



**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**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E ACOLHIMENTO COMO**  
**FERRAMENTAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO**  
**À COMUNIDADE DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBSF SÃO JOSÉ**  
**OPERÁRIO - CAPANEMA/PR**

**ADRIEL LIMA GUIMARAES**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTAS PARA  
MELHORIA DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO À COMUNIDADE DA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA UBSF SÃO JOSÉ OPERÁRIO - CAPANEMA/PR

ADRIEL LIMA GUIMARAES

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: MARIA BETANIA  
MORAIS DE PAIVA

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Agradeço a Deus pela vida que Ele me concedeu.  
Agradeço aos meus pais por todo o esforço investido na minha educação.  
Agradeço à minha irmã e namorada que sempre estiveram ao meu lado durante todo o percurso deste trabalho.  
Agradeço à equipe da UBSF São José Operário e aos usuários da área de abrangência desta  
Sou muito grato também pelo apoio depositado à minha proposta de TCC por parte de minha orientadora.  
Obrigado por terem me mantido motivado durante todo o processo.

---

---

A todos aqueles que no fazer cotidiano procuram diminuir a distância entre a sua fala e a sua  
prática;

À comunidade São José Operário, cenário de prática dessa intervenção.

---

## SUMÁRIO

Introdução .....	pag 6
Relato de Vivencia .....	pag 8
Considerações finais .....	pag 15
Referencias .....	pag 17
Apendice .....	pag 18
Anexos .....	pag 27

## 1. INTRODUÇÃO

Capanema é um município brasileiro do estado do Paraná, possui uma área de 419,43 km<sup>2</sup> e sua população, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018 é de 19 099 habitantes. Com relação à atenção básica possui 5 unidades de Estratégia de Saúde da Família(ESF), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)e uma equipe do Núcleo Ampliado em Saúde da Família Atenção Básica (NASF-AB) Sendo que a unidade de saúde foco deste trabalho de intervenção é a do Bairro São José Operário.

A unidade do Bairro São José Operário possui uma área de abrangência equivalente, em sua parte urbana, ao próprio bairro e, em sua parte rural, ao espaço entre o bairro e alguns trechos próximos ao município de Planalto. A equipe da unidade é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), uma Auxiliar de Serviços Gerais (ASG) e um médico.

Tendo em vista as propostas de intervenção feitas pelo curso do Programa de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde (PEPSUS) e o olhar que tentasse abranger o maior numero de possível de ações, foi decidido que três pontos seriam essenciais para um processo de intervenção inicial, a saber: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada; Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS); e Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento. Sendo que, em função da pandemia da COVID-19, o presente trabalho foi ajustado e deste modo optou-se por focar na temática da Educação Popular em Saúde e no Acolhimento (geral), haja vista a sua significativa interferência tanto nos três pontos inicialmente escolhidos quanto nas demais atividades da equipe/unidade.

A questão das dificuldades no acolhimento à demanda espontânea e programada vem a ser o “calcanhar de Aquiles” da unidade e, possivelmente, seja mais um propulsor de sobrecarga que por vezes impede a equipe de fazer um bom trabalho na promoção/prevenção de saúde aos usuários com DCNT que constitui a maior e mais recorrente demanda da unidade; além de dificultar a elaboração e implementação de estratégias para um melhor e contínuo acompanhamento das crianças da área de abrangência; bem como, dificulta o acompanhamento dos demais usuários e a realização das ações que necessitam de uma atenção mais programada que requer mais tempo da equipe como as visitas domiciliares, as discussões de casos clínicos, o planejamento das atividades individuais e coletivas, entre outros.

O objetivo deste trabalho é demonstrar como a ampliação maciça das ações de Educação Popular em Saúde e o organizado e bom Acolhimento constituem ferramentas potentes para a qualificação do trabalho em equipe com a otimização do tempo e melhor acompanhamento da população adstrita.

O TCC será apresentado como um relato de experiência, tendo em vista a implicação pessoal com esta proposta, por amar esse fazer saúde, a gestão estratégica e participativa do

Sistema Único de Saúde (SUS), a Educação Popular de Saúde e o controle social, pois a militância na saúde pública na qualidade de conselheiro estadual e municipal de saúde como usuário/trabalhador e participante ativo de conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde só vem a fortalecer a necessidade de ressignificar a prática na perspectiva da construção do SUS que dá certo

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Ao aliar a Educação Popular em Saúde ao bom acolhimento conquistam-se multiplicadores, parceiros e apoiadores dentro e fora da comunidade, pois quando a equipe consegue interagir ao ponto de perceber o seu real valor, esses passam a se sentirem estimulados, seguros e cuidados, ganhando inclusive mais empoderamento enquanto controle social e até mesmo, mais autonomia quanto ao autocuidado à saúde. Desse modo, passam a serem instigados a vivenciarem a importância da prevenção e promoção da saúde, e não mais motivados pela sensação de desamparo, desinformação e desespero, deixando inclusive de “lotar” os serviços, possibilitando às equipes a oportunidade de melhor planejar/organizar as ações da unidade, bem como cuidar melhor de quem mais precisa.

Foi justamente pensando nas questões descritas acima que ao sair o resultado do município para o qual seria lotado (Capanema/PR), antes mesmo da validação, ao entrar em contato com o gestor municipal foi possível estabelecer um diálogo a cerca da possibilidade de negociar, planejar e implementar junto à equipe ações fundamentais para o exercício da medicina na atenção primária; diante da aprovação foi seguido o mesmo diálogo com a chefe maior na unidade, a enfermeira da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São José Operário, a qual também apoiou a iniciativa e se prontificou de providenciar a reunião com toda a equipe antes de iniciarmos as atividades. Tais aprovações, e o fato de no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) a equipe ser bem abastada com vários Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais, avultaram a possibilidade de em Capanema poder desfrutar a tão sonhada liberdade para, de fato, exercer a medicina no contexto multidisciplinar, com o apoio da gestão e focado nas necessidades e interesses da comunidade.

Entretanto, apesar do gestor ter aparentado empolgação e apoio a todas as propostas básicas elencadas na primeira conversa, afirmou que uma vez homologado o contrato, de imediato já deveria iniciar os atendimentos, pois não tinha como adiar o início das consultas para realizar reunião de planejamento com a equipe e pela experiência em outros trabalhos quanto à importância desses ajustes iniciais antes do início do atendimento à comunidade e por acreditar no projeto, foi necessário viajar da Paraíba à Capanema, antes da validação da inscrição. Ao chegar, 5 a 6 dias antes da homologação, deu-se o encontro com a enfermeira que apresentou a unidade e a equipe. Na ocasião foi possível constatar que a unidade era muito bela e equipada com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), farmácia bem abastecida, enfim, muito mais estruturada que todas as outras localidades conhecidas em outras experiências.

Entretanto não possuía mapa do território, nem também uma relação dos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), ou dos domiciliados e demais com perfil para visita domiciliar (VD), nem dos pacientes com etapas da vida ou demandas específicas que necessitavam de cuidados mais apurados. Então, frente a essa realidade, e, pelo fato da equipe



cadastrada no CNES ser bem composta, a primeira impressão foi um tanto preconceituosa no sentido de que a equipe talvez não fizesse o seu papel, mas, mesmo sem ninguém da equipe dizer nada, foi possível constatar que na realidade a equipe era extremamente eficaz, porém muito reduzida para a demanda de serviços e que seus dados não correspondiam aos registrados no CNES. Para se ter uma ideia além do médico, da enfermeira, da recepcionista, da Auxiliar de Serviços Gerais (ASG), contava-se apenas uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), a qual também fazia o papel de motorista da unidade, duas técnicas que revezavam entre triagem, auxílio a pequenos procedimentos, sala de vacina, VD, aplicação de medicamentos injetáveis, distribuição de medicamentos da farmácia, entre outros e rotineiramente eram deslocadas pelo gestor para realizar VD em outras áreas ou acompanhar na ambulância pacientes que eram encaminhados para outros municípios e uma Cirurgiã Dentista (CD) e sua Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) que apesar de serem cadastradas como 40 na UBS, o gestor fazia elas trabalharem só 20 horas lá e as outras 20 ele as fazia cumprir em outra unidade de saúde.

Diante da ausência de mapa da área e dados básicos consolidados dos pacientes foi preciso dirigir-se à secretaria para acessar o PEC, o objetivo era consolidar os atendimentos via numeração da Classificação Internacional das Doenças (CID) e da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) pelas quais foram registrados; bem como identificar quem eram e qual o número de pacientes com DCNT, o número de acamados, as gestantes cadastradas e as puérperas e Recém Nascidos (RN), os idosos acima de 80, ou seja, os dados básicos necessários para um planejamento mínimo, inclusive das ações de Educação Popular em Saúde (EPS); porém não havia como acessar a maioria destes dados, pois não estavam registrados de acordo com suas especificidades, a grande maioria dos atendimentos era registrado apenas com o Exame Geral e Investigação de Pessoas sem Queixas Ou Diagnóstico Relatado (CID Z00) constituindo-se um dos poucos dados que foi possível de tabular.

Na reunião com 5 integrantes da equipe todas estavam muito empolgadas frente as propostas e contribuíram muito com novas ideias; porém, ao perguntar sobre quais eram os maiores problemas da unidade foi percebido certo receio por parte da equipe em relatar as principais dificuldades, tendo em vista a precarização dos vínculos de trabalho, afinal a imensa maioria era prestadora de serviços com contrato temporário; mas numa coisa todas concordavam: a UBS tinha “uma demanda muito grande” e sempre havia muitos pacientes “madrugando para pegar as fichas” sendo que a orientação repassada aos pacientes pela secretaria é “que eles tinham que madrugar para pegar as fichas”, além disto, a equipe relatou ainda que observava ser “sempre os mesmos pacientes que, mais de uma ou duas vezes por semana, estavam lá pra pegar as 'fichas'", e isto gerava uma demanda reprimida muito maior para a equipe, além de serem estes os pacientes que mais reclamavam da unidade.

Conforme relatos da equipe, esta “luta” por fichas levava alguns usuários a chegar à

unidade 4h da manhã e enfrentar um frio de 1°C, ou até menos, e se dava pelo fato de serem distribuídas “apenas 16” por turno, fora os atendimentos de urgência e emergência que surgiam após o horário de distribuição das fichas. Além disto, existiam uns dias/turnos que eram dedicados à “renovação de receitas” e nestes a demanda era muito maior. Enfim, quanto à necessidade urgente de reduzir corretamente a demanda, sem deixar os usuários desassistidos, e de modo a se tornar completamente obsoleta a “necessidade” das “filas da madrugada” foram negociadas estratégias para a reorganização do processo de trabalho na unidade:

1. Foi implementada uma nova agenda de atendimento médico e de enfermagem, estabelecendo turnos para VD's, gestantes, puericultura e atividades de planejamento/educativas...;
2. Foi cancelado o “dia de renovação de receitas” (pois cada receita exige um novo atendimento);
3. Foi estabelecida que, antes dos atendimentos, seria realizada uma escuta inicial que serviria como uma espécie de “pré-triagem” e auxiliaria a equipe da enfermagem, durante a triagem, na priorização dos casos mais graves e dos usuários respaldados por lei;
4. Foi criado um grupo de whatsapp para incluir a equipe e lideranças/usuários da área de abrangência;
5. Seria criado um questionário por meio do qual cada usuário que chegasse até a unidade, independente do motivo, pudesse avaliar a unidade e a qualidade do atendimento prestado.
6. Decidiu-se por manter inicialmente a divulgação de que as “fichas” seriam entregues às 07h30min da manhã, independente se o atendimento seria para manhã ou tarde;
7. Foi acordado que o médico se empenharia para chegar na fila sempre antes do primeiro paciente e de que as demais integrantes da equipe, na medida do possível, chegariam mais cedo que o horário de expediente também – pois não havia vigilante na equipe e era preciso alguém com a chave da unidade para abrir a sala de reuniões para abrigar as pessoas que ficavam na fila;
8. Foi estabelecido que os atendimentos médicos e de enfermagem durariam em média, pelo menos, 24min cada e que, caso houvesse necessidade, nas duas primeiras semanas a equipe iria extrapolar o horário de expediente a fim de todos os usuários serem atendidos;
9. Divulgar que nos dias de atendimento médico só seriam distribuídas 8 fichas para demanda espontânea e que mais duas seriam para demanda programada – o objetivo disto era justamente despertar uma maior “indignação” na comunidade e assim estimula-la à reflexão da importância disto se tornar realidade;

O ponto que desencadeou maior debate foi quanto ao estabelecimento de um tempo médio dos atendimentos ambulatoriais, com o mínimo de qualidade necessário. Porém, houve consenso, com base nos dados coletados e nas reais prerrogativas legais que não delimitam número de atendimento por médico e outros entes da equipe, e, frente ao seguinte cálculo e argumentação:

“Se um médico/enfermeiro atende 20 pacientes em um turno de 4h (240 min), isto implica dizer que, caso este profissional não pare nem pra ir ao banheiro, cada paciente terá um

tempo médio de consulta de, no máximo, 12min.

