



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

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO E
PLANEJAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE "BRIOLÂNDIA" EM ORTIGUEIRA - PR**

ARTUR DE PAULA SANTOS

NATAL/RN
2020

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
AÇÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
"BRIOLÂNDIA" EM ORTIGUEIRA - PR

ARTUR DE PAULA SANTOS

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 à Claudia Marcondes, que tornou mais bonito os meus dias como médico de família
no Estado do Paraná.

Dedico esse trabalho ao senhor José Ribeiro, paciente inesquecível.

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Relato de Microintervenção	8
3. Considerações Finais	13
Referências	14

1. INTRODUÇÃO

O desafio de promover saúde na atenção primária requer do médico de família muitos outros atributos além da própria habilidade clínica necessária para o ato médico. Para atuação plena de sua função, é necessário conhecer a complexa trama que compõe o sistema de saúde, sua organização, hierarquia, preceitos e diretrizes, conceito de território e domínio sobre políticas públicas de saúde. Neste trabalho, descreve-se uma série de intervenções que se dão na Unidade Básica de Saúde (UBS) de "Briolândia", localizada na área rural do município de Ortigueira, na região norte do estado do Paraná. Sendo o terceiro maior município em extensão territorial do estado, Ortigueira possui inúmeras comunidades rurais que contam com pequenos postos de saúde.

A UBS "Briolândia" localiza-se em uma comunidade rural de mesmo nome, a cerca de 50 km do centro da cidade. Trata-se de uma unidade simples, de estrutura precária, composta por um número restrito de profissionais: um médico, uma técnica de enfermagem e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Seu acesso é difícil e seu território é amplo. Conta com cerca de 870 usuários cadastrados, com população predominantemente de baixa renda, pouca escolaridade e atividade laboral quase exclusivamente rural.

O ponto de partida da intervenção foi na área "acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada", tema estratégico para um funcionamento organizado e justo das consultas clínicas, uma vez que estabelece o fluxo, volume de atendimento e suas prioridades conforme verificado a partir de um acolhimento e triagem adequados. Atualmente este quesito ocorre quase que de forma "anárquica" na UBS "Briolândia", afinal, não há um método sistematizado para organização da demanda.

Em seguida, serão abordadas as áreas "atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento" e "atenção à saúde mental na atenção primária à saúde". A primeira se torna crucial uma vez que é cada vez menor o número de atendimentos regulares de puericultura na referida UBS, fato atribuível tanto a falta de organização por parte da própria unidade, bem como pelo imaginário local de que esse tipo de atendimento deve se dar prioritariamente por médico pediatra. Por fim, o tema saúde mental, assunto ora estigmatizado ora negligenciado por parte dos médicos de família. É inegável a falta de critério para o uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde (APS) e a inércia terapêutica presente nos cuidados desses doentes, fato que denota a clara importância de uma intervenção nesse aspecto.

A finalidade desse trabalho é criar de forma deliberativa estratégias que tornem mais eficiente a abordagem dessas áreas. No caso, organização sistemática da demanda; acompanhamento ativo das crianças conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e mais humano e criterioso o diagnóstico e tratamento em saúde mental. Mais do que intervenções pontuais, busca-se dessa forma uma mudança de paradigma: outras formas de atuar sobre tais problemas, partindo ainda da premissa de que serão modificações efetivas e

duradouras. Espera-se ainda que a experiência sobre tais intervenções sirva não apenas para otimização de um serviço, mas para a qualificação dos profissionais enquanto equipe de saúde e como exemplo para outras UBS que vivenciam situações semelhantes.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Tema estratégico para a APS, o acolhimento à demanda espontânea e programada configura-se como ferramenta fundamental para o funcionamento de uma UBS, afinal, além de sistematizar a forma e volume de atendimentos, pode proporcionar um acesso mais eficiente e justo aos serviços de saúde (GUSSO et al., 2019). No entanto, é inegável que em boa parte das vezes tais acolhimentos se dão de forma pouco estratégica, tendo como resultado um serviço desorganizado e longas filas de espera para consultas clínicas.

Tal fato não ocorre de forma diferente na UBS ‘‘Briolândia’’ que, sem uma metodologia sistemática e padronizada para o acolhimento da demanda, atua de forma quase que anárquica sobre esse tema, em que os atendimentos médicos ocorrem predominantemente por ordem de chegada à unidade, considerando de forma precária outros parâmetros que poderiam conferir maior acurácia na determinação da necessidade do atendimento médico para cada caso.

