



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 – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA EM VIVÊNCIAS EM EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA ZONA RURAL DE SANTANA DO CARIRI - CE**

BRENNAM AMARO GOMES

NATAL/RN
2021

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM VIVÊNCIAS EM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA ZONA RURAL DE SANTANA DO CARIRI - CE

BRENNA AMARO GOMES

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

RESUMO

As práticas vivenciadas por uma equipe de saúde da família são resultado de execução de atividade profissional de membros da equipe baseados em seus conhecimentos técnicos, bem como no conhecimento sobre em qual contexto social a comunidade está inserida bem como na identificação de suas demandas particulares além de contínua comunicação entre atenção básica, população usuária, gestores e demais esferas que compõem os serviços de saúde. O trabalho em questão teve como objetivo promover uma mudança no entendimento das práticas de saúde pela equipe de estratégia de saúde da família, mas sobretudo promover uma mudança nas práticas sociais de seus usuários, visando uma melhoria na qualidade de saúde dos mesmos. Através do conhecimento ofertado pela associação de trabalho ao ensino, foi proposta a realização de microintervenções promovida pela equipe de estratégia de saúde da família localizada em zona rural do interior do Ceará em temáticas mais prevalentes e de maior impacto na comunidade. Os resultados das microintervenções foram positivos no tocante à identificação das principais problemáticas, bem como a iniciativa para modificação da realidade a fim do alcance de melhoria na qualidade do serviço de saúde e na qualidade de vida dos seus usuários.

SUMÁRIO

Resumo -----	03
Introdução -----	05
Microintervenção 1 -----	06
Microintervenção 2 -----	09
Considerações Finais -----	12
Referências -----	13

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como composição principal o relato de experiência através de microintervenções realizadas pela equipe de estratégia de saúde da família numa zona rural do município de Santana do Cariri, região localizada no interior do Ceará. Os dois principais temas escolhidos para promoção de microintervenções foram o "planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério" e "atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento" cujo objetivo principal foi a identificação das práticas realizadas pela equipe em discordância com as preconizadas pelo ministério da saúde, bem como das vivências sociais da comunidade que contribuíam para vícios nestas práticas levando à comportamentos nos quais traziam pouco benefícios à comunidade. A busca pela promoção de saúde através da compreensão de características sociais da comunidade em questão, identificando suas problemáticas, promovendo uma maior aproximação entre equipe de saúde da família e usuários do sistema de saúde da localidade foi observado como fundamental instrumento na prática da promoção em saúde e prevenção de danos. A principal justificativa do trabalho supracitado encontra-se na observação no fortalecimento da relação direta da atuação da equipe de saúde da família, em consonância com as particularidades da comunidade, mantendo conformidade com orientações preconizadas pelos instrumentos doutrinários que regem a atenção básica de saúde. Sendo: identificação das particularidades da comunidade, observância e seguimento de princípios doutrinários do SUS, constância na participação em vivências dos usuários da unidade de estratégia de saúde da família e continuo diálogo com gestores são alicerces básicos para promoção de melhorias no contexto social no tocante à qualidade da saúde da população.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Relato de microintervenção sobre planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério em
ESF na zona rural de Santana do Cariri - CE

O objetivo do trabalho em questão tem como objetivo a análise das práticas da rotina na unidade básica de estratégia de saúde da família no município de Santana do Cariri, na zona rural localizada no sítio Latão, no tocante ao planejamento reprodutivo, acompanhamento pré-natal e puerpério das famílias atendidas na microárea em questão, com a finalidade de identificação das principais falhas que levam a um acompanhamento insuficiente e potencial desfecho desfavorável a fim de promoção de uma mudança na realidade no acompanhamento das famílias assistidas pelo programa de estratégia de saúde da família nesta localidade.