Ora, 12 min não dá tempo nem para que quem trabalha com concerto de celulares ouvir o cliente quanto à ‘queixa principal’ e os ‘sinais’ de falha apresentados, à ‘historia do quadro atual’, à ‘história pregressa’ (se já foi mexido, se este problema é antigo, se existem outros problemas); fazer uma inspeção visual em todo o aparelho; realizar alguns testes básicos; explicar para o cliente quais os possíveis problemas e implicações caso a situação não seja minimamente reajustada/corrigida; relatar as medidas que deverão ser tomadas, anotar tudo em um formulário, repassar ao cliente os papéis que forem necessários e registrar o seu atendimento.

Se 12 ou 24 min não dão nem para ouvir um cliente e fazer uma boa avaliação do seu celular, imagine para um médico/enfermeiro poder cumprir a sua obrigação fundamental numa consulta que é realizar uma boa anamnese e um bom exame físico, e se, aliado à isto, ele ainda se dedicar à fazer um olhar integra/holístico do paciente não o vendo como uma doença e sim como uma pessoa, aí que 24 minutos seria insuficiente mesmo.”

Todos os presentes riram da comparação e concordaram em, conjuntamente, dar uma chance à proposta, inclusive extrapolando o expediente nas duas primeiras semanas até a demanda reprimida diminuir.

Diante do exposto o grande desafio estava lançado e o “termômetro” para avaliar a eficácia das ações que seriam implementadas foram basicamente o pequeno questionário de avaliação da qualidade do atendimento e a redução do número de pessoas madrugando na unidade para “pegar fichas”. De início acreditava-se que as críticas da comunidade seriam constantes e que jamais se conseguiria reduzir as filas da madrugada; mas mesmo assim, assumidos os riscos todos os presentes concordaram com as medidas e estabeleceram-se assim algumas orientações básicas para a comunidade, utilizando-se do mesmo discurso. Entre estas, se destaca a questão das “fichas” distribuídas no horário de abertura da unidade que teve a seguinte orientação:

I-Todos que procurassem a unidade até o horário de sua abertura e após uma escuta inicial feita pelo médico ou enfermeira receberiam. No horário de abertura da unidade, as “fichas” - porém, neste momento, estas “fichas” seriam apenas para a verificação dos sinais vitais e distribuídas não pela ordem de chegada e sim pela de prioridade que se segue:

- Quadros sugestivos de uma emergência;
- Quadros sugestivos de uma urgência;
- Usuários classificados via legislação nacional, para terem atendimento prioritário e que não se encaixam nos critérios anteriores;
- Usuários que, na escuta inicial, seriam considerados como de baixo risco (azul)

Assim, caso os sinais vitais não estivessem fora dos padrões e ninguém apresentasse alterações sugestivas de gravidade, a equipe da triagem manteria a ordem inicial ou, no caso de

alguma alteração da “normalidade”, mesmo se na escuta inicial o usuário fosse classificado como de baixo risco, entrariam em contato com o médico ou com a enfermeira para averiguar se o quadro mudou de categoria. Nos casos em que os pacientes chegassem à unidade fora do horário da distribuição das “fichas” para a triagem, eles seriam acolhidos e seria realizada a sua triagem, em caso de quadro sugestivo de urgência/emergência a equipe do acolhimento entraria em contato com o médico ou a enfermeira para uma escuta inicial e classificação de risco – a classificação adotada foi a de Manchester, adaptada para a atenção primária.

1. Todos os pacientes classificados como urgência/emergência, independente de horário em que chegassem na unidade, teriam o seu primeiro atendimento médico garantido, no momento em que chegassem, caso não houvesse outros casos mais graves na sua frente, independente se eram ou não de nossa área.

III. Pacientes classificados como baixo risco (renovação de receitas, solicitação de exames/atestados, mostrar exames, usuário sem histórico de vulnerabilidade com quadros leves e sem potencial de se tornarem uma urgência), caso as fichas distribuídas pelo médico/enfermeira “para a triagem relacionada à consulta médica” acabassem antes de chegar a sua vez, passariam pela triagem mesmo assim, só que depois dos pacientes prioritários; se mantida a classificação e fossem da área da unidade seriam agendados, caso fossem de outra área seriam orientados e referenciados para a sua unidade de origem; caso sua classificação mudasse e passasse a ser percebido como uma urgência/emergência, seguiriam conforme o item III;

Assim, elencadas as estratégias e estabelecido o consenso, veio o grande dia de “início das atividades”. A fim de observar o cenário e o contexto, foi tático “madrugar na frente da UBS às 4h da manhã”, sendo o primeiro a chegar e poucos minutos depois chegaram dois usuários, sem de início identificar-se como a novo médico da unidade, interagiu e ouvia os usuários na fila, ouvia suas reclamações e até anseios e dúvidas quanto ao “novo médico”; uns 30min antes do horário de abertura da unidade, conforme combinado, os demais componentes da equipe e abriram a sala de reuniões. Como já tinha feito amizade com quase todos os usuários na fila de espera da abertura da unidade, foi muito engraçado ver a reação deles ao começar a colocar as cadeiras dispostas em uma grande roda e a intensificar o diálogo sobre saúde (enquanto bem estar físico, psicológico e social), porém o mais engraçado foi quando, perto de iniciar a hora de abrir a unidade, foi interrogado quem tinha ido até a unidade para ver o médico e 90% levantou a mão e, em seguida foi dada a seguinte resposta “então vocês já podem ir embora porque já o viram”- riram muito quando entenderam que o médico tinha estado com eles por toda a madrugada; e, como todos já tinham relatado o que estavam sentindo enquanto esperavam na fila, já havia ele feito a escuta inicial;

Em seguida foi realizada uma nova roda de conversa e após isto distribuídas as fichas para triagem, o questionário de avaliação da qualidade do atendimento, bem como, o contato

pessoal do médico para que enviassem pedido de convite para entrar no grupo de whatsapp referente à unidade, foi ainda solicitado que repassassem este convite em nome do novo médico e de toda equipe para as lideranças comunitárias e demais usuários da área de abrangência; e, para a surpresa de todos, em menos de uma semana o grupo de unidade já tinha mais de 200 participantes, surpresa maior ainda foi quando foi lançado no grupo a proposta de montar uma Farmácia Viva atrás da unidade e, no primeiro domingo após o início das atividades enquanto médico da unidade, lá estavam mais de 7 usuários da área de abrangência, apostos em plena 8h da manhã, num frio de 2°C, ajudando a montar a farmácia viva – equipe esta que só aumentava à cada domingo.

