar nosso trabalho na UBS CORONEL TELES DE MENEZES, localizado no distrito de Sambaíba, zona rural do município de Granja-Ce, uma das nossas principais preocupações estava relacionado ao cuidado da criança. Sambaíba tem uma população de pouco mais de 4000 mil habitantes, a economia é voltada para a agricultura de subsistência, não dispõe do fornecimento de água tratada nem rede de esgotamento sanitário, a maioria da população vive em situação de pobreza e de pobreza extrema. Diante dessa realidade de grande vulnerabilidade social, a exposição a agravos de saúde produz grande suscetibilidade principalmente na população pediátrica. Com problemas relacionados ao saneamento básico e a desnutrição infantil, a atenção a saúde da criança, com acompanhamento sistemático, monitorização e regularidade se tornou ponto fundamental do nosso trabalho.

A primeira dificuldade que enfrentamos estava relacionada as questões de funcionamento da própria Unidade de Saúde. Não havia médico há 6 meses na UBS, os Agentes Comunitários de Saúde não conheciam a realidade da sua área de atuação e cuidado; não havia nenhum tipo de organização, planejamento ou ação da equipe de saúde voltada para a atenção integral à saúde da criança. Não se conheciam as crianças em situação de vulnerabilidade, não havia articulação da UBS com a escola nem com a maternidade local. Organizar um conjunto de ações de promoção, prevenção e educação em saúde voltada para o cuidado infantil se tornou um desafio.

Organizamos as ações de enfrentamento, num primeiro momento, conhecendo as demandas da área adscrita ao território de Sambaíba. Em seguida iniciamos a capacitação, com reuniões semanais, de toda equipe de saúde da família sobre o cuidado da criança na Atenção Básica. Nesses encontros enfatizamos o contexto amplo de saúde da criança, levando em conta seu aspecto biopsicossocial, a importância da visita domiciliar dos ACS, identificando situações de vulnerabilidade, apoio ao aleitamento materno, as imunizações, sinais de alarme e marcação de consultas. Orientamos os ACS a identificarem em sua área as crianças que apresentavam deficiência para abordagem prioritária. Capacitação sobre prevenção da desnutrição infantil e nutrição adequada. Nesse contexto o Agente comunitário de Saúde foi peça fundamental. Realizando a busca ativa dos usuários que são cadastrados e os que estão ausentes. Pactuamos, junto a equipe de saúde, a execução das seguintes atividades de forma rotineira: busca ativa das gestantes, busca ativa das crianças menores de 1 ano de vida em aleitamento materno, busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para realizar acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e atualização das imunizações. Ações importantes para atualização periódica da caderneta de saúde da criança, que não era realizado anteriormente.

O acompanhamento sistemático do crescimento, monitoramento e a qualidade da assistência à criança depende muito da cooperação da família. A equipe multiprofissional

precisa ter capacidade para sensibilizá-la a esse cuidado, acolhendo, passando confiança. Nisso reside a importância das visitas domiciliares desde a primeira semana de vida do recém-nascido que facilita essa interação. A visita domiciliar permite uma abordagem integral da família, proporciona vigilância, assistência e promoção à saúde. Organizamos nossa agenda de atendimentos na UBS deixando sempre 1 dia na semana reservado as visitas domiciliares, priorizando os RN com 3 a 5 dias de vida, no horário preferencial das famílias, implementando as recomendações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015) e o cuidado contínuo: garantir que a mãe e seu bebê tenham acesso a atenção primária logo após a alta da maternidade, avaliando as condições de saúde da criança, da mãe, incentivo ao aleitamento materno, e apoio as dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e a criança, planejamento reprodutivo para a mãe. Observar todo o contexto em que a criança e sua família está inserida, seus costumes, rotinas, tem relevância clínica importante e pode influenciar diretamente no acompanhamento e tratamento dos eventuais agravos.

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras de saúde, preventivas e de educação para a saúde, sendo a escola espaço fundamental de desenvolvimento. Planejamos ações educativas sobre prevenção da desnutrição infantil através de um grupo de conversa com professores e orientamos o encaminhamento de crianças identificadas pelos professores com atraso na aprendizagem para avaliação da equipe multidisciplinar.

Demos especial atenção a intensificação dos testes de triagem neonatal. A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal, a tempo de se interferir no curso da doença, permitindo, dessa forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das sequelas associadas a cada doença. Iniciamos nossa abordagem ainda durante o pré-natal, período em que as gestantes, através da atuação dos profissionais de saúde, devem ser informadas, conscientizadas e sensibilizadas através do conhecimento técnico-científico em linguagem acessível sobre a importância da realização do teste do pezinho, orelhinha, coraçãozinho e olhinho. Após o nascimento, as crianças monitoradas ainda durante o pré-natal, realizavam o teste do pezinho em domicílio e em seguida eram encaminhadas a UBS junto com outras puérperas para a realização periódica do Teste do Olhinho.

Promover a Atenção Integral à Saúde da Criança em um ambiente com poucos recursos, infraestrutura precária, equipe de saúde reduzida, famílias em situação de vulnerabilidade social é desafiador para qualquer profissional de saúde. A atenção primária e a ESF agem como potencializadores da vigilância da saúde infantil e através de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação, dão importante contribuição na defesa da integralidade com mobilização social dos seus agentes e instituições.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da sistemática de um modelo de atenção e assistência à saúde substitutivo ao modelo tradicional, centrado no médico, com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário, predominantemente voltado para a promoção da saúde e prevenção de agravos foi extremamente desafiador.

Para implementação das novas práticas de saúde foi necessário muito diálogo com toda a equipe na busca de redefinir o modelo de atenção, reorganizando todo o processo de trabalho na unidade. A implantação de conceitos como: acolhimento, primeiro contato, humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, valorização dos diversos saberes e protagonismo de todos os membros da equipe, tinham como objetivo otimizar a capacidade assistencial e resolutiva, garantindo a continuidade da atenção por meio da melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

As microintervenções realizadas tiveram seus objetivos alcançados. É perceptível que a nova reorganização do processo de trabalho trouxe uma melhor satisfação da população com os serviços. Além disso, a construção de uma relação de confiança com os usuários contribuiu para a criação de uma cultura de solidariedade e corresponsabilidade aumentando o protagonismo dos sujeitos na promoção da saúde.

Novos desafios se impõem: a continuidade do planejamento, e a reavaliação permanente das ações é tarefa fundamental no processo de consolidação de um Sistema Único de Saúde cada vez mais resolutivo com impacto positivo nos indicadores de saúde que tem como consequência a melhoria da qualidade de vida geral da população.

5. REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico; 2010.

LABATE, R. C.; ROSA, W. de A. G. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.13, n.6. Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n.33. Brasília, 2012.

GODEIRO, A. L. da S.; GURGEL, P. K. F.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. Participação no Acompanhamento da Criança: como está a adesão dos cuidadores? Revista APS. n.16, v2, p.146-150. Abr/jun, 2013.

6. ANEXOS



Microintervenção 1 - Oficina de Acolhimento



Microintervenção 1 - Placas de Classificação de Risco Adaptada



Microintervenção 1 - Oficina Fluxograma de Atendimento e Classificação de Risco



Microintervenção 2 - Oficina Sobre Aleitamento Materno e Imunizações



Microintervenção 2 - Teste do Olhinho



Microintervenção 2 - Ação de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde