



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

**AVALIAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO FAMILIAR E DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA UBS DA VILA ANTONICO NO
MUNICÍPIO DE QUIXELÔ/CE**

DILMA JANE DA SILVA

NATAL/RN
2021

AVALIAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO FAMILIAR E DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DA CRIANÇA NA UBS DA VILA ANTONICO NO MUNICÍPIO DE
QUIXELÔ/CE

DILMA JANE DA SILVA

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: ANA EDIMILDA
AMADOR

NATAL/RN
2021

RESUMO

A utilização adequada do prontuário melhora o acompanhamento da saúde e os usuários dos prontuários são os profissionais diretamente envolvidos no cuidado e na gestão, além da própria pessoa – o paciente. Assim como, a atenção à saúde da criança é relevante dar ênfase aos cuidados preventivos, fortalecendo os laços entre atenção primária e usuário.

Objetivo: Implementação e uso do processo de organização do prontuário familiar e identificar as ações de prevenção primária e detecção precoce para reduzir a incidência de doenças na fase infantil. **Método:** A intervenção foi baseada na orientação dos usuários através da realização de ações educativas e consultas individuais. **Resultados:** Após análise do prontuário de cada usuário e conhecendo suas individualidades, foi identificado conforme análise dos riscos que o planejamento das estratégias desenvolvidas atendeu as necessidades adequadas de cada usuário, sem escassez de atendimento e sem exageros, sendo a periodicidade das consultas de acordo com a realidade de cada um. **Conclusão:** Este estudo pode estimular reflexões nas equipes de ESF do município sobre os seus registros em prontuário familiar a atendimentos à criança e, por consequência, repercutir positivamente na qualidade e no aprimoramento da atenção aos usuários do sistema.

Descritores: Atenção Primária. Prontuário Familiar. Saúde da Criança.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	07
3 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	08
4 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	09
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
6 REFERÊNCIAS	11

1. INTRODUÇÃO

A utilização adequada do prontuário melhora o acompanhamento da saúde e os usuários dos prontuários são os profissionais diretamente envolvidos no cuidado e na gestão, os pesquisadores, os docentes, alunos e a própria pessoa – o paciente (SOSSAI, 2010). A literatura internacional vem privilegiando avaliações e análise de registro em saúde no formato eletrônico, com relação à qualidade dos dados dos registros do cuidado prestado e da gestão da assistência.

O genograma é um instrumento para avaliar o funcionamento sistêmico da família, por meio de representação gráfica da família e de suas relações, o que permite aos profissionais visão integrada dos pontos fortes e das fragilidades da unidade familiar. A idealização de prontuário familiar personalizado é fundamental ao alcance das relações da equipe de saúde da família com a comunidade, além de colocar em maior evidência a unidade de saúde como porta de entrada do SUS (VASCONCELOS, 2008).

Na Unidade Básica de Saúde em Quixelô-CE foi constatada realidades diferenciadas quanto a registros em prontuários. Esses registros dificultam o planejamento de ações em saúde já que não apresentam informações coerentes com a realidade familiar encontrada no domicílio, estando incompletos e dificultando à equipe, o planejamento de ações de cuidado a partir de dados do prontuário. Conhecendo a realidade dessa UBS, com características peculiares na sua área de abrangência, propõe-se estudo sobre a conscientização da organização dos seus registros em prontuário.

Este estudo pode estimular reflexões nas equipes de ESF do município sobre os seus registros em prontuário familiar e, por consequência, repercutir positivamente na qualidade e no aprimoramento da atenção aos usuários do sistema.

Em relação à atenção à saúde da criança, a estimativa das implicações deste plano de intervenção foi concretizada a partir do desempenho observado das crianças participantes e de dados conseguidos nos atendimentos programados no posto de saúde, em reuniões e em prontuários. A realidade encontrada foi passível de melhoramento com as intervenções realizadas, confiou-se que este plano pudesse colaborar para um melhor cuidado para com as crianças avaliadas, e ainda fortalecer às mães no cuidado.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública no século XIX, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do mesmo século, a questão saúde já aparece como reivindicação em nascente movimento operário (BRAVO, 2001).