Dessa forma, este trabalho tem por objetivo criar estratégias - baseadas inclusive na experiência de outros serviços - de organização do acolhimento para as demandas programadas e urgentes, de forma a considerar parâmetros mais verossímeis do que simplesmente a ordem de chegada. É preciso considerar a complexidade das demandas e suas múltiplas variáveis para, a partir daí, organizar de forma sistemática o acolhimento.

O primeiro passo da microintervenção foi demonstrar à equipe da UBS a necessidade de se reestruturar o acolhimento. A partir desta premissa, foi instituída como primeira medida a diferenciação entre o perfil de atendimentos que ocorreriam nos turnos: pela manhã acolhimento das demandas agudas/urgentes; no período da tarde, acolhimento da demanda programada dividida em grupos, ocorridos em cada dia da semana, sendo eles os dos hipertensos e diabéticos, saúde mental, puericultura, pré-natal e visita domiciliar. Em seguida, determinou-se que a prioridade e o critério de inclusão nos atendimentos médicos não se dariam exclusivamente pela ordem de chegada.

Agora, na demanda espontânea seriam considerados a queixa principal, assim como, as possibilidades diagnósticas e os dados vitais de forma a conferir acurácia para a determinação de risco; já na demanda programada, seriam considerados ainda o tempo desde a última consulta dos casos crônicos, retornos preconizados em diretrizes, bem como parâmetros de controle das comorbidades. Tais intervenções se dariam prioritariamente por meio da atuação dos ACS e do profissional de enfermagem, reservando a decisão médica para os casos ambíguos.

Observou-se após tais intervenções uma redução das filas para consultas na demanda espontânea, uma vez que os casos agudos e desafios diagnósticos passaram a ter mais oportunidade de acesso. Além disso, o acompanhamento dos agravos crônicos se deu de forma mais sistematizada, possibilitando um acompanhamento mais longitudinal desses pacientes. Por outro lado, por se tratar de uma comunidade pequena, os grupos de puericultura e pré-natal

ficaram aquém da demanda sem, no entanto, causar prejuízos, uma vez que possibilitou outros tipos de atendimento no mesmo período.

A fim de tornar tais intervenções efetivas e duradouras, fica explícita a necessidade de um aprimoramento das ações, sobretudo quanto ao treinamento de habilidades técnicas da equipe de saúde. Isso inclui, por exemplo, o treinamento clínico sobre a interpretação dos dados vitais; parâmetros de gravidade; abordagem diagnóstica; manejo de agravos comuns como exemplo, infecção de via aérea superior e diarreia aguda e medidas de educação continuada, sobretudo em relação aos agravos e cuidados em saúde exigidos pelos grupos (DUNCAN et ali., 2013).

É inegável o aprimoramento em saúde após a sistematização dos diversos serviços que o compõem. Não seria diferente no contexto do acolhimento de demandas: a organização deste pilar fundamental em APS como estratégia de melhoria da prestação de serviço. As intervenções experimentadas na UBS "Briolândia" ainda são bastante iniciais. No entanto, suficientes para exibir melhorias e organização na dinâmica da unidade.

A segunda intervenção teve como objetivo de estudo a abordagem da criança no âmbito da APS. Uma das atribuições que diferenciam a Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Clínica Médica clássica é a necessidade de treinamento do profissional médico em saúde da criança. Além de ser um tema estratégico na APS é também um desafio para o médico generalista, tanto em relação ao atendimento clínico quanto pela organização dessa demanda em uma UBS. É indiscutível a importância dessa área do cuidado para a promoção de saúde pública, fato que demandou importantes intervenções na UBS "Briolândia".

Inicialmente foram constatados dois problemas básicos sobre o tema na referida unidade: a falta de organização por parte da equipe de saúde acerca da demanda em puericultura e atendimentos gerais em saúde da criança; e a falta de engajamento dos pais e responsáveis sobre a regularidade das consultas médicas e outras intervenções, sobretudo alimentados pelo imaginário de que o cuidado da população infantil deveria se dar apenas por um médico pediatra, equívoco bastante comum entre a população da cidade de Ortigueira - PR.

Tendo por base tais problemas e desafios, foram criadas estratégias de organização tanto da demanda como da sistematização dos atendimentos programados em puericultura, além de um trabalho de conscientização sobre o protagonismo do médico de família na promoção da saúde da criança. As intervenções descritas a seguir foram desenvolvidas pelos próprios membros da equipe de saúde, baseadas na percepção empírica do que deveria ser aprimorado na unidade em relação ao atendimento em saúde da criança.

