



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

**INTRODUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA
ESPONTÂNEA E PROGRAMADA DO PSF3 - COMUNIDADES RURAIS DO
MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO SABUGI/RN**

EDIVALDO PEREIRA GUEDES FILHO

NATAL/RN
2020

INTRODUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA
E PROGRAMADA DO PSF3 - COMUNIDADES RURAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO
DO SABUGI/RN

EDIVALDO PEREIRA GUEDES FILHO

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: ISABELLE KATHERINNE
FERNANDES COSTA

NATAL/RN
2020

Inicialmente, gostaria de agradecer a minha família especialmente, meus pais que sempre me apoiaram com tudo que eu precisava, minha mãe Francineide Maria de Souto, por me dar apoio e carinho em toda jornada da minha vida, e a meu pai Edivaldo Pereira Guedes que me proveu sustento e carinho em toda minha formação. Um agradecimento especial a companheiro Osmar Tenório que é meu exemplo de humildade e força de vontade, sempre pronto a me receber de braços abertos. E não menos importante a toda minha equipe, enfermeira, técnicos, ACSs, ASG, dentista, e a gestão, sempre prontos a me ajudar em novas empreitadas e incentivando novos meios de cuidar da saúde da população.

Dedico este projeto à minha família, companheiro e amigos que sempre estiveram presentes direta ou indiretamente em todos os momentos de minha formação. Dedico também à todos os que contribuíram de alguma maneira para a realização desde projeto de pós-graduação.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. TÍTULO.....	2
2. AGRADECIMENTO.....	3
3. DEDICATÓRIA.....	4
4. INTRODUÇÃO.....	6
5. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....	8
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
7. REFERÊNCIAS.....	12
8. APÊNDICE.....	13
9. ANEXOS.....	15

1. INTRODUÇÃO

São João do Sabugi é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Norte. Localiza-se na região do Seridó, a uma distância de 293 quilômetros a sudoeste da capital do estado, Natal. Ocupa uma área de 277,010 km². A população do município foi estimada no ano de 2015 em 6 218 habitantes, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo então o nonagésimo nono mais populoso do estado (IBGE, 2010).

A cidade conta com 4 estabelecimentos de saúde, três ESFs e uma unidade de pronto atendimento, em que são realizados procedimentos da atenção básica e de baixa complexidade; casos que exigem procedimentos de maior complexidade são referenciados a municípios de maior porte.

Ao chegar ao município, foram criadas expectativas específicas em relação ao programa, a saber: aprimorar a experiência e a vivência em atenção básica e saúde da família, ajudar a população local com prevenção e educação em saúde, extinguindo vícios e maus hábitos. Ao chegar à cidade, houve um excelente acolhimento pela secretária de saúde e a coordenadora da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do local, e foi marcada, de imediato, para o dia seguinte uma reunião de equipe, para conhecer os integrantes da equipe, montar cronograma e ser realizada uma apresentação formal.

A área da Unidade de saúde PSF3 - Comunidades Rurais era 100% rural, eram realizadas visitas aos sítios, e atendimentos nos postos que são utilizados como ancoras para os sítios, sempre seguindo um cronograma e realizando rodízio das áreas que necessitavam de atendimento. Hoje, a área atendida cresceu e obteve a aquisição de um novo agente de saúde com famílias da zona urbana além de áreas que antigamente eram classificadas como rurais e foram urbanizadas, tornando a área mista, porém ainda predominantemente rural. A equipe é composta por: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, odontóloga, auxiliar de serviços gerais e sete agentes de saúde atualmente, a área é 100% coberta pelos agentes. Não contando com recepcionista ou vigilante.