De acordo com Figueiredo (2005), em meados de 1900, o governo aflito com as condições de vida e de saúde, principalmente das populações que moravam nas capitais dos estados, começa a atuar na saúde pública preocupado com os trabalhadores das capitais, das cidades portuárias e com aqueles que trabalhavam nos portos, uma vez que, a principal fonte de renda da economia brasileira era a agricultura de exportação realizada através de navios.

Somente no século XX a saúde emerge como uma questão social, ganhando a saúde pública na década de 1920, um novo discurso de poder com tentativas de estender os serviços de saúde por todo país (BRAVO, 2001).

Em 1923, com a Lei Elói Chaves são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), em que ofereciam aos funcionários de algumas empresas assistência médica, medicamentos obtidos por preço especial, aposentadoria e pensões para os empregados e para os herdeiros em caso de morte, sendo que as próprias empresas e seus empregados financiavam este programa. Assim, a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), criada pelo Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923, destinada aos trabalhadores das empresas de estradas de ferro existentes no país, seguido de várias outras, representa o marco da Previdência Social pública no Brasil (SANTOS, 2009).

Em 1932, as CAP's foram transformadas em Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP's), onde já existiam hospitais próprios para determinadas áreas profissionais. Além de contar com a contribuição do estado, esse programa era financiado pelas empresas e seus funcionários (ALMEIDA JUNIOR, 2002).

Hochman (2005), afirma que na década de 1930, surgiram os centros de saúde em todos os estados brasileiros, onde seriam os locais de promoção e proteção da saúde através da educação sanitária. Nessa época só quem tinha acesso ao atendimento médico eram as pessoas que possuíam dinheiro ou que estavam de alguma forma amparada pelas políticas de saúde pública. Quem não possuía esses recursos eram atendidos nas Santas Casas de Misericórdia.

Verifica-se também a valorização da assistência médica individual e curativa em detrimento da saúde pública o que se reflete nas décadas seguintes como pode ser visto através da insatisfação popular em relação às questões sociais e de saúde, evidenciado pelo crescimento industrial que oferecia péssimas condições de trabalho, disputa política pelo poder sem a devida preocupação com a classe pobre e dentre outros problemas, o descontentamento da classe rural e urbana com a política pública do país. Somente em 1945 as reivindicações populares começaram a ser ouvidas (FAVARO; MIGUEL, 2009).

Lima e Pinto (2003) descrevem em seu trabalho que o originário do antigo Ministério da Educação e Saúde (MES), o Ministério da Saúde (MS) criado em 1958, teve como contexto histórico e político o surgimento das questões relativas à centralização dos serviços de saúde e a progressiva separação entre saúde pública e assistência médica. O novo ministério veio para dividir as atividades de saúde e educação. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com distribuição de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

Almeida Junior (2002) relata que em 1966, os IAP's são transformados em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em que havia uma contribuição maior do Estado e foi criada a categoria de pré-cidadão para aqueles que trabalhavam sem o reconhecimento legal.

Em 1967, com a nova política de saúde e posteriormente sua centralização em um único instituto, o INPS contribuiu para o crescimento dos serviços médicos e um maior investimento nos serviços de saúde. Mas devido a má qualidade dos serviços prestados e do fato de todos os segurados terem direito a saúde, a demanda se mantinha elevada. Um fato importante nessa época por parte do MS foi o investimento em ações preventivas e curativas contra a tuberculose e outras doenças da coletividade, inclusive com assistência hospitalar (FIGUEIREDO, 2005).

No ano de 1977 formou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) responsável pela prestação de assistência médica individual previdenciária existente na época e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) (TANAKA et al., 1992).

No ano seguinte a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde propôs em 1978 a seguinte meta: “Saúde para todos no ano 2000”. Isso resultou em maior investimento na Atenção Primária à Saúde (APS), além de maior desenvolvimento na organização sistêmica deste setor. Ocorreram diversos avanços, mas, apesar disso, a meta não foi cumprida (ALEIXO, 2002).

Segundo Figueiredo (2005), a década de 80 é marcada por uma profunda crise financeira da previdência social. Isso aconteceu por causa da universalização da cobertura sem a criação de novas fontes de financiamento que garantissem os recursos necessários para atender a população, surgindo e se firmando a idéia da chamada Reforma Sanitária.