Os temas das rodas de conversa, na “fila das fichas” e na sala de reuniões, eram focados em duas perguntas base: “Como você se sentiria se estivesse passando muito mal, ou tivesse um familiar que é dito como prioridade legal, e alguém mais saudável, ou com ‘menos limitações’, fosse atendido primeiro do que vocês só porque chegou cedo para pegar uma ficha? Você acharia isto justo?” e “Vocês sabiam que não há mais necessidade de madrugar na unidade?”, associados a perguntas sobre prevenção e promoção de saúde relacionada às causas mais recorrentes de busca pela unidade no dia anterior ou durante a semana – tais como “reeducação alimentar é melhor que fazer dieta, sabia?”, “Como evitar ter pressão alta?”, “Como baixar o açúcar do sangue?”, “Tem alguma coisa que pode me ajudar a não precisar de tantos remédios?”, “meu trabalho é pesado e repetitivo, o que fazer pra não sentir dores nas juntas?”, “conjuntivite, o que é isso?”, “o que fazer quando a criança aparecer com feridas na mão, pé e/ou boca”? “o que é área de abrangência e para que serve?”, “o que é saúde?”... em média participavam destas atividades uns 15 a 30 usuários. O acolhimento e escuta inicial sempre era iniciado ainda nas "filas". Assim que a demanda diminuiu, realizou-se atividade educativa com grupo de gestantes (umas 15 gestantes) cujo tema era “uma boa pega e a alimentação da criança” a qual teve participação da nutricionista do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) e da enfermeira e médico da unidade.

Quanto à demanda da unidade, nos 3 primeiros dias foi grande, com a necessidade de extrapolar e muito o horário de funcionamento, mas garantia-se a todos os pacientes que chegaram até lá seu acolhimento, conforme critérios de classificação, atendimento ou agendamento/referenciamento. Justamente durante estes dias foi perceptível a ocorrência de um surto de conjuntivite e da síndrome mão-pé-boca, então intensificou-se a divulgação no grupo de whatsapp acerca dos sinais e sintomas desses quadros e como prevenir e realizar os primeiros cuidados, foi ressaltado também a importância das pessoas que estavam com esse quadro serem afastados da escola/trabalho até melhora e de procurarem o quanto antes o serviço de saúde para avaliação. Isto ajudou muito reduzir a demanda e a medida que iam sendo identificados quadros mais prevalentes na área as ações educativas eram planejadas para abordagem coletiva dos temas em evidência e uma ou duas vezes ao dia eram enviados vídeos

(curtos) e/ou imagens, de fácil compreensão e bem didáticos, para auxiliar a comunidade.

Foi criada ainda uma sala de observação para a estabilização de pacientes que vinham em situação de urgência, uma vez que nos primeiros dias pode-se perceber que, por exemplo, havia muitos casos de urgência hipertensiva relacionados ao uso incorreto da medicação ou à ausência do uso desta, bem como por não adesão da reeducação alimentar - então os mesmos eram medicados, em doses baixas, deixados em observação e em caso de melhora e não havendo a necessidade de maiores investigações ou até da troca da medicação, era realizado um longo período de reflexão e orientação com o usuário, relatando inclusive meios para a possível redução ou, em alguns casos, até eliminação do uso de medicamentos.

Como resultado, em suma, todas as avaliações feitas pelos usuários em relação feedback quanto à qualidade de atendimento prestado pela equipe foram repletos de elogios à toda equipe - segundo relato da equipe, até os pacientes "mais complexos", estavam melhores de lidar e, além de tudo isto, a participação e apoio da comunidade aumentava dia após dia. Além disto, já na segunda semana a outra meta traçada pela equipe (8 "fichas" mais os dois agendamentos por turno e sem as filas da madrugada) também foi cumprida; e assim, de modo coletivo foi possível qualificar a assistência, fortalecer os laços na equipe e estreitar o vínculo com a comunidade.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado das ações relacionadas ao completo envolvimento da equipe na junção da Educação Popular em Saúde ao bom acolhimento demonstrou que, em apenas uma a duas semanas, já foi possível obter transformações muito significativas no cotidiano das práticas.

Como potencialidade registra-se a redução da demanda devido ao planejamento da equipe e inclusão na agenda da unidade dos turnos dedicados a pacientes mais vulneráveis, como os que necessitavam de VD e grupos específicos como gestantes e puérperas, Recém Nascidos (RN's); a observância ao princípio da equidade feito de acordo com as necessidades/prioridades de atendimento, de modo que os usuários que mais necessitam de atendimento jamais saiam da unidade sem acesso o que evitaria o agravamento de seu quadro; a implementação da escuta qualificada e a inclusão de ações educativas na rotina do serviço possibilitando uma maior aproximação entre equipe e usuário promovendo corresponsabilização e autocuidado; à alta resolutividade dos atendimentos, na medida em que foram melhor avaliados, até mesmo os pacientes que “sempre estavam na unidade pegando ficha”, não precisavam mais ficar retornando “sem necessidade” pois sentiram-se bem atendidos e não houve pedidos de exames desnecessários, nem mesmo foram prescritos medicamentos sem a devida indicação e orientação.

Quanto às fragilidades, dificuldades e limitações pode-se elencar como a principal a divergência do gestor acerca da importância do planejamento da equipe para o início das atividades e depois por divergir quanto à importância de focar nos usuários e na comunidade como um todo em detrimento dos interesses de um grande grupo empresarial, chegando inclusive a solicitar que não fosse fornecido atestado médico aos usuários que trabalhavam na referida empresa, vez que lá havia médico do trabalho, mesmo diante da explicação de que não se poderia negar atestado aos usuários que procurassem a unidade e que realmente necessitassem. Desse modo, foi instalado um cenário de perseguição que só piorou quando o foi perguntado quanto ao restante do quadro da equipe que estava cadastrada no CNES e quanto à possibilidade de não retirar as técnicas da unidade para atender em outras áreas ou para acompanhar pacientes na ambulância. Tal perseguição culminou no adoecimento do relator do presente trabalho embora a equipe tenha alcançado todos os resultados esperados muito antes de tal episódio.

A experiência da vivência com a equipe e a comunidade, apesar da falta de apoio por parte da gestão, foi extremamente gratificante. Não apenas pelo fato das “filas da madrugada terem sumido completamente em duas semanas; nem tão somente pelo grande envolvimento da comunidade em relação à unidade, inclusive com criação o viveiro de plantas medicinais, ou mesmo pela mobilização da equipe diante da situação descrita demonstrando sua força, enquanto controle social, por meio de um abaixo-assinado com mais de 400 assinaturas como forma de repúdio, mas sim, por este trabalho fazer parte da demonstração, prática, de que o

“Sistema Único de Saúde do papel” pode, de fato, ser vivenciado no dia-dia das equipes e das comunidades.