São realizados atendimentos de hiperdia, pré-natal, puericultura, renovação de receitas. Também contamos com o apoio matricial do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que é composto por fonoaudióloga, psicólogas, fisioterapeutas, nutricionista, educadores físicos. A maior dificuldade encontrada até o momento foi o acesso dos pacientes aos serviços de saúde devido à distância dos sítios da zona rural, o grande número de usuários de psicotrópicos (onde já foi realizado um processo de desmame e educação popular para conscientização da população a respeito do uso dessas medicações), e um grande número de idosos que moram sozinhos e tem dificuldade do uso de medicações da forma correta e nos horários corretos.

Após avaliação local e das necessidades da unidade de saúde em questão decidiu-se que deveríamos escolher o seguinte tema para a intervenção local: o acolhimento à demanda

espontânea e programada em uma tentativa de melhor organizar a grande demanda espontânea que procura a unidade de saúde sem um agendamento prévio, dessa forma melhor organizar o fluxo e programar parte dessa demanda para maior conforto dos usuários.

A partir da escolha do tema supracitado tem-se como objetivo desta microintervenção mudar a ótica do acolhimento, organizando o acolhimento à demanda espontânea e programada do PSF3 Comunidades Rurais do município de São João do Sabugi/RN.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Como já relatado a dificuldade de acesso na unidade de saúde, comunidades rurais ESF3, em São João do Sabugi é uma das principais reclamações advindas dos usuários. Tanto determinado por fatores relacionados a distância dos sítios ao polo da cidade, quanto a fatores de grande fluxo de pacientes determinando a desistência de alguns.

O cronograma de visitas era realizado de casa a casa que impossibilitava uma visita ágil e dificultava o acesso dos que realmente precisavam; o atendimento classificado por dias e tipo de usuários também dificultava o acesso desses pacientes (HIPERDIA, puericultura, gestantes, entre outros).

Quando se pensa em acesso avançado é visto logo de início que alguns tipos de organização geram prejuízo aos usuários, como a distribuição de fichas, ou ainda a segregação dos atendimentos por grupos, como HIPERDIA, gestantes puericultura, dessa forma os que não conseguirem as “fichas” ou que não se enquadrarem nos grupos prioritários, do dia, não seriam atendidos. Gerando dessa forma uma grande segregação e descontentamento por parte dos usuários.

Logo para que possamos organizar o atendimento e o acolhimento não podemos pensar apenas em demanda espontânea, mas sim em um conjunto de atividades tem como objetivo atender as necessidades da comunidade. E o acesso avançado vem para fazer com que acabe com essa discrepância, que utiliza a classificação de Manchester (ANEXO 1), não no intuito de dar diagnósticos, mas sim classificar as prioridades clínicas. Quebrando a ideia de ação pontual, centrada na doença e não no usuário e suas necessidades.

Com essa triagem baseada na classificação de Manchester o atendimento torna-se garantido e igualitário, priorizando quem realmente necessita. E tem um impacto positivo sobre a história natural da doença, principalmente naquelas que tem necessidade abordagem imediata.

Dessa forma vemos que o acolhimento com classificação de risco, dispositivo da Política Nacional de Humanização, mostra que para promover mudanças nos modelos de atenção e gestão tem-se que romper com o antigo modelo de atendimento por ordem de chegada.

Logo podemos concluir que o objetivo primordial do acesso avançado é atender diariamente as demandas dos pacientes, fazendo o trabalho do dia no próprio dia. Com a realização de reuniões mensais com todos os integrantes da equipe de saúde foi visto a necessidade da criação de um novo cronograma de atendimento para maior abrangência de atendimentos e de usuários, em diferentes localidades (APÊNDICE 1).

Também foi abordado por essa intervenção o modelo de visita domiciliar, o qual era antiquado e não classificava os pacientes que seriam visitados, gerando um grande abismo temporal entre as visitas domiciliares, prestando assistência ineficiente a quem realmente precisava e dando prioridade, muitas vezes a pacientes que poderiam se deslocar com

facilidade até a unidade de saúde.