Nesse período, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que, na realidade, nunca saiu do papel, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983 (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). De acordo com Figueiredo (2005), os AIS tinham como objetivo criar uma

rede pública unificada com vistas a promover a descentralização e a universalização da atenção à saúde.

De acordo com Paim (1986), a AIS era um componente originalmente dependente do plano do CONASP e como redefinição democratizante de uma política racionalizadora que passou a ter mais espaço com o avanço das lutas democráticas.

De acordo com Albuquerque e Stotz (2004), os AIS podem ser considerados como um dos principais movimentos concretos em busca da junção assistência, promoção e prevenção. Enfocando prioritariamente a integração dos serviços municipais e estaduais à rede de assistência médica do INAMPS, os AIS também investiram no financiamento de novas unidades básicas e na criação de instâncias de participação popular, as comissões interinstitucionais de saúde, em nível local, regional e municipal.

Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi proposto que a saúde seja um direito do cidadão e dever do Estado. Com isso, surgem as duas principais diretrizes do SUS: a universalidade e a integralidade (ALMEIDA JUNIOR, 2002).

Os constituintes se basearam no relatório final gerado pela VIII CNS para a elaboração do segmento da saúde da carta constitucional, em que foi discutida a situação da saúde no país, impulsionando o movimento da Reforma Sanitária, destacando-se a descentralização, a participação popular e a eficiência da gestão a nível local (SANTORO et al., 2009).

Segundo Giustina (2007, p. 19), “em 1987 foi criado o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) numa versão aperfeiçoada do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS)”.

Para Cohn (2009), a Constituição Federal de 1988 foi um avanço para a democracia brasileira, principalmente para os direitos sociais. A partir daí, na saúde, propusera-se um sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, sendo um marco legal para a saúde.

O Programa Saúde da Família, implantado no Brasil em 1994, prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua. As equipes se propõem a trabalhar com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da vigilância à saúde, apresentando características interdisciplinar e multidisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população que reside na sua área de abrangência (BRASIL, 2006).

Essa estratégia de atenção voltada para a família e a comunidade incrementa pressupostos de democratização do processo saúde-doença, intervém sobre determinantes de risco a que as populações estão expostas, organiza-se em forma de equipe multidisciplinar e atua intersetorialmente, promovendo a universalização do acesso ao sistema. As equipes são compostas basicamente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esses profissionais trabalham dando ênfase à promoção da saúde e

prevenção de agravos, organizando práticas e intervenções em saúde de modo integrado, centralizando o cuidado à família e à comunidade (ALVES, 2005).

O prontuário de família é um dos requisitos fundamentais, exigido para avaliação da qualidade da assistência. As autoras reforçam a importância do prontuário familiar como elemento decisivo na escolha da estratégia a ser desenvolvida pela equipe para a prestação do cuidado, como também a representação do prontuário como indicador da qualidade da atenção ofertada aos usuários (CECCIM, 2005).

O prontuário pode ser definido como documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada. Possui caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando a comunicação entre os membros da equipe e a continuidade da assistência (BRASIL, 2006).

A utilização adequada do prontuário melhora o acompanhamento da saúde e os usuários dos prontuários são os profissionais diretamente envolvidos no cuidado e na gestão, os pesquisadores, os docentes, alunos e a própria pessoa – o paciente (SOSSAI, 2010). A literatura internacional vem privilegiando avaliações e análise de registro em saúde no formato eletrônico, com relação à qualidade dos dados dos registros do cuidado prestado e da gestão da assistência.

O genograma é um instrumento para avaliar o funcionamento sistêmico da família, por meio de representação gráfica da família e de suas relações, o que permite aos profissionais visão integrada dos pontos fortes e das fragilidades da unidade familiar. A idealização de prontuário familiar personalizado é fundamental ao alcance das relações da equipe de saúde da família com a comunidade, além de colocar em maior evidência a unidade de saúde como porta de entrada do SUS (VASCONCELOS, 2008).

