



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

IMPLEMENTANDO ACOLHIMENTO UNIVERSAL E
MULTIPROFISSIONAL À DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE CARAMBIÚ, EM MORRETES, PARANÁ.

RAYRA ALCURE SILVA

NATAL/RN
2020

IMPLEMENTANDO ACOLHIMENTO UNIVERSAL E MULTIPROFISSIONAL À
DEMANDA ESPONTÂNEA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CARAMBIÚ, EM
MORRETES, PARANÁ.

RAYRA ALCURE 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: DANIELE VIEIRA
DANTAS

NATAL/RN
2020

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso contou com a ajuda de várias pessoas,
dentre as quais agradeço:

Ao coordenador regional do Programa Mais Médicos Dr Rogério Luz Coelho Neto e à minha
facilitadora pedagógica Dr^a Daniele Vieira Dantas, que durante todo o período me
acompanharam pontualmente e deram o auxílio necessário para a elaboração da intervenção.

À Equipe Carambiú, em especial à querida enfermeira Rafaela Zanardi Bonzatto, por toparem
embarcar nas minhas loucuras.

Ao meu companheiro Bruno, meus pais e minha irmã, por estarem presentes e me apoiarem
sempre, independente da distância física que possa nos separar.

Dedico este trabalho à Equipe Carambiú, cujos membros me acolheram desde o primeiro dia.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. Introdução ----- | |
| ----- | 6 |
| 2. Relato de Microintervenção ----- | |
| ----- | 8 |
| 3. Considerações Finais ----- | |
| ----- | 11 |
| 4. Referências ----- | |
| ----- | 13 |

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Carambiú e sua equipe localizam-se no município de Morretes, no estado do Paraná, em uma região que, até o século XVI era território dos índios carijós e, a partir de 1646, com a descoberta de jazidas de ouro, passou a ser ocupada por interessados provenientes de São Paulo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), o território morretense apresenta 684580km², com população estimada em 2019 de 16.406 pessoas, sendo apenas 15,7% dessas pessoas empregadas com uma renda média de 1,9 salários mínimos, segundo dados de 2017.

A Equipe Carambiú, além da unidade homônima, é responsável por outras três UBS situadas em território rural, de nomes Candonga, Rodeio e Anhaia. Estima-se que as quatro unidades possuem, no total, 3.000 indivíduos cadastrados, com viés devido a dinamicidade do território, e de cadastros repetidos em duas ou mais unidades sob responsabilidade da mesma equipe. Como funcionários, temos uma médica 32 horas, uma enfermeira 40 horas, três técnicos de enfermagem 40 horas (as unidades Anhaia e Rodeio compartilham uma técnica) e quatro agentes comunitários de saúde (ACS) 40 horas (dois na unidade Carambiú, um na Rodeio, um na Anhaia e nenhum na Candonga). Há divisão de turnos de atendimento médico entre as unidades, de forma que cada uma tem cerca de dois turnos de atendimento por semana.

Nessas unidades, o modelo de cuidado era centrado no médico, e o acesso do usuário às consultas se dava por meio de fichas de atendimento limitadas, preenchidas por ordem de chegada, o que fazia com que os usuários chegassem muito cedo à unidade em busca de atendimento, muitas vezes menosprezando a possibilidade de atendimento de enfermagem.

Além disso, havia uma lacuna no controle de linhas de cuidado, como hipertensos, diabéticos e crianças, uma vez que estes pacientes eram atendidos somente mediante sua própria demanda espontânea, caso chegassem a tempo de conseguir uma “ficha”. Este modelo favorece a Lei dos Cuidados Inversos de Tudor-Hart, que infere que a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente com a necessidade da população abrangida (BROEIRO, 2016), além de ir de encontro aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), estabelecidos por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

Dessa forma, justificou-se, assim, a necessidade de intervir no modelo de acolhimento às demandas espontâneas e programadas realizado nas UBS em questão, a fim de reduzir as disparidades de cuidado na comunidade.