Mas o que realmente é visita domiciliar? A visita domiciliar é um tipo de cuidado que visa a promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, sendo desenvolvida em um espaço extra unidade de saúde. Com intuito de minimizar o processo saúde-doença (CADERNO DE ATEÇÃO DOMICILIAR, 2013).

Para montar o melhor cronograma de visita domiciliar e eleger de forma equânime os pacientes que seriam beneficiados foram adotados três passos: identificação dos pacientes/famílias elegíveis, classificação da complexidade dos elegíveis e elaboração do plano de cuidado. Isso foi feito a partir da confecção de uma tabela para a classificação das famílias baseado nos CRITÉRIOS DE UFES (APÊNDICE 2). Que foi elaborado em conjuntamente pelo médico e pela enfermeira da unidade de saúde, em uma reunião fechada, para posterior capacitação dos agentes de saúde.

Logo, com a ajuda dessa tabela foram elencadas as prioridades de visita, diminuindo as visitas sem critérios, ou realizadas por questões apenas subjetivas e indicações dos agentes comunitários de saúde, transformando esse processo conciso, decisivo e planejado.

Para a classificação das famílias a serem visitadas foi confeccionado uma tabela baseado na escala de coelho (ANEXO 2 E APÊNDICE 2) e nos critérios de UFES, e apresentado para toda a equipe em reunião de equipe no dia 03/12/2019, entregue a cada agente de saúde uma copia pra classificação de todas as famílias de sua micro área, para que fosse dado início em janeiro as visitas já com classificação de risco. Após essa classificação e o recesso natalino foi dado início em janeiro as atividades propostas.

Para a execução dessas atividades acima citadas foi realizado outra reunião de equipe no dia 07/01/2020 na qual foi apresentado, aprovado e finalizado um novo cronograma de atendimento e de visitas domiciliares, para melhorar o acesso e a distribuição do atendimento já que a área do ESF é predominantemente rural.

O cronograma foi baseado na divisão dos dias entre atendimentos a domicilio, atendimentos na base da cidade e atendimentos nas duas bases situadas na zona rural.

Segundas o atendimento foi mantido na cidade (FOTO 1 a 4), devido ser dia de “feira”, em que grande parte da população rural vai para cidade em carros, ônibus e vans, dessa forma o acesso disponibilizado na própria cidade torna-se essencial, sem fichas ou senhas, todos são ouvidos e direcionados para os atendimentos. Nas terças são realizadas visitas domiciliares das famílias previamente classificadas com a escala explicada anteriormente, nas quartas o atendimento retorna para a cidade e, por fim, nas quintas feiras ocorre um rodízio entre três comunidades, das quais, duas comportam bases físicas mantidas pela prefeitura (Cacho (FOTO 5) e Jerusalém) e Caiçaras onde não existe base física, porém sempre algum morador cede o espaço de sua casa, igreja ou associação pra que ocorram as consultas dessa comunidade. Dessa forma o atendimento ocorre sem fichas ou senhas dentro das comunidades no Cacho a

cada 15 dias e uma vez por mês em Jerusalém e Caiçaras. Com esse novo cronograma e modo de atendimento pretende-se facilitar o acesso do usuário levando a unidade de saúde para o mais perto possível da casa dos usuários.

Para manutenção e fixação das atividades propostas pela micro intervenção apresentada houve a realização de uma reunião de apresentação do novo cronograma e micro intervenção a gestão do município, com a presença secretária de saúde e do coordenador da atenção básica de saúde (FOTO 7). Além de atualizações constantes dos agentes de saúde a respeito da temática, reclassificação esporádica das famílias, e manutenção das reuniões mensais com todos os membros da equipe.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje vê-se que ao chegar para o atendimento todos os usuários são recepcionados pela técnica em enfermagem da ESF que os direciona para o atendimento necessário, se for atendimento médico ou da enfermagem o mesmo é triado, verificado sua queixa e verificado sinais vitais. Todas as queixas são ouvidas e é tentado direcioná-lo pra resolução da mesma ainda no mesmo turno. Caso o usuário não queira atendimento no dia existe a opção de agendar sua consulta para outro turno ou dia, a sua preferência, nunca saindo sem algum direcionamento para sua dúvida.