As práticas assistenciais podem se tornar mais difíceis se não houver na unidade de saúde instrumento de registro das informações de maior sensibilidade. O prontuário é insubstituível como instrumento de oferta de serviços, pois tem caráter avaliativo das necessidades da população. A ausência de prontuário familiar integrado às ações da equipe está provavelmente associada à deficiência da avaliação dos Indicadores da Estratégia e da Atenção Básica (ALVES, 2005).

Na Unidade Básica de Saúde em Quixelô-CE foi constatada realidades diferenciadas quanto a registros em prontuários. Esses registros dificultam o planejamento de ações em saúde já que não apresentam informações coerentes com a realidade familiar encontrada no domicílio, estando incompletos e dificultando à equipe, o planejamento de ações de cuidado a partir de dados do prontuário. Conhecendo a realidade dessa UBS, com características peculiares na sua área de abrangência, propõe-se estudo sobre a conscientização da organização dos seus registros em prontuário.

Este estudo pode estimular reflexões nas equipes de ESF do município sobre os seus registros em prontuário familiar e, por consequência, repercutir positivamente na qualidade e no aprimoramento da atenção aos usuários do sistema.

Por estes achados, com o intuito de melhorar a organização dos prontuários desta Unidade Básica de Saúde, com vistas à buscar uma melhor qualidade de vida para os usuários adstritos, percebeu-se a importância de uma conscientização em relação a este tema que tem bastante relevância para a população e para observações futuras do seu bem-estar, é que foi desenvolvida esta microintervenção exibida neste trabalho de conclusão do curso (TCC) de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família oferecida pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O estudo foi realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Vila Antonico, localizado no município de Quixelô/CE. A escolha dos participantes desta pesquisa foi realizada com a equipe vinculada a esta Atenção Básica citada anteriormente. Vale ressaltar que a escolha dos sujeitos da pesquisa foi feita de forma aleatória.

Os fatores de inclusão deste projeto de pesquisa foram: ser integrante da equipe da UBS do estudo, encontrar-se na Estratégia de Saúde da Família no momento das atividades desenvolvidas e aceitar participar voluntariamente deste projeto de intervenção.

Como procedimento ético, todos os participantes da pesquisa receberam explicações detalhadas sobre a finalidade e objetivos da pesquisa. A partir daí, voluntariamente aceitaram ou não em participar do referido projeto de intervenção.

O Processo metodológico se deu por meio de etapas, utilizando o Método Simplificado de Planejamento Estratégico Situacional – PES: Diagnóstico Situacional; Revisão de Literatura; Elaboração de um Plano de Ação (SMELTZER et al., 2009).

A intervenção foi baseada na orientação da equipe, pela médica através da realização de ações educativas, nas quais foram implementadas as técnicas, que foi o foco do estudo, além dos benefícios alcançados através do uso deste método. Como instrumento para coleta de dados, foi feita a análise dos prontuários dos usuários e as observações realizadas pelo autor.

Esta pesquisa se viabilizou por meio das seguintes etapas:

1º Etapa - seleção da equipe desta ESF para analisar os prontuários;

2º Etapa - o contato com os domicílios para complementarem os dados ou cadastrarem os usuários adstritos;

3º Etapa - obter permissão da secretaria de saúde para realização da pesquisa.

4º Etapa – construção do genograma.

Foram respeitados os aspectos éticos quanto ao sigilo sobre a identificação dos usuários quanto à divulgação dos dados, que aconteceu somente em eventos científicos ou publicações de artigo, preservada sua identificação.

A organização é um dos basilares elementos para se conseguir apropriados resultados, já

que intervém em outras variáveis, como melhor aproveitamento do tempo, assim como melhor separação de tarefas entre os membros da equipe. Logo entendeu-se que para pensar em projetos porvindouros propostos primariamente aos pacientes atendidos pela ESF da Vila Antonico, necessitou-se primeiro organizar a própria unidade. Então foi escolhido um projeto de intervenção com elevado nível de enfrentamento pela equipe e de sumária importância, que trouxe bons resultados tanto para a equipe, como para a população.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Atualmente, no Brasil, a atenção à saúde da criança é prioridade e foi mudando ao longo do tempo, pois tem sido influenciada por diversos fatores: a história, os avanços tecnológicos, as diretrizes das políticas de saúde e o engajamento de diferentes agentes e segmentos sociais (PRADO, 2007).