Além disso, a fim de que seja ofertado um serviço congruente com os princípios de equidade, integralidade e universalidade, é fundamental que os indivíduos portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs), crianças de até dois anos e outras populações de maior vulnerabilidade tenham acesso facilitado em relação aos demais. Para isso, é

importante conhecer a população adscrita ao território e desenvolver listas dos indivíduos que pertencem a uma ou mais linhas de cuidado, de maneira que eles tenham um atendimento programado de maneira multiprofissional, longitudinal e consonante com os atributos essenciais e derivados da APS (OLIVEIRA, 2013).

Dessa maneira, os objetivos desta intervenção são: substituir o modelo de acolhimento de fichas por acolhimento universal seguido de avaliação de risco e vulnerabilidade por meio da Classificação de *Manchester* adaptada para APS (MOREIRA, 2017); gerar listas dos usuários hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de dois anos, para coordenação e organização do cuidado; oferecer agendamento de consultas programadas aos usuários com queixas não urgentes e/ou pertencentes a uma ou mais linhas de cuidados; promover educação em saúde sobre a importância do atendimento de enfermagem e autocuidado.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

A microintervenção, para que fossem alcançados os objetivos propostos, atuou em duas frentes principais, sendo elas a implementação imediata de um novo sistema de acolhimento e a formulação de listas atualizadas dos pacientes pertencentes às linhas de cuidado principais.

O novo modelo de acolhimento, decidido e implementado pela equipe, foi o de consultas eletivas agendadas e acolhimento universal de demandas livres. Neste molde, os indivíduos que desejam passar por atendimento eletivo, seja médico ou de enfermagem, são encorajados a agendar uma consulta diretamente com o agente comunitário ou técnico de enfermagem, e comparecer na data e horário designados.

Em um primeiro momento, o atendimento programado de enfermagem foi restrito a coleta de preventivo, pré-natal e puericultura. Os demais usuários são agendados para atendimento médico. Ambos os profissionais têm um limite de seis agendamentos programados por turno, de modo que não haja sobrecarga devido ao número de demandas espontâneas, especialmente durante a transição do modelo de acesso. Já os pacientes sem agendamento prévio são acolhidos universalmente por meio de classificação de risco realizada pela enfermeira da equipe que, após aferição de sinais vitais e escuta da queixa principal, estratifica o risco de cada um. Para esta classificação, foi utilizado o protocolo de *Manchester* adaptado para a atenção primária (MOREIRA, 2017). Neste modelo, há cinco possíveis desfechos, marcados por cinco diferentes cores: azul, verde, amarelo, vermelho e preto.

A classificação azul engloba problemas ou queixas crônicas (mais de quinze dias), renovação de receita, requisição e/ou retorno de exames, encaminhamento/contrarreferência, atraso menstrual de menos de quatro semanas, atestado/laudos médicos, e tem o desfecho de agendamento de consulta eletiva. A verde, com desfecho de atendimento no dia pela enfermagem ou agendamento, engloba sintomas respiratórios sem febre (tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta), dores crônicas agudizadas, atraso menstrual de mais de quatro semanas, constipação intestinal, assadura em bebês e suspeita de pediculose e escabiose. Usuários classificados em amarelo, elencados para atendimento médico no dia, sem prioridade, são aqueles com queixas de diarreia aguda (mais de cinco episódios ao dia) com sinais de desidratação, dor abdominal aguda, dor de cabeça ou tontura sem alterações de sinais vitais, dor de ouvido, olho vermelho com irritação conjuntival, sintomas urinários (disúria, polaciúria, tenesmo vesical) associados ou não a dor lombar e prostração em crianças. Os indivíduos com classificação vermelha também terão atendimento médico no dia, com prioridade em relação aos demais, e são aqueles que se queixam de dor torácica, urgência e emergência hipertensivas ou hipotensão sintomática, hiperglicemia sintomática ou hipoglicemia, crise asmática, gestante com dor em baixo ventre ou perda de fluidos vaginais, suspeita de varicela e qualquer um que tenha temperatura axilar aumentada ($>37,8^{\circ}\text{C}$). Por fim,

os usuários classificados em preto são aqueles que requerem assistência médica imediata, motivo pelo o médico da unidade deve ser chamado e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) acionado já pela própria equipe de classificação, como é o caso de parada cardiorrespiratória, suspeita de evento cardiovascular, queimadura grave, traumas, crise convulsiva, insuficiência respiratória, agitação psicomotora, hemorragia ativa, entre outros.