Inicialmente o foco da intervenção se deu na organização da puericultura, uma vez que se trata de uma demanda programada em saúde da criança, como preconizado pelo MS, além de parte estratégica do cuidado e monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2012). Além disso, não havia grandes problemas em relação a demanda espontânea

das consultas pediátricas, uma vez que elas se davam de forma menos rotineira, sendo então organizada como parte da demanda dos atendimentos espontâneos gerais da UBS. Dessa forma, inicialmente foi levantado o número total de crianças da população que deveriam ser contempladas com consulta periódicas em puericultura e realizado o agendamento desses encontros com busca ativa, ora por visitas pessoais pelo ACS, ora através de contato telefônico.

Em seguida, foi iniciado o trabalho de convencimento das famílias sobre a importância dos atendimentos regulares em puericultura, bem como da capacidade técnica do médico generalista sobre essa prática. Tal intervenção se deu por meio de conversas em grupos, educação em saúde durante as próprias consultas, bem como pela demonstração clara e genuína do interesse e do cuidado do próprio médico pela saúde da criança através consultas médicas dignas e cuidadosas, tendo em prática a aplicação integral do método clínico e do interesse e preocupação absolutos sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Em um período relativamente curto de tempo foi possível observar os efeitos das nossas intervenções: maior assiduidade das crianças e seus familiares nas consultas agendadas, menor número de retorno por agravos agudos e uma aparente satisfação e confiança por parte das famílias e equipe na atuação do médico de família. Indiretamente, contribuiu ainda para um aprimoramento da curva de aprendizado e de toda a equipe em atendimento pediátrico, fato de valor extremo na prática em medicina generalista. No entanto, pelo número expressivo de crianças na área de abrangência, não foi possível acolher essa demanda em tempo mais oportuno.

Embora tenha havido uma ênfase na descrição das intervenções médicas nesta microintervenção, a persistência dos resultados se deve, sobretudo pela atuação da equipe de saúde sobre tais ações. Destaca-se a importância da enfermagem sobre a continuidade desse trabalho, a fim de tornar virtuosa e duradoura as mudanças ocorridas: são profissionais estratégicos em gestão do cuidado em saúde infantil, bem como protagonistas do diálogo entre UBS e população.

Essa intervenção foi descrita com especial entusiasmo e orgulho, particularmente, porque houve uma quebra de paradigmas na referida população. O médico de família deixa de ser apenas uma ferramenta burocrática de encaminhamento para o especialista (pediatra), mas se torna protagonista do ato médico sobre a promoção de saúde da criança, crescimento e desenvolvimento, agora com mais destreza e perícia, contando ainda com a confiança da sua própria comunidade.

E assim elegeu-se como prioridade na terceira intervenção discorrer sobre a atenção à saúde mental na APS. No entanto para elaborar estratégias de enfrentamento com impactos no território se faz necessário compreender o contexto inicial da doença mental no cenário mundial.

Na metade final do século XX a humanidade experimentou um intenso debate em saúde mental, sobretudo em relação à luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica. Em consequência disso, consolidou-se então a ideia de uma prática mais digna e humana em psiquiatria, hoje já amplamente praticada nos serviços de saúde. No entanto, ainda existe um certo déficit sobre o tema, principalmente em relação a banalização dos diagnósticos em saúde mental e sobre o mau uso dos psicofármacos (BRASIL, 2013).

Tão logo iniciado os atendimentos clínicos na UBS "Briolândia" ficou evidente uma clara discrepância entre as psicoterapêuticas ali empregadas e seus respectivos diagnósticos em saúde mental. Ocorria na verdade, de forma muito nítida, a aplicação pouco criteriosa dos psicofármacos, inclusive empregados de forma inapropriada (sobretudo na população idosa), além da falta de diagnósticos precisos sobre o real agravo mental que acometiam o paciente. Tais problemas geram não somente ineficiência terapêutica, mas também aumentam a chance tanto do uso inapropriado dessas medicações quanto aumento das consequências secundárias ao seus efeitos colaterais.

Dessa forma, essa microintervenção visa a desprescrição de medicamentos empregados de forma inapropriada ou pouco criteriosa, além da definição clara do diagnóstico em questão. As dificuldades sobre essas intervenções residem sobretudo na inércia terapêutica experimentada por médico e paciente, fato que justifica - por exemplo - a resistência de uma dessas partes sobre a modificação de um tratamento já empregado há anos, que nesse momento, pode já estar associado a alguma dependência química (como é o caso dos benzodiazepínicos) ou psíquica (que pode ocorrer na classe dos antidepressivos).

A microintervenção em questão foi iniciada através de busca ativa nas consultas clínicas de pacientes previamente diagnosticados e tratados por possíveis transtornos mentais. Depois da devida identificação, foi iniciado um trabalho de análise do diagnóstico recebido previamente por cada paciente e seu respectivo tratamento, tentando observar se havia, principalmente, coerência entre a terapia empregada e o referido agravo em saúde mental. No entanto, em boa parte das vezes, nem sequer havia registro em prontuário sobre o diagnóstico, fato que dificultava ainda mais a intervenção.