A Atenção primária à saúde é o elo principal na atenção à saúde da criança, pois vem desde a saúde perinatal e neonatal, até então abordar a saúde da criança. Em relação a este, vê-se que há associação entre processo saúde-doença, saneamento, nutrição, renda, assistência médica, entre outros, e que esses aspectos se correlacionam mutuamente. A disponibilidade de alimentação, a qualidade da moradia e o acesso a serviços essenciais como saneamento e saúde são considerados dependentes do poder aquisitivo das famílias. Além disso, a forma como a família utiliza sua renda e os serviços públicos depende do nível de escolaridade dos familiares, principalmente da mãe (VIDAL, 2003).

A epidemiologia moderna é baseada no conceito de risco. O enfoque no risco é considerado uma abordagem importante para a atenção primária à saúde, principalmente para estabelecer as prioridades dos serviços de saúde e estimar as necessidades de promoção da saúde e cuidados preventivos. O uso do enfoque de risco na saúde materno-infantil está associado à ideia de que mães e filhos são mais suscetíveis e mais propensos a serem afetados por mudanças em sua saúde (PRADO, 2007).

Considerando a atenção à saúde e o papel do Estado, este tem se confrontado com o desafio de reconstruir modelos de atenção à saúde que sejam capazes de detectar as necessidades de médio e longo prazo, garantindo um desenvolvimento mais justo. As regras e ações implementadas pelo Estado são as políticas sociais, que incluem as políticas de saúde, concretizadas por meio de programas e serviços oferecidos a grupos populacionais (PRADO, 2007).

As regras políticas que assumem a forma de programas de saúde suscitam questões importantes sobre as necessidades de saúde, vulnerabilidades, cidadania e direitos humanos. Assim, este estudo tem como objetivo apresentar aspectos da abordagem na atenção à saúde da criança nos programas de saúde infantil brasileiros, com vistas a refletir sobre as diretrizes atuais na perspectiva da vulnerabilidade do programa e dos direitos humanos (VIDAL, 2003).

O estudo trata-se de um relato de uma microintervenção, cuja amostragem foram 25 crianças de zero a 5 anos de idade, que participaram do estudo mediante autorização da mãe, inicialmente, foi elaborado o plano de intervenção aplicando os parâmetros do SUS: planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle, regulação das ações e serviços de saúde relacionados às crianças.

A microintervenção ocorreu no mês de dezembro, na Unidade Básica de Saúde, localizada na sede do município de Quixelô, Ceará, que atende, atualmente, uma população de

273 crianças de zero a 5 anos de idade. A escolha foi em virtude do acesso da UBS pela pesquisadora, pois é a área em que atua.

Para tal, sugeriu-se a construção de modelos organizacionais de atendimento a ser seguido pela equipe, considerando a realidade da unidade e as especificidades das crianças. Diante da problemática foram realizadas consultas de puericultura com as crianças, visto que tal ato desperta o cuidado da mãe para com a criança que, muitas vezes, são esquecidos neste período.

A intervenção baseou-se na orientação das mães, pela médica, através da realização de ações educativas e consultas, nas quais foram implementadas as técnicas: a proposta prática, a capacitação e o monitoramento, além dos benefícios alcançados através da orientação das mães. E como instrumento para coleta de dados, utilizou-se os prontuários das crianças e as observações realizadas pela autora.

Foram trabalhadas estratégias, como:

- Proposta Prática: incentivar, dar informações e orientações às mães sobre a importância das consultas de puericultura (dar atenção às diarreias e as infecções respiratórias), além da promoção do aleitamento materno e acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança e imunização;
- Capacitação: caracteriza-se como uma abordagem técnica dos profissionais da UBS para aconselhar e explicar as formas de prevenção e promoção da saúde relacionada à criança;
- Monitoramento: estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada das crianças baseada, principalmente, no crescimento e desenvolvimento saudável.