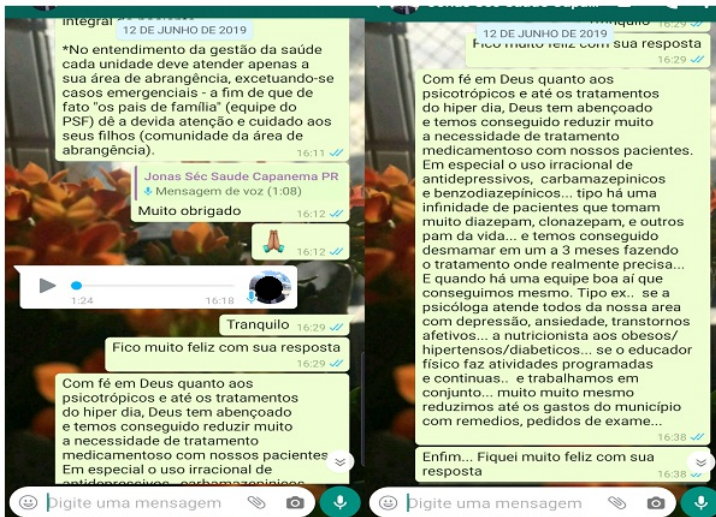
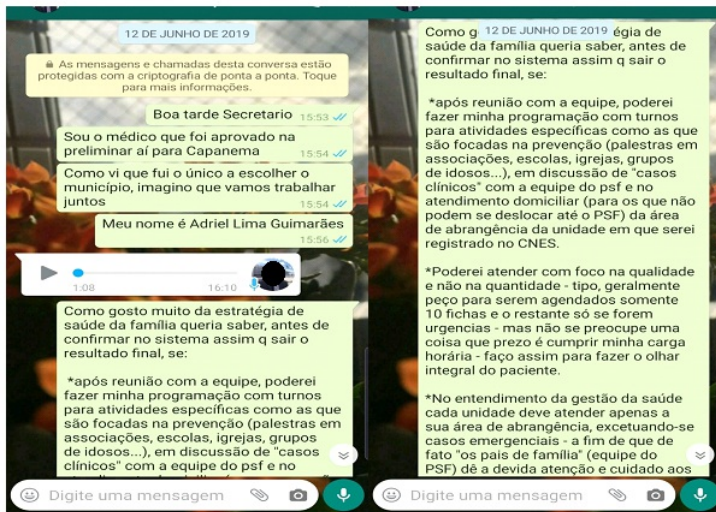
É certo que, se pelo menos for realizada a escuta inicial e uma breve roda de conversa uns 30min antes de iniciar a classificação de riscos, seguindo-se as demais propostas abordadas no presente trabalho, é possível para qualquer equipe atingir, em um prazo proporcional ao tamanho e/ou envolvimento da equipe, os resultados aqui apresentados.



#### **4. REFERÊNCIAS**

*INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/capanema/> Acesso em: 10 de 07 de 2020.

## 5. APÊNDICE





## Avaliação da Qualidade de Atendimento PSF SÃO JOSÉ OPERÁRIO

(Sua colaboração é muito importante para que as possíveis melhorias sejam realizadas)

Estrutura da unidade:



Limpeza e organização da unidade



Acolhimento/Recepção:



Triagem (com Tec. de Enfermagem):



Excelente Bom Razoável Ruim Péssimo

Atendimento de Enfermagem:



Atendimento Médico:



Atendimento Odontológico:



Avaliação Geral:



Todas as suas demandas que motivaram a procura desta unidade foram atendidas? Se não, quais não foram:

Caso em algum momento você não tenha dado excelente, o que pode ser feito para melhorar a qualidade do atendimento desta unidade? (pode usar o verso de esta folha)



**1** Necessitam de atendimento imediato.  
**CASOS DE EMERGÊNCIA**

**2** Necessitam de atendimento praticamente imediato.  
**CASOS MUITO URGENTES**

**3** Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar.  
**CASOS DE URGÊNCIA**

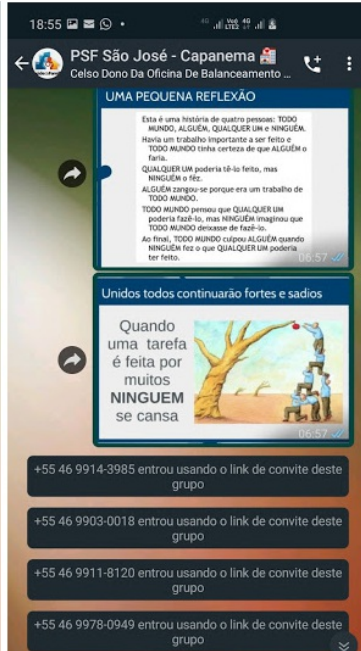
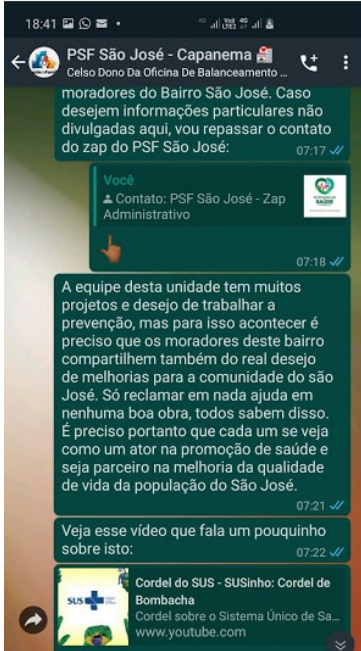
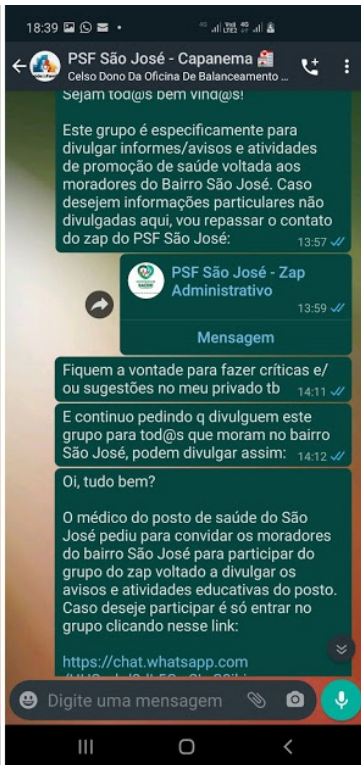
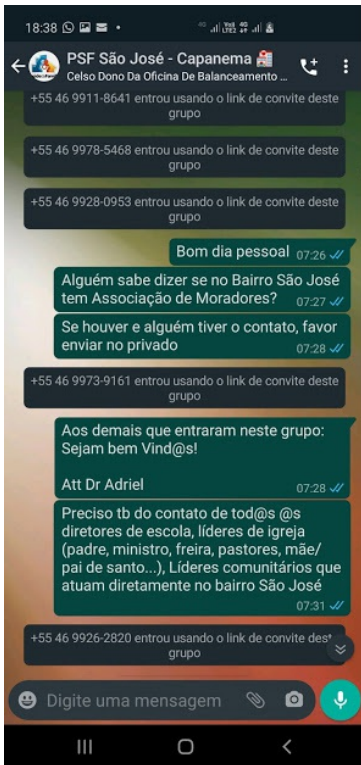
**4** Prioridade legal s/ vulnerabilidade social que não corre o risco de agravar o quadro, podendo ser encaixados em consulta agendada ou encaminhados à unidade de origem  
**CASOS NÃO URGENTES**