Dessa forma as reclamações que eram notórias, principalmente sobre dificuldade de acesso, foram em sua maioria sanadas com a criação do novo cronograma (APÊNDICE 1) com ampliação dos atendimentos pra outros dois pontos localizados dentro dos sítios (unidades bases), com o atendimento com acesso avançado e classificação de risco, atendendo todas as demandas do dia no mesmo dia. Evitando viagens longas e difíceis realizadas pelos usuários que são em sua grande maioria da zona rural.

A principal limitação notada, apesar dos esforços da equipe, foi o distanciamento físico, que apesar de todos os esforços ainda representa um grande empecilho, que ainda gera grande evasão de pacientes com queixas pequenas e preferem procurar os serviços de urgência em horários mais “cômodos”.

Já nos dias de visita domiciliar, foi observado que, elas se tornaram mais importantes, diretas e selecionadas, do ponto de vista que as famílias visitadas são famílias que realmente necessitam, já que foram selecionadas pela contagem dos pontos da escala confeccionada pelo médico e enfermeira baseado nos Critérios de UFES (adaptação da escala de Coelho) para as visitas domiciliares (APÊNDICE 2), dessa forma atingindo maior quantidade de usuários e dando atenção domiciliar aos que mais precisam.

Ainda assim viu-se que os agentes comunitários deixam-se levar pela proximidade com alguns moradores, ou pressão social e política, dessa forma ainda são feitas algumas visitas que não estão de acordo com a classificação proposta pela micro intervenção.

De modo geral viu-se uma evolução e aceitação de todos (equipe, população e gestão), o que facilitou sua implantação, manutenção e facilitará continuidade do projeto, trazendo grande benefício a saúde do município.

4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ademilde Machado et al . Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jan. 2020.

BRASIL, Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010 . Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em 26 Jan. 2020.


IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2010.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DE SANTA CATARINA. Biblioteca virtual em saúde, 2020. Como organizar o acolhimento em saúde. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/como-organizar-o-acolhimento-em-saude/>> . Acesso em 26 Jan. 2020.

PIRES FILHO, Luís Antônio Soares et al . Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 121, p. 605-613, Apr. 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Jan. 2020. Epub Aug 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912124>.

5. APÊNDICE

APÊNDICE 1



Calendário UBS III Comunidades Rurais por Microáreas / ACS

2020

Semanas	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
1ª	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ENFERMAGEM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	VISITAS DOMICILIARES (acamados) JAICE	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ENFERMAGEM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	ATENDIMENTO Médico+Enfermagem+Odontológico CACHO	ATENDIMENTO Enfermagem+Odontológico
2ª	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ENFERMAGEM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	VISITAS DOMICILIARES (acamados) MARLEIDE	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ENFERMAGEM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	ATENDIMENTO Médico+Enfermagem+Odontológico JERUSALÉM	ATENDIMENTO Enfermagem+Odontológico
3ª	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ENFERMAGEM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	VISITAS DOMICILIARES (acamados) GILBERTO	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ENFERMAGEM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	ATENDIMENTO Médico+Enfermagem+Odontológico CACHO	ATENDIMENTO Enfermagem+Odontológico
4ª	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	VISITAS DOMICILIARES (acamados) EDINALDO	MEDICO (M e T) ATENDIMENTO NA ZONA URBANA ENFERMAGEM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (agendado e demanda livre)	ATENDIMENTO Médico+Enfermagem+Odontológico CAIÇARAS	ATENDIMENTO Enfermagem+Odontológico