Após análise do perfil de cada criança e conhecendo suas individualidades, foi identificado conforme análise dos riscos que o planejamento das estratégias desenvolvidas atendeu as necessidades adequadas de cada criança, sem escassez de atendimento e sem exageros, sendo a periodicidade das consultas de acordo com a realidade de cada um.

Na Unidade Básica de Saúde foi criada reuniões semanais, onde a partir de agora serão realizados todos os acompanhamentos desses pacientes, uma vez que são realizados os agendamentos programados e monitorada a classificação de risco a cada consulta. Fazendo essa monitorização não ocorre atendimentos frequentes a pacientes não tão complexas e estáveis, e nem atendimentos escassos a pacientes mais complexos.

A estimativa das implicações deste plano de intervenção foi concretizada a partir do desempenho observado das crianças participantes e de dados conseguidos nos atendimentos programados no posto de saúde, em reuniões e em prontuários. A realidade encontrada foi passível de melhoramento com as intervenções realizadas, confiou-se que este plano pudesse colaborar para um melhor cuidado para com as crianças avaliadas, e ainda fortalecer às mães

neste cuidado.

Prado SRLA, Fujimori E, Cianciarullo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto Contexto-Enferm* 2007; 16(3):399-407.

Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, Cavalcante MGS. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(2):205-213.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A atitude de trabalhar a saúde mental em meio das ações da Atenção Primária à Saúde é um desafio que vem sendo discutido desde os primeiros pensamentos acerca das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. A Estratégia de Saúde da Família foi escolhida como forma de operacionalizar a atenção primária, que, no Brasil, foi denominada de Atenção Básica em Saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial da Saúde em 2001 sobre as condições em que se prestavam os cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. A Organização fez indicações para a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

No ano de 2008 a OMS lançou o programa Mental Health Gap Action Programme (mhGAP – Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental). No qual o seu objetivo era de incentivar a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária em países de baixa e média renda. Oferecer cuidado em saúde mental na atenção básica é garantir que o princípio da integralidade, diretriz da atenção básica e do Sistema Único de Saúde, seja cumprido. A atenção básica tem papel fundamental na coordenação das redes e deve garantir ao usuário o acesso oportuno de acordo com as suas necessidades (CAMPOS et al., 2011).

As mudanças que são propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira em meio ao cuidado não se privam ao meio hospitalar centrado no modelo biomédico, que a assistência se baseia na atenção psicossocial prestado ao usuário em meio ao seu território. Isso impõe que atenção básica esteja preparada para garantir o acesso ao cuidado ao portador de sofrimento psíquico. Um fator importante para que a atenção primária possa atender os portadores de sofrimento mental é a qualificação dos profissionais (SOUSA et al., 2011).

De acordo com Sousa et al. (2011), esses profissionais relataram sentir-se despreparados para tais atendimentos. Para que médicos e profissionais da atenção primária estejam preparados, é necessário investir na organização dos sistemas de saúde a fim de aproximar os níveis primário e secundário, além de estabelecer fluxos de comunicação e garantir que profissionais do nível primário recebam orientação e supervisão do nível secundário.

É perceptível por todos que a demanda da saúde mental em meio à atenção básica apresenta certas particularidades e deve ser visto como uma demanda complexa, no qual não podem ser solucionadas pelo saber clássico da Psiquiatria, implicando em novas propostas de desinstitucionalização dos cuidados aos portadores de transtornos mentais: atenção em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilização da equipe vinculada a uma comunidade, intersetorialidade e integração da rede do nível primário ao especializado (FORTES et al., 2011).

A partir da década de 1970, a OMS mostra a amplitude da problemática de abordar a saúde mental e seus complexos, preconizando a descentralização dos serviços, a integração de serviços psiquiátricos à atenção básica e o aumento da participação comunitária. Coerente com

a recomendação da OMS, em vários países do mundo, a Reforma Psiquiátrica sedimentou-se sobre a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais e a consolidação de bases territoriais do cuidado em SM através de redes que contemplam a atenção básica, partindo do pressuposto de que grande parte dos problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem necessidade de encaminhamento aos níveis especializados (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011).