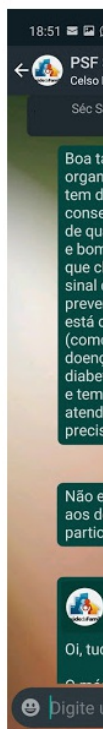
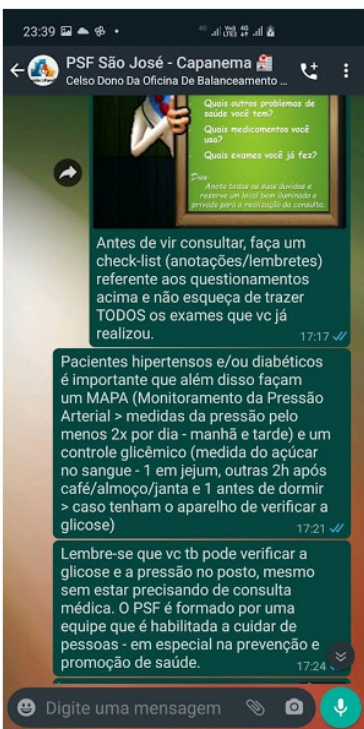
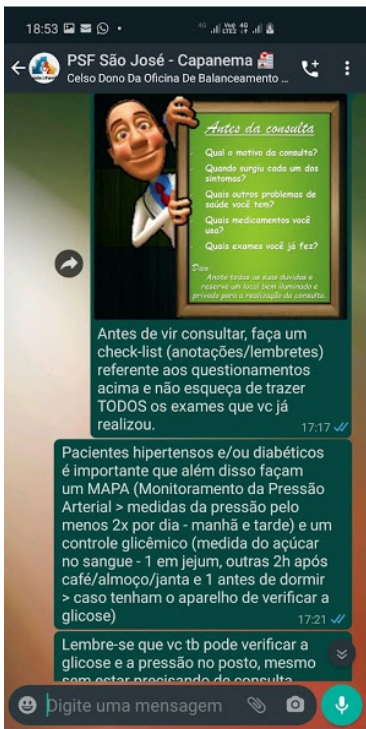
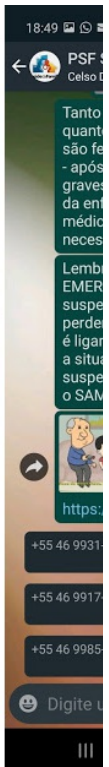
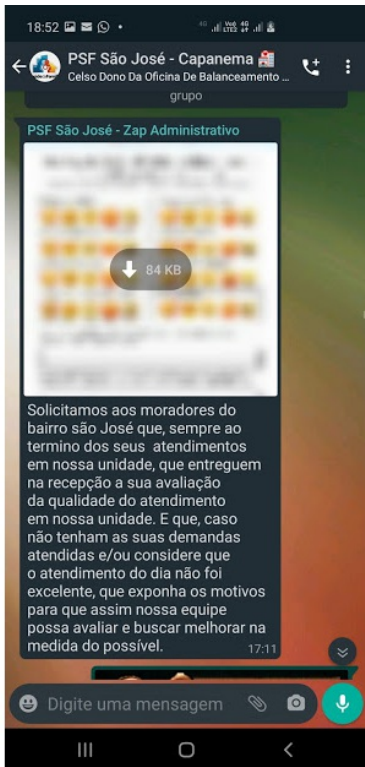
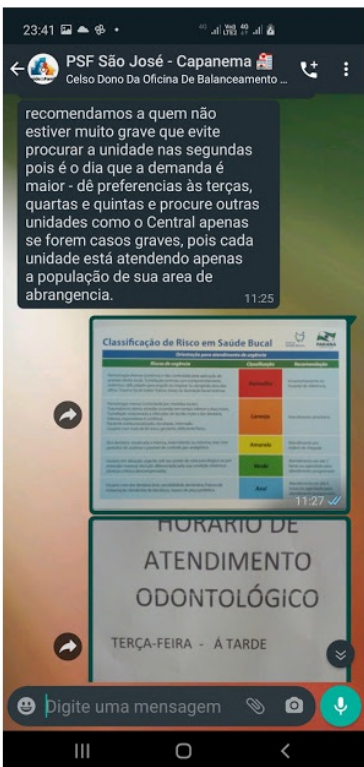
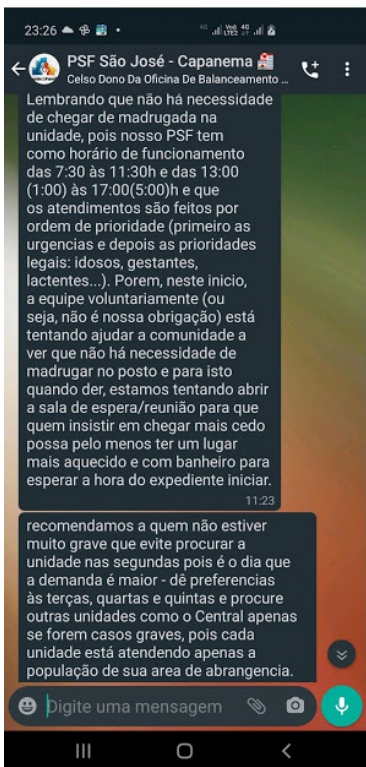
**5** Demais sem vulnerabilidade social que não correm o risco de agravar o quadro, podendo ser encaixados em consulta agendada ou encaminhados à unidade de origem  
**BAIXO RISCO/CASOS NÃO URGENTES**