Este protocolo, apesar de norteador das decisões clínicas, tem limitações em sua aplicação no contexto da atenção primária e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por sua característica essencialmente biomédica, não englobando situações de vulnerabilidade biopsicossocial comumente encontradas na sala de espera de uma UBS (MOREIRA, 2017). Portanto, a comunicação entre os membros da equipe é fundamental durante todo o processo, de modo que não ocorram iatrogenias por omissão ou prescrição inadequada, assim como quebra do vínculo entre os usuários - já acostumados com um modelo específico - e a equipe de saúde da família.

Também houve flexibilização de atendimento de consultas eletivas caso houvesse um número baixo de demandas espontâneas no dia, além da oportunidade de consultas por queixas agudas para retomar os cuidados de condições crônicas, por exemplo, solicitando exames de rastreio pertinentes, mesmo quando este não for o motivo da consulta.

A fim de proporcionar maior resolutividade da equipe e um maior quantitativo de procedimentos realizados por turno, especialmente no contexto de transição do modelo de cuidado centrado no médico, em vigor até então, para uma atenção multiprofissional, fez-se necessário capacitar e promover a educação permanente de todos os membros da equipe, além da população adscrita ao território. Para tal, utilizou-se como norte a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

Durante todo o processo de transição, os períodos interconsultas foram oportunizados para a educação dos membros da equipe, especialmente da enfermeira, para que ao exercer suas atribuições tivesse maior conhecimento, segurança, autonomia e resolutividade. Os demais membros da equipe ficaram com a responsabilidade de esclarecer os usuários sobre o novo modelo de acesso e estimular o agendamento de consultas eletivas para a enfermeira.

O segundo foco de intervenção foi na geração de informações estatísticas objetivas e confiáveis sobre a prevalência de condições clínicas e morbidades que requerem acompanhamento rotineiro, chamadas linhas de cuidado, como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças de até dois anos de idade. Estas informações são fundamentais para a gestão do SUS do micro ao macro, e permite a avaliação da dinâmica demográfica e as particularidades de cada território, auxiliando no planejamento e no monitoramento dos brasileiros cadastrados em cada unidade de saúde familiar, e requer uma análise contínua para

a retirada ou inclusão de cidadãos (PINTO, 2020).

Apesar de nos últimos anos o Ministério da Saúde ter implementado e difundido o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) para promover uma informatização qualificada do Sistema Único de Saúde, a realidade do cotidiano de muitas UBS é a impossibilidade de utilizar o *software* em sua totalidade, devido à falta de recursos fundamentais, como acesso à *internet* de banda larga de alta performance e computadores e impressoras em todos os postos de trabalho (SILVA, 2018).

As unidades coordenadas pela Equipe Carambiú contam com um único computador cada, localizado na recepção, sendo três em quatro UBS sem acesso à internet. Isso faz com que a principal forma de cadastramento de usuários ainda ocorra por meio de prontuário em papel, e que os dados cadastrais do e-SUS AB sejam desatualizados.

Assim, dadas as limitações, para que fossem obtidas as listas dos usuários pertencentes às linhas de cuidado, foi necessária a utilização de recursos alheios ao próprio Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A estratégia encontrada foi o desenvolvimento de uma planilha na plataforma *Google Sheets* a partir dos dados contidos nos prontuários de papel. As variáveis utilizadas foram: nome, gênero, data de nascimento, idade e comorbidades (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e transtornos de saúde mental). Para a atualização automática da idade, foi utilizada nas células referentes a essa coluna a função DATADIF, que calcula número de dias, meses ou anos entre duas datas, sendo que uma delas pode ser a data atual, independente de atualização manual.

A transcrição dos dados foi realizada manualmente pelos membros da equipe, em um processo que demorou algumas semanas. Essa foi uma oportunidade para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalhassem também na atualização dos dados cadastrais dos moradores da área de cobertura dos postos, atualizando a planilha e o e-SUS AB, especialmente em casos de usuários residentes fora da área de abrangência, óbitos e demais dados da ficha A. Vale ressaltar que, dado que o território é, por sua natureza, mutável e dinâmico, o processo de atualização de fichas deve ser uma constante no trabalho dos profissionais de uma equipe de ESF, em especial dos ACS (COLUSSI, 2016).