Sobre a atual política de abordagem da saúde mental no Brasil, que se baseia na Reforma Psiquiátrica, expõe que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se tornaram “dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental”, territorializados e capazes de resgatar as potencialidades dos serviços comunitários ao seu entorno, visando a reinserção social de seus usuários, podendo ser implantados em municípios a partir de 20.000 habitantes. Embora os CAPS sejam considerados estratégicos, cada vez mais a atenção em SM tem sido compreendida como uma rede de cuidados que inclui a AB, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, dentre outros recursos (FORTES et al., 2011).

Há um crescimento progressivo no número de casos de depressão e ansiedade, bem como de outros transtornos mentais, no contexto mundial e brasileiro. Após a Reforma Psiquiátrica a demanda sobre os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem aumentado, de forma que os mesmos não suprem o número de pacientes que apresentam alguma demanda em Saúde Mental. Até mesmo nas UBS, onde o atendimento aos usuários com Transtornos Mentais Comum (TMC) leve e moderados ocorrem, encontram-se sobrecarregadas por essa demanda, inviabilizando um atendimento qualificado devido ao tempo de consulta frente a exacerbada quantidade de pacientes.

A Unidade Básica de Saúde pode ser, mesmo assim, dentro desse contexto, um ponto de apoio a maior parte da população que apresenta algum Transtorno Mental Comum leve ou moderado, bem como ponte aos CAPS para os casos que demandam atendimento especializado. Além disso, é um espaço promissor no intuito de promoção da saúde mental.

Neste sentido, o atendimento em grupo com equipe multidisciplinar pode propiciar maior suporte para os pacientes, e ser um momento de promoção de saúde mental e terapia em grupo para os mesmos, indo além da prescrição medicamentosa que, sem o suporte terapêutico não medicamentoso, sabe-se ser insuficiente para o tratamento dos TMC. Consequentemente, o presente estudo tem como finalidade essencial estimular o atendimento de saúde mental na atenção primária com abordagem multidisciplinar.

A amostragem deste estudo foi de pacientes que frequentam assiduamente a Unidade Básica de Saúde em questão, no dia destinado à Saúde Mental e àqueles que já fazem uso de alguma medicação destinada à depressão ou ansiedade, ou outros transtornos, que já foram identificados pelas Agentes Comunitárias de Saúde em visitas domiciliares, de forma que a

participação foi espontânea, sem número fixo de participantes, mas com incentivo à frequência das reuniões subsequentes.

O presente estudo foi realizado na Estratégia Saúde da Família, e as didáticas utilizadas foram ações de educação em saúde realizadas pela equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicóloga, agentes comunitários de saúde) por meio de grupos terapêuticos, palestras e rodas de conversa, tendo por foco a individualidade de cada paciente e a troca de conhecimentos e saberes entre os mesmos, buscando a melhoria do serviço e a melhoria da assistência em saúde mental da população assistida. Foi realizada uma avaliação das reuniões, tanto do ponto de vista da equipe multidisciplinar, quanto dos pacientes abordados, para ver que resultados foram alcançados e partilhados com outras estratégias de saúde da família e instituições de abordagem em saúde mental.

No dia direcionado à Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde foram realizadas reuniões semanais, destas participaram os seguintes profissionais: médica, enfermeira, psicóloga, assistente social e agentes comunitárias de saúde. No curso da primeira reunião foi realizada uma entrevista aberta guiada (APENDICE 1), onde os participantes responderam às indagações sobre sentimentos e experiências vivenciados desde o início da sintomatologia até o impulso de ir a um profissional de saúde. Estas investigações tiveram por objetivos conhecer os principais motivos que os levaram a buscar a unidade básica de saúde ou algum profissional de saúde específico e fazer com que os mesmos conhecessem as experiências e emoções que tinham em comum, para familiarização.

Após esse momento inicial de acolhimento foi realizada pelos profissionais de saúde em uma reunião subsequente, uma palestra com o tema "Saúde Mental existe?", tratando de forma geral e acessível sobre o tema, uma vez que decorreu sobre as principais patologias - ANSIEDADE E DEPRESSÃO, e ações simples que podem levar ao relaxamento.