LEGENDA PARA Cronograma PSF III EQUIPE 2020

Segundas o atendimento se mantém na cidade, devido ser dia de “feira”, em que grande parte da população rural vem para cidade em carros, ônibus e vans, dessa forma o acesso disponibilizado na própria cidade torna-se essencial, sem fichas ou senhas, todos são ouvidos e direcionados para os atendimentos. Nas terças vamos fazer visitas domiciliares das famílias previamente classificadas com a escala explicada anteriormente, nas quartas o atendimento retorna para a cidade e por fim nas quintas feiras fazemos um rodizio entre três comunidades às quais em duas existem bases físicas mantidas pela prefeitura (Cacho e Jerusalém) e por fim Caiçaras onde não existe base física, porém sempre algum morador cede o espaço de sua casa, igreja ou associação pra que ocorram as consultas dessa comunidade. Dessa forma estamos atendendo sem fichas ou senhas dentro das comunidades no Cacho a cada 15 dias e uma vez por mês em Jerusalém e em Caiçaras.

APÊNDICE 2

Escala de Risco Familiar - ESF 3 - Microárea:																			
Pontuação	Nº de Família	Acamado	Deficiência Física	Deficiência Mental	Baixas Condições de Saneamento	Desnutrição (grave)	Drogadição	Desemprego	Analfabetismo	Menor de Seis Meses	Maior de 70 Anos	Hipertensão Arterial Sistêmica	Diabetes Mellitus	Relação Morador/Cômodo	Escore:				
															Verde	Azul	Amarelo	Vermelho	
																R0 (0-4)	R1 (5-6)	R2 (7-8)	R3 (+9)
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			

6. ANEXOS

ANEXO 1 CLASSIFICAÇÃO DE MANCHESTER

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0. PRIORIDADE ZERO (VERMELHA)
ENCAMINHAR DIRETAMENTE PARA A SALA DE RESSUSCITAÇÃO E AVISAR A EQUIPE MÉDICA, ACIONAMENTO DE SINAL SONORO. NÃO PERDER TEMPO COM CLASSIFICAÇÃO. ATENDIMENTO EM 15 MINUTOS. EM MORTE IMINENTE. (EXEMPLO: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, INFARTO, POLITRAUMA, CHOQUE HIPOVOLÊMICO, ETC.)

1. PRIORIDADE I (AMARELA)
ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA IMEDIATA; URGÊNCIA, AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 30 MINUTOS. ELEVADO RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: TRAUMA MODERADO OU LEVE, TCE SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA, QUEIMADURAS MENORES, DISPNEIA LEVE A MODERADA, DOR ABDOMINAL, CONVULSÃO, CEFALÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS SINTOMÁTICOS, ETC.)

2. PRIORIDADE II (VERDE)
ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR. AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE. SEM RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)

2. PRIORIDADE II (VERDE)
ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR. AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE. SEM RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICOS, ETC.)

ANEXO 2 ESCALA DE COELHO E SAVASSI

Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 – risco menor – a R3 – risco máximo

Escore 5 ou 6 = (R1)

Escore 7 ou 8 = (R2)

Maior que 9 = (R3)

Classificação das famílias segundo a pontuação.

ANEXOS FOTOS

Em anexo vemos fotos da Unidade base da cidade (foto1), sua sala de espera (foto 2) e sua triagem/acolhimento (foto 3). No dia 23 de janeiro de 2020 fizemos visita ao sítio Cacho, com a equipe composta por técnica de enfermagem, dentista e técnica em saúde bucal e o medico (foto 4), a unidade Cacho é dentro da zona rural, na vila cachos, possui salas amplas e climatizadas, oferecendo conforto e bom acolhimento aos usuários e funcionários (foto 5). Foto da reunião do dia 28 de janeiro de 2020 com a presença dos ACSs para fechamento do cronograma e capacitação dos mesmo a respeito da classificação de risco para as visitas domiciliares (foto 6). Foto da apresentação do novo cronograma e micro intervenção a gestão do município, com a presença secretária de saúde (foto 7).

Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6



Foto 7