Após a compilação dos dados na planilha, foram criados filtros para a geração das listas pretendidas. Com as listas em mãos, é possível coordenar o cuidado dos pacientes de maior vulnerabilidade clínica, realizando agendamentos programados e buscas ativas em caso de necessidade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que uma Atenção Primária à Saúde bem organizada traz impactos positivos na saúde da população e torna o sistema de saúde mais eficiente, sendo uma importante estratégia para diminuir as iniquidades e alcançar os princípios fundamentais do SUS.

A atenção no primeiro contato é um dos atributos essenciais da APS e engloba conceitos como o da acessibilidade, definida como a capacidade do usuário de obter cuidados de saúde sempre que necessitar de maneira fácil e conveniente. O estudo desse atributo é fundamental para identificar possíveis obstáculos à ida do usuário à UBS, seja no âmbito geográfico ou de organização do serviço de saúde.

Um grande obstáculo à acessibilidade à UBS Carambiú era a disponibilidade de consulta em quantia limitada, por ordem de chegada, o que dificultava o acesso dos indivíduos que moram mais afastados do posto e dos que têm dificuldade de locomoção de qualquer maneira. Isso tornava o sistema iníquo e favorecia a Lei dos Cuidados Inversos.

Além disso, a população e gestão do município de Morretes subestimava a função do profissional de enfermagem na APS, ressoando um modelo ultrapassado de atenção curativista, hospitalocêntrico e centrado na consulta médica.

A microintervenção no acolhimento à demanda espontânea pela Equipe Carambiú atingiu seus objetivos e teve impacto positivo na qualidade do cuidado prestado à população adscrita, proporcionando maior organização, diminuição do tempo de espera e continuidade do cuidado.

A organização do ambiente de espera teve impacto positivo na qualidade do atendimento prestado tanto a nível de recepção como a própria consulta médica. Com a possibilidade de agendamento prévio, os usuários pertencentes a linhas de cuidado têm o retorno agendado assim que saem da consulta, e o princípio de longitudinalidade do cuidado é melhor empregado.

Com a capacitação da enfermeira, que passou a realizar atendimento de demandas não urgentes, encaminhar exames e medicações de acordo com a preconização dos manuais da APS, houve aumento do quantitativo de consultas por turno e, conseqüentemente, da resolutividade da equipe. Ao contrário do que se acreditava, o atendimento da enfermagem foi bem aceito pela população, assim como o modelo de agendamento de consultas eletivas programadas.

Há campo para melhora, especialmente quanto às linhas de cuidado. Com o advento da pandemia pelo novo Coronavírus, a atualização dos dados cadastrais da ficha A pelos Agentes Comunitários de Saúde ficou estacionada. Contudo, mesmo com o atraso, as listas de hipertensos e diabéticos foram úteis na busca ativa organizada desses usuários durante a pandemia para realização dos exames de rotina pertinentes.

Conclui-se, então, que mudanças simples na forma de acesso dos usuários ao

serviço de saúde, assim como a capacitação da enfermeira para que atuasse em um perfil generalista e competente para o trabalho multidisciplinar, foram capazes de diminuir a iniquidade e promover maior resolutividade na atenção à saúde da população adscrita ao território.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BROEIRO, Paula. Justiça social e lei dos cuidados inversos. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 32, n. 3, p. 167-169, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2020.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiuscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**: série formação para a atenção básica. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acesso em: 31 jul. 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Morretes**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/morretes/panorama>. Acesso em: 03 ago. 2020.

MOREIRA, Danielle de Araújo *et al.* MANCHESTER TRIAGE SYSTEM IN PRIMARY HEALTH CARE: AMBIGUITIES AND CHALLENGES RELATED TO ACCESS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e5970015, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020. Epub June 05, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005970015>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PINTO, Luiz Felipe; SANTOS, Leda Jung dos. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1305-1312, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232020000401305&lng=en&nrm=iso. Acesso: 11 ago. 2020. Epub Apr 06, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.34132019>.

SILVA, Talita Ingrid Magalhães et al. Difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2945-2952, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000602945&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 11 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0053>.