Dando seguimento, os profissionais da Unidade Básica de Saúde reuniram-se com a equipe de matriciamento em Saúde Mental, composta por psiquiatra, residente em Saúde Mental, assistente social e agentes comunitários de saúde, para tratar de casos que tem continuidade no CAPS, e em alguns casos que podem ser acompanhados ambulatoriamente, na Unidade Básica de Saúde, de forma a não perder o vínculo entre UBS e CAPS.

Foram realizados ainda grupos focais sobre depressão e ansiedade, onde foram demonstrados sentimentos e experiências vivenciados pelos participantes do grupo em questão, sendo realizada associação livre e visualização de fotos para que essas experiências pudessem vir à tona. Várias falas foram identificadas com elementos semelhantes entre elas, tendo como palavras mais recorrentes: "tristeza", "medo", "sofrimento", "angústia", "aperto no coração", quando foram indagados sobre o que viria a ser, na opinião deles, depressão e ansiedade.

Após esse momento, foi questionado o que os mesmos faziam para redução dos sintomas,

com uma palavra. As mais recorrentes foram: "oração", "respiração", "Deus", "choro", "fé". Após isso, os participantes foram inqueridos sobre o que acharam das experiências, assim como os próprios profissionais, então a maioria descreveu como positiva e de grande crescimento, bem como de melhoria em sua própria saúde mental. Logo, optou-se por manter semanalmente espaço de 30 minutos antes das consultas individuais para livre expressão e promoção da saúde mental, ainda estando por definir temas que necessitem ser melhor abordados.

Objetivo Geral: Implementar um processo de intervenção multidisciplinar para a saúde mental através de grupos na UBS.

Objetivos Específicos	Metas	Ações	Responsáveis	Recursos
Familiarização do Grupo	Planejar e realizar encontros com os profissionais de saúde e os usuários para encontrarem familiaridade em experiências	Explorar os sentimentos vivenciados em experiências de comuns usuários de saúde mental da população adstrita	Médica, Enfermeira, Psicóloga, Assistente Social e Agentes Comunitários da Saúde.	Sala ampla para realizar os grupos. Encerramento
Palestra e Discussão: “Saúde Mental Existe?”	Articular junto à equipe de Matriciamento para desenvolver palestra discussão	Decorrer sobre as principais patologias: a Ansiedade e Depressão	Psiquiatra, Residente de Saúde Mental, Assistente Social e ACS.	Verba liberada pela prefeitura para compra de material necessário o desenvolvimento

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização é um dos basilares elementos para se conseguir apropriados resultados, já que intervém em outras variáveis, como melhor aproveitamento do tempo, assim como melhor separação de tarefas entre os membros da equipe. Logo entendeu-se que para pensar em projetos porvindouros propostos primariamente aos pacientes atendidos pela ESF da Vila Antonico, necessitou-se primeiro organizar a própria unidade. Então foi escolhido um projeto de intervenção com elevado nível de enfrentamento pela equipe e de sumária importância, que trouxe bons resultados tanto para a equipe, como para a população.

A estimativa das implicações deste plano de intervenção foi concretizada a partir do desempenho observado das crianças participantes e de dados conseguidos nos atendimentos programados no posto de saúde, em reuniões e em prontuários. A realidade encontrada foi passível de melhoramento com as intervenções realizadas, confiou-se que este plano pudesse colaborar para um melhor cuidado para com as crianças avaliadas, e ainda fortalecer às mães no cuidado.

Este estudo pode estimular reflexões nas equipes de ESF do município sobre os seus registros em prontuário familiar e, por consequência, repercutir positivamente na qualidade e no aprimoramento da atenção aos usuários do sistema.

A atenção primária é de fundamental importância no cuidado da família e dando ênfase à saúde da criança. Logo, o estudo relata a avaliação do prontuário como base para o início do cuidado. Vê-se que é para a gestão algo inovador para atender á população, para ofertar mais qualidade no atendimento exercendo de forma planejada e eficaz.

6. REFERÊNCIAS

Prado SRLA, Fujimori E, Cianciarullo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto ContextoEnferm* 2007; 16(3):399-407.

Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, Cavalcante MGS. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(2):205-213.