Ao iniciar minha prática profissional na localidade referida, foi detectado, quase imediatamente, que a unidade básica da zona rural do Latão não possuía um protocolo para distribuição de métodos contraceptivos, sendo que os mesmos eram utilizados pelas pacientes sem uma orientação profissional, sendo todos eles escolhidos por critério aleatório pelos usuários da unidade básica de saúde. Foi detectado que não havia, via de regra, espaço para consultas de aconselhamento reprodutivo, sendo percebido que a população de uma forma geral desconhecia tal atendimento. Foi percebido que, além da barreira sociocultural na localidade como um dos obstáculos para realização de um atendimento em educação em saúde reprodutiva, bem como a execução de seus serviços de assistências ilustrados pelos atendimentos propriamente ditos e execução de programas específicos protocolados pelo ministério da saúde. Havia uma inadequação por parte da gestão municipal para realização das estratégias pontuais de condutas bem como uma precária estrutura física que impedia a logística da execução das atividades práticas diárias.

Os principais métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres da localidade eram: pílula oral combinada, seguido de anticoncepcionais injetáveis mensal e trimestral, havendo um caso identificado de mulher fazendo uso corriqueiro de anticoncepção de emergência por desconhecer outro método e por temer falha no método de coito interrompido. Havia distribuição de preservativo masculino porém o mesmo era distribuído de forma aparentemente insuficiente.

Não houve nenhum atendimento para planejamento familiar, acompanhamento pré-natal ou puerperal em que houvesse a presença do companheiro das mulheres acompanhadas na unidade básica de saúde.

No tocante ao acompanhamento pré-natal, foi percebido que havia uma falha na realização de exames complementares básicos para a rotina do acompanhamento da gestante de baixo risco. Não estavam sendo feitas de rotina as sorologias de hepatites, HIV e VDRL, bem como não estava sendo feito rotineiramente urocultura. Ainda quando os mesmos eram realizados, havia uma lacuna de tempo importante a ponto de perder o tempo hábil para que

fosse evitado algum eventual dano, materno ou fetal, por doenças identificadas por tais exames. Não conseguíamos realizar em tempo hábil, o mínimo de exames de rotina preconizado pelo ministério da saúde em suas diretrizes básicas para acompanhamento de gestante de baixo risco.

No tocante a gestante de alto risco, encontramos algumas dificuldades em comunicação entre estratégia de saúde da família e atendimento especializado, não havendo nenhuma documentação de contra-referência, bem como registro adequado em cartão, pelo atendimento especializado, de pré-natal na maioria das vezes.

A realização das consultas de pré-natal mantinha-se conforme orientado pelo ministério da saúde, bem como a imunização das gestantes encontrava-se satisfatória.

O acompanhamento puerperal basicamente consistia em um atendimento realizado pela enfermeira individualmente, sendo as demais consultas sob regime de demanda espontânea.

Tendo em vista os principais problemas, após identificá-los, listamos os mesmo em ordem de prioridade, procurando identificar as falhas e os instrumentos desencadeadores ou fomentadores dos mesmos para a partir de então conseguirmos mudar a realidade desta população.

Inicialmente procuramos identificar as mulheres que procuravam assistência farmacêutica na unidade básica com a demanda de anticoncepcional e orientávamos as mesmas a procurarem atendimento com enfermeira e médica a fim de discutir metodologia anticoncepcional e demais temas envolvendo saúde reprodutiva. Durante as consultas, passamos a encorajar as mulheres a tentar trazer seu companheiros para atendimento sempre que oportuno. Com relação aos exames laboratoriais de gestantes no pré-natal de baixo risco, foi conversado com a gestão municipal sobre a importância da realização dos mesmos obtendo-se resultado o mais precocemente possível. Sobre as visitas puerperais, incluímos as mesmas no calendário fixo de visitas domiciliares a fim de realizarmos continuamente, com acompanhamento de médica e enfermeira.

Tendo em vista as modificações propostas, foi percebido que a população, apesar de resistência por parte de algumas mulheres, compreendeu a razão das mesmas e aceitaram paulatina e pacificamente. Ainda não conseguimos com que a tenhamos, em tempo hábil, exames laboratoriais das gestantes, porém obtivemos uma sinalização positiva por parte da gestão municipal para que consigamos mudar esta prática. Até o presente momento não conseguimos uma presença de companheiros nos atendimentos, bem como nas atividades de educação em saúde sobre a temática de aconselhamento reprodutivo, porém, paulatinamente o tema vem se tornando menos desconfortável para homens. Há um grande esforço por parte da equipe de estratégia da família para que consigamos uma comunicação formal e rotineira sobre o acompanhamento de gestantes com o serviço especializado de referência, porém tentativas vêm sendo ineficazes até o presente momento. No entanto, já se observa sensibilização por

parte dos mesmos, ainda que muito tímida.