Identificado os erros, incoerências ou emprego de medicações inadequadas para um determinado diagnóstico ou perfil de paciente, foi iniciada a segunda etapa da intervenção, que consistia em: diagnóstico médico criterioso de transtornos em saúde mental, valendo-se de ferramentas com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10); troca de psicofármacos ou adequação de doses, tanto para os casos subtratados por inércia terapêutica quanto aos que sofriam de importantes efeitos colaterais; e desprescrição de psicofármacos inapropriados, sobretudo na população idosa, sendo o exemplo mais marcante a redução/retirada de benzodiazepínicos no "tratamento" de transtornos do sono.

Para os transtornos mentais que respondem rapidamente à terapêutica empregada, foi possível identificar de forma mais clara o resultado da intervenção como, por exemplo, na substituição do benzodiazepínico por uma droga adequada para o tratamento de insônia. Nos pacientes que experimentaram efeitos colaterais por conta do uso de psicofármaco, também foi possível observar a melhora do quadro após redução da dose ou substituição do fármaco. O exemplo mais comum seriam os idosos com tontura persistente e outros sintomas anticolinérgicos em uso de antidepressivos tricíclicos. Sobre o efeito oportuno do tratamento em outros diagnósticos, como transtornos de ansiedade ou de humor, faz-se necessário período maior de observação clínica.

Embora muito se tenha aprimorado em relação à saúde mental na UBS Briolância, muitas intervenções ocorreram de forma mais precária. Destaco a dificuldade de desprescrição no grupo de pacientes já em dependência química ou psíquica dos psicofármacos. Para alcançar melhores resultados nesse grupo, torna-se necessário medidas continuadas de educação em saúde, além de um vínculo mais forte entre equipe de saúde e usuário.

São muitos os desafios em em saúde mental na APS. É explícita a necessidade de um melhor treinamento dos médicos em saúde da família sobre o diagnóstico e manejo dos transtornos mentais. Parte dos problemas aqui descritos fora decorrentes de uma má prática médica em psiquiatria. Dessa forma, assim como em muitas outras situações, a educação em saúde de qualidade pode ser a resposta para mais um problema.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após alguns meses de aplicação intensa das microintervenções desenvolvidas neste trabalho, foi possível observar o potencial de mudança gerado a partir de projetos estratégicos em APS, mais do que nunca, fica perceptível a eficiência da prestação do cuidado pela equipe de saúde após muito deliberar sobre temas prioritários que norteiam a medicina de família e comunidade, bem como todas suas variantes complexas em cuidado e saúde.

No entanto, mantém-se a sensação de fragilidade sobre essas mudanças e melhorias após as microintervenções, sobretudo quanto à longevidade dessas ações. Nessa óptica entende-se como necessário o treinamento continuado dessas práticas, a fim de torná-las intrínsecas ao entendimento e à rotina de trabalho da equipe de saúde, de forma a não se tornarem obsoletas ou mesmo esquecidas após a chegada ou saída de um profissional na unidade.

Para que isso aconteça, é necessário que se crie um vínculo entre os profissionais, equipe e comunidade, como uma sensação de pertencimento e nessa lógica estabelecer um ambiente de trabalho desafiante, em que o objetivo comum seja sempre aprimorar a prestação de serviços em saúde à população. Na verdade, não há desenvolvimento sem que aconteça certa "perturbação" da rotina em uma UBS e nessa dinâmica se faz necessário romper paradigmas cristalizados no processo de trabalho da equipe e ampliar o olhar para novas possibilidades e esse movimento ainda que passível de resistência, foi realizado pela equipe, fato que justifica os resultados positivos das microintervenções na a UBS. No entanto, tanto a população quanto a equipe não estavam acostumadas a raciocinar sobre a necessidade de se realizar algumas mudanças no modo tradicional de trabalho e de refletir como conduziam a rotina de atendimento e, por isso, não vislumbravam outras soluções para os mais diversos problemas experimentados por eles.

Enfim, embora parte da atuação dos médicos de famílias seja efêmera ou passageira, a impressão de que as mudanças relatadas nesse trabalho terão uma efetividade persistente é bem marcante. A base dessa premissa não está firmada apenas em otimismo, mas em uma análise honesta de como medidas desenvolvidas pela própria equipe de saúde podem ser benéficas para o aprimoramento pessoal e coletivo no serviço público de saúde.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C, organizadores. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388p.