## Classificação de Risco

Categoria	Definição
<b>Emergência</b>	Existe risco imediato de óbito ou de lesão de órgão alvo, assim o usuário precisa ser atendido o quanto antes. Quando identificado, necessita de avaliação/intervenção imediata na unidade a fim de estabilizar o quadro e dar continuidade ao atendimento ou para que o serviço de urgência/emergência seja acionado e o usuário encaminhado a uma unidade com o suporte/equipe necessário para uma melhor avaliação e providências iniciais. Ex.: Trauma crânioencefálico; parada cardiorrespiratória, estado mental alterado, desconforto respiratório grave, AVE, abdômen agudo, crises convulsivas, tentativa/ideação suicida, Infecções graves...
<b>Muito Urgentes</b>	Não é considerado uma emergência, mas o paciente precisa passar logo por uma avaliação. Ex.: Urgência hipertensiva, arritmia cardíaca sem apresentação de sinais de instabilidade, cefaleia intensa com rápida progressão, dores severas, criança febril, desmaios, vômito/diarreia intensos...
<b>Pouco Urgentes</b>	É considerado um caso menos grave, o paciente pode aguardar atendimento. Ex.: Histórico de inconsciência, adulto febril, queimaduras menores, dores leves, hemorragia leve, alteração leve dos sinais vitais, torcicolo, enxaqueca, hemorragia controlada, asma não avaliada como quadro em crise, usuários com DCNT levemente descompensada ou com risco de descompensar...
<b>Não Urgentes</b> (mas Prioridade Legal)	É o caso simples, quando o paciente é prioridade legal, porém não apresenta risco de vulnerabilidade social, e seu quadro não apresenta a possibilidade de agravar subitamente. Neste caso pode aguardar atendimento, ser agendado ou, no caso dos fora de área, em caso dos atendimentos do dia estarem esgotados, ser encaminhados à sua unidade de referência para um melhor acompanhamento. Ex.: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos. Queixas crônicas sem alterações agudas ou queixas que não correm risco de agravar em um curto intervalo...
<b>Baixo Risco</b>	É o caso mais simples, quando o paciente não é prioridade legal, nem apresenta risco de vulnerabilidade social, e seu quadro não apresenta a possibilidade de agravar subitamente. Neste caso pode aguardar atendimento, ser agendado ou, no caso dos fora de área, em caso dos atendimentos do dia estarem esgotados, ser encaminhados à sua unidade de referência para um melhor acompanhamento. Ex.: os mesmos dos não urgentes que são prioridade legal









18:36

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...

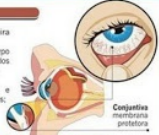
Estamos, ao que parece, tendo um surto de conjuntivite e da síndrome mao-pé-boca... Que apesar de problemas "simples" são altamente contagiosos... 19:39 ✓

Então vamos conhecer melhor os dois e até aprender/relembrar algumas medidas simples e não-farmacológicas: 19:41 ✓

**CONJUNTIVITE**

**SINTOMAS**

- Aréncia e coceira nos olhos;
- Sensação de corpo estranho dentro dos olhos, como areia;
- Lacrimação;
- Olhos vermelhos e pálpebras inchadas;
- Secreção.



Conjuntiva membrana protetora

**ORIENTAÇÕES PARA QUEM JÁ ESTÁ DOENTE**

- Lavar rosto e mãos com frequência;
- Não compartilhar toalhas e outros utensílios;
- Evitar coçar os olhos;
- Evite aglomerações ou frequentar piscinas de academias ou clubes;
- Evite a exposição a agentes irritantes (fumaça) e/ou alérgenos (pólen) que podem causar a conjuntivite.

19:41 ✓


Geralmente a conjuntivite se resolve sozinha em alguns dias ou semanas, porém, como disse: ela é muito contagiosa.

Algumas medidas caseiras como compressas frias em região do olho e

Digite uma mensagem

18:37

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...



Aréncia e coceira nos olhos;

Sensação de corpo estranho dentro dos olhos, como areia;

Lacrimação;

Olhos vermelhos e pálpebras inchadas;

Secreção.

Conjuntiva membrana protetora

**ORIENTAÇÕES PARA QUEM JÁ ESTÁ DOENTE**

- Lavar rosto e mãos com frequência;
- Não compartilhar toalhas e outros utensílios;
- Evitar coçar os olhos;
- Evite aglomerações ou frequentar piscinas de academias ou clubes;
- Evite a exposição a agentes irritantes (fumaça) e/ou alérgenos (pólen) que podem causar a conjuntivite.

19:49 ✓

Geralmente a conjuntivite se resolve sozinha em alguns dias ou semanas, porém, como disse: ela é muito contagiosa.

Algumas medidas caseiras como compressas frias em região do olho e lavar os olhos com soro fisiológico frio - várias x ao dia - já ajuda muito a aliviar os sintomas da conjuntivite. 19:49 ✓

+55 46 9975-2381 saiu

**Entenda a doença**

Como evitar a conjuntivite?

19:49 ✓

Digite uma mensagem

18:52

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...

Seção.

Conjuntiva membrana protetora

**ORIENTAÇÕES PARA QUEM JÁ ESTÁ DOENTE**

- Lavar rosto e mãos com frequência;
- Não compartilhar toalhas e outros utensílios;
- Evitar coçar os olhos;
- Evite aglomerações ou frequentar piscinas de academias ou clubes;
- Evite a exposição a agentes irritantes (fumaça) e/ou alérgenos (pólen) que podem causar a conjuntivite.

**Entenda a doença**

Como evitar a conjuntivite?

19:49 ✓

+55 46 9973-1921 entrou usando o link de convite deste grupo

+55 45 8408-0042 entrou usando o link de convite deste grupo

+55 46 9906-0851 entrou usando o link de convite deste grupo

A qualquer hora (de funcionamento do nosso PSF)... Se estiver com algum desses sintomas/sinais procure logo nossa unidade... Para que sejam tomadas as medidas básicas necessárias e consigamos reduzir/eliminar este surto q está tendo em nosso bairro. 12:33 ✓

Digite uma mensagem

19:09

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...

Dicas sobre Sa

Assista ao vídeo apresentado por

[www.youtube](https://youtu.be/...)

[https://youtu](https://youtu.be/...)

L.E.R. - Lesão p

Você sabia que

dor ou sensaçã

[www.youtube](https://youtu.be/...)

[https://youtu](https://youtu.be/...)

Digite uma mensa

18:39

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...