Diante dos fatos acima citados, observa-se que pequenas intervenções no cotidiano da unidade básica de saúde da família, apesar de causar estranhamento inicialmente, as mesmas vêm sendo bem aceitas pela população de uma forma geral.

Observa-se de que muito se pode transformar com pequenas mudanças de comportamento de vícios de rotina.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Relato de microintervenção sobre atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento em uma unidade de estratégia de saúde da família na zona rural de Santana do Cariri - CE

O objetivo do trabalho em questão tem como objetivo a análise das práticas da rotina na unidade básica de estratégia de saúde da família no município de Santana do Cariri, na zona rural localizada no sítio Latão, no tocante ao planejamento aos cuidados à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento das famílias assistidas na microárea supracitada, com a finalidade de identificação das principais falhas que levam a um acompanhamento insuficiente e potencial desfecho desfavorável a fim de promoção de uma mudança na realidade no acompanhamento das famílias, sobretudo as crianças, assistidas pelo programa de estratégia de saúde da família nesta localidade.

Além da unidade básica de saúde, a citada zona rural conta com duas escolas municipais, sendo uma de ensino infantil e a segunda de ensino fundamental. Não há na localidade escola de ensino médio. Observa-se que não há espaços públicos construídos para usufruto de crianças e adolescentes moradores da área. Sendo percebido que as práticas sociais e de lazer destes são majoritariamente serviços domésticos para meninas e atividades de agropecuárias para os meninos. Observa-se, com isso, uma abreviação da infância e antecipação da vida adulta, limitando aos mesmos um desenvolvimento sociocultural pouco adequado para cada faixa etária analisada, sendo observada atribuições de responsabilidades pessoais e sociais aos mesmos de maneira não condizente com a idade dos mesmos, na maioria dos casos observados. No tocante aos cuidados de saúde da criança, percebe-se que a localidade comporta-se obedecendo um padrão reflexo de suas condutas sociais, sendo ilustrada na precária frequência em unidade básica de saúde pela grande maioria das crianças assistidas pela equipe de saúde nas quais a unidade básica de saúde é vista como um ambulatório para cura de patologias apenas, mas não como instrumento fundamental na promoção da saúde, prevenção de agravos que, neste caso, são ferramentas fundamentais na atenção à saúde da criança, na promoção de seu crescimento e desenvolvimento adequados.

Já nas primeiras semanas após iniciado minha atuação na localidade do Latão foi percebida uma não assiduidade de crianças em consultas de puericultura. Nesse momento foi identificado que as poucas consultas para puericultura eram somente realizadas pela profissional enfermeira, não sendo, em nenhum momento, agendado consulta de puericultura para a médica, salvo quando a criança apresentasse alguma provável patologia relacionada ou não ao seu crescimento e desenvolvimento. Identificamos, nos primeiros dias de atuação na localidade, a presença de duas crianças na faixa etária escolar com baixo peso para idade. Ao longo dos dias, foram sendo identificados lactentes com atraso na introdução de alimentos ao completar os seis meses de vida, bem como o excessivo uso de fórmulas infantis em

detrimento de aleitamento materno em mães sem contraindicação para amamentar bem como com produção de leite materno adequada e satisfatória. a cobertura vacinal das crianças e adolescentes na microárea do latão encontrava-se adequadamente realizada, com um grande alcance.

Diante da problemática acima citada, em reunião de equipe, foi definido prioridades como: incluir as consultas de puericultura nos atendimentos médicos, compartilhando com consultas de enfermagem. Promover rodas de conversa e palestras com as gestantes, mães e avós sobre aleitamento materno, introdução alimentar ao lactente e alimentação adequada do escolar. realização de busca ativa de crianças abaixo do peso, procurando ferramentas eficazes para mantê-las constantemente frequentando a unidade básica de saúde a fim de garantir ganho de peso adequado para as mesmas. Acompanhamento conjunto com profissional de nutrição para atividades educativas e intervenção em patologias como a de mal hábito alimentar e desnutrição em crianças. Encaminhamento para profissional especializado os casos em que não houver resolutividade pela equipe de estratégia de saúde da família.

Com relação à receptividade por parte das famílias quanto a aceitação e adequação ao compartilhamento de consultas de puericulturas pela médica e enfermeira foi satisfatória, sendo percebido uma maior adesão e assiduidade por parte das crianças a serem assistidas pelo programa. As rodas de conversa foram iniciadas e gradativamente houve uma maior quantidade de participantes, porém as mesmas deixaram de acontecer devido ao contexto de pandemia atual que vivemos. Não há, pela condição social e econômica da maioria das famílias, a possibilidade de realização de reuniões virtuais. Estamos aguardando o retorno das atividades normais para retornamos a estas atividades. Porém, percebe-se que houve um aumento na procura de mães para consultas médicas com o objetivo de "tirar dúvidas" quanto a alimentação de seus filhos, bem como para esclarecimento de questões sobre seus crescimento e desenvolvimento. O acompanhamento com profissional nutricionista evoluiu para um programa municipal de educação alimentar a ser executado nas escolas, porém, não pode-se dar continuidade devido a pausa nas atividades escolares presenciais no momento. Há atendimento especializado com pediatra de forma satisfatória para os casos selecionados.

Apesar de, atualmente, estarmos vivendo uma situação epidemiológica de saúde pública significativamente limitadora, observa-se que, gradativamente estamos conseguindo promover uma mudança cultural e conceitual sobre os cuidados com a saúde da criança, onde a população, ainda que mantendo algumas práticas em desfavor do crescimento e desenvolvimento de sua população mais jovem, cada dia se interessa em aprender sobre como cuidar com mais qualidade de seus descendentes desmistificando práticas equivocadas que são realizadas há vários anos. Paulatinamente as famílias conseguem compreender a importância da mudança comportamental para promoção à saúde e prevenção de agravos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do citado trabalho, desenvolvido a partir de vivências no exercício profissional em estratégia de saúde da família, fortalecida pelo incentivo acadêmico através do ensino na modalidade EAD nos quais fomos alunos durante 18 meses, têm-se, indubitavelmente, como resultado um melhor desenvolvimento não somente das práticas profissionais da equipe em si, bem como a obtenção de um resultado qualitativamente positivo.

A permissão de um melhor desenvolvimento de senso crítico, assim como o incentivo à aquisição de conhecimento técnico, através do ensino, mantendo o, neste caso, médico, a uma constância no acesso a um conteúdo atualizado sobre temas prevalentes nas demandas dos serviços de atenção básica de uma forma geral foi de fundamental importância como um dos maiores incentivadores na busca da promoção por modificação da realidade do cotidiano das unidades básicas de saúde, não somente nos atendimentos profissionais em si mas em todo seu funcionamento desde a porta de entrada da mesma.

A experiência de exercer um cargo profissional em equipe de estratégia de saúde da família tendo como oportunidade de somar ao conhecimento acadêmico nos traz um resultado transformador, na medida em que nos permite alcançar com mais profundidade nas fragilidades sociais da localidade bem como nos permite desenvolver maior habilidade para que consigamos atender de forma mais eficaz as demandas da comunidade nas quais estamos inseridos.

As ações realizadas durante o trajeto no processo de construção profissional através desta experiência de associar trabalho ao ensino contínuo foi fundamental para identificação de fragilidades pessoais até então desconhecidas, bem como atuou como importante instrumento para que problemáticas sociais coletivas inerente a localidade em questão fosse identificadas e sanadas, na medida do possível. Mas, o ensinamento mais importante, foi a percepção de que podemos transformar a realidade de uma comunidade com conhecimento, dedicação e empatia social.

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2012.
2. Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 16 dez. 2018.
3. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.
4. SANTOS, Renata Cavalcante Kuhn dos; RESEGUE, Rosa; PUCCINI, Rosana Fiorini. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 maio 2021.