Daqui a pouco vamos mandar algumas orientações sobre prevenção de resfriados/gripes e sobre os cuidados básicos q podem ser feitos em casa. 14:13 ✓

Um pouco sobre as diferenças basicas entre gripe e resfriado: 14:18 ✓

**Gripe X Resfriado**

	Gripe	Resfriado
Contágio	Alto	Baixo
Sintomas	Febre, dor de cabeça, dores musculares, tosse, nariz escorrendo, garganta inflamada	Nariz escorrendo, espirros, tosse, dor de garganta
Tratamento	Repouso, hidratação, analgésicos, antitérmicos	Repouso, hidratação, analgésicos
Prevenção	Lavar as mãos com água e sabão, evitar contato com pessoas doentes	Lavar as mãos com água e sabão, evitar contato com pessoas doentes

14:18 ✓

Lembrando q essa gripe aí não é a da vacina... A da vacina é provocada por vírus muito mais agressivo e q pode provocar sérios danos - por isso é muito importante a população alvo não esquecer de tomar a vacina 14:20 ✓

+55 46 9920-9772 entrou usando o link de convite dest grupo

Digite uma mensagem

18:40

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...

Coisas básicas q podem ser feitas em casa em especial se for num dia à noite ou em um feriado prolongado em q não haja atendimentos na cidade: 18:13 ✓

Além dos cuidados básicos já citados... pode também ser feito:

Aumento da ingestão de líquidos (beber mais água/sucos/chás); Lavagem nasal e nebulização com soro fisiológico (só o soro) 18:15 ✓

Pra quem nunca fez lavagem nasal com soro fisiológico em nariz catarrento vou mandar um videzinho: 18:16 ✓

**SAL PRO CATARRE**

Nariz entupido: como tratar resfriado infantil | limpeza nasal com soro #NarizEntupido #CriançaGripada #S... [www.youtube.com](https://youtu.be/dF3F9DU_9qY)

[https://youtu.be/dF3F9DU\\_9qY](https://youtu.be/dF3F9DU_9qY) 18:19 ✓

Não precisa ser tanto soro, tipo... Bebezinho recém nascido as x 1ml em cada narina já está ótimo. 18:20 ✓

E não se preocupem que a criança não afoga 🙄 18:20 ✓

Porém AVISO não eh pq vc esta fazendo os cuidados básicos que não há necessidade de consulta

Digite uma mensagem

19:09

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...

Bom dia 09:37 ✓

Hj vamos falar sobre saude na melhor idade 09:38 ✓

Um dos muitos pontos q Capanema tem de favoravel é o bom suporte para a qualidade de vida na melhor idade q sao as associações de idosos e a pastoral da pessoa idosa. Aproveitem para participar e envolver seus familiares. 09:39 ✓

Eh comum na terceira idade problemas como as dores nas costas, as artrites, artroses, o alzaimer, diabetes, pressao alta... entre outros... 09:43 ✓

E exercitar o corpo e a mente como em atividades coletivas (como hidroginastica, danças, caminhadas, jogos de dama, bocha, xadrez... ) e em terapia ocupacional (como em grupos de tricô, pinturas e outros) podem prevenir e até minimizar esses problemas. 09:43 ✓

Vamos falar um pouco sobre a hidroginastica: 09:43 ✓

**BENEFÍCIOS DA HIDROGINÁSTICA**

Programa de esportes produzido em Curitiba. O Sporttime mostra os benefícios da hidroginástic... [www.youtube.com](https://youtu.be/...)

[https://youtu.be/.../isV-08ifpBo](https://youtu.be/...) 09:44 ✓

Digite uma mensagem

19:08

PSF São José - Capanema  
Celso Dono Da Oficina De Balançamento ...

Guia Alimenta

ensina 10 sim

alimentação e

[www.youtube](https://youtu.be/...)

[https://youtu](https://youtu.be/...)

**Receitas**

Informações sobre p

diabetes para médic

[www.diabetes.org](https://www.diab.../receitas)

<https://www.diab.../receitas>

Aqui tem várias r

brasileira de diab

saudáveis para q

É um exemplo de

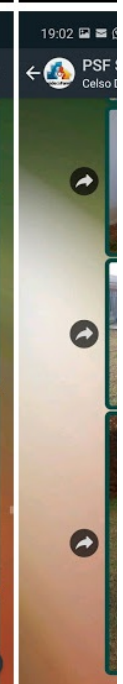
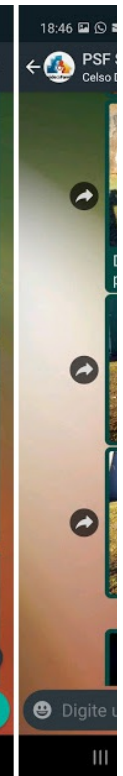
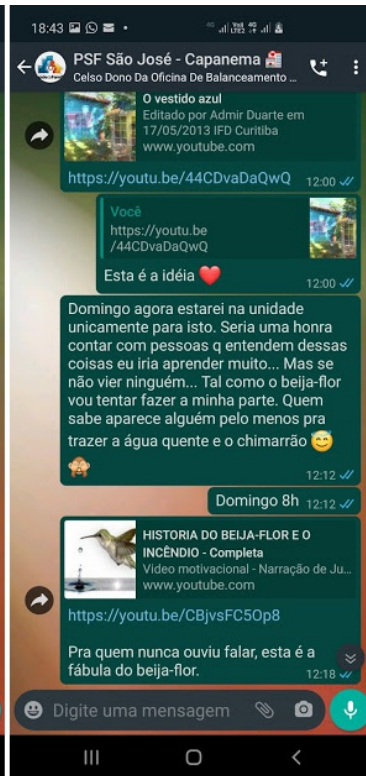
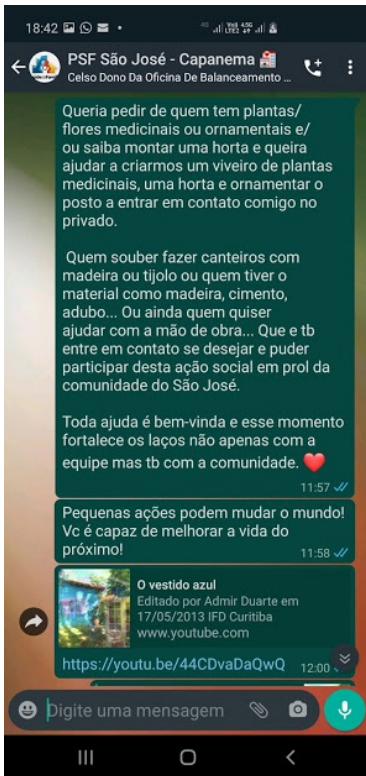
precisa parar de e

apenas precisa de s

redução do se

Digite uma mensa





## 6. ANEXOS

