



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

**PROMOÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA APRIMORAR O
ACOLHIMENTO E A SAÚDE DA CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE NOÊMIA ARAGÃO NO MUNICÍPIO DE LAGOA DE ITAENGA - PE**

BRUNA VICK DE OLIVEIRA VICTOR

NATAL/RN
2021

PROMOÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA APRIMORAR O ACOLHIMENTO E A
SAÚDE DA CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOÊMIA ARAGÃO NO
MUNICÍPIO DE LAGOA DE ITAENGA - PE

BRUNA VICK DE OLIVEIRA VICTOR

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: MARCOS JONATHAN
LINO DOS SANTOS

NATAL/RN
2021

RESUMO

O presente trabalho refere-se a um relato de experiência vivenciada no âmbito da atenção primária em saúde. Trata-se de relatos sobre a implementação de estratégias com o objetivo de melhorar o acolhimento e a saúde da criança na Unidade Básica de Saúde Noêmia Aragão, no município de Lagoa de Itaenga – PE. O planejamento estratégico situacional das ações fundamentou-se no levantamento de dados de prontuários, sistema e-SUS, na observação diária e revisão de literatura, visando implementar ações factíveis de executar para aprimorar esses setores nessa unidade de saúde. Os resultados alcançados foram gratificantes e bastante satisfatórios, apesar de todas as dificuldades enfrentadas para colocar em prática o plano de ação. Em suma, acredita-se que reorganizar os processos de trabalho, além de aprimorar os serviços em saúde, permite efetivar na prática os preceitos dos SUS, destacando que entre eles, que a APS é a porta de acesso a RAS, portanto, deve ser fortalecida para promover a universalidade, integralidade, longitudinalidade, acessibilidade e equidade da assistência e cuidado da população.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	03
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	05
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	08
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

Esse estudo trata-se de relatos de experiência vivenciado no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Nesses relatos abordam sobre a execução de microintervenções na Unidade Básica de Saúde (UBS) Noêmia Aragão, na cidade de Lagoa de Itaenga – PE. Os relatos abordam sobre as questões relacionadas com a Demanda Espontânea e Programada; Saúde da Criança e Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A finalidade dessas microintervenções, foi observar, analisar e identificar os principais problemas de saúde no contexto dessa unidade sanitária. Dessa forma, as intervenções foram direcionadas para promover a efetivação do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada; fortalecer a imunização de crianças menores de cinco anos e por último reorganizar e aprimorar os atendimentos dos pacientes do grupo HIPERDIA. As microintervenções fundamenta-se no Planejamento Estratégico Situacional e no levantamento de dados epidemiológicos e bibliográficos. Em suma, diversas dificuldades foram enfrentadas para implementar as ações estratégicas nessa unidade de saúde, as quais relaciona-se diretamente com fatores comportamentais tanto por parte dos profissionais da saúde, como também, por parte da população, que devido a incompreensão de como funciona a organização dos serviços em saúde.

Contextualizando a localidade, a cidade de Lagoa de Itaenga é uma cidade que faz parte do Estado do Pernambuco. O município estende-se por um território de 57,3 km², apresenta uma população de 21.429 habitantes, conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Geográfico (IBGE). Aponta-se uma densidade demográfica de 374,1 habitantes por km². As cidades que fazem fronteira com Lagoa de Itaenga são: Glória do Goitá, Carpina e Feira Nova, sendo que, Lagoa de Itaenga se situa a 7 km ao Norte-Leste de Glória do Goitá a maior cidade nos arredores (PREFEITURA MUNICIPAL LAGOA DE ITAENGA – PE, 2019).

O município de Lagoa de Itaenga, foi criado por meio da Lei Estadual 4.966 de 20 de dezembro de 1963. O nome Itaenga é de origem indígena, pois o município tinha uma lagoa, uma pedra bem grande que em tupi guarani significa “Ita” e uma vegetação bem brava que em tupi significa “Enga”, assim a cidade ficou conhecida como Lagoa de Itaenga (PREFEITURA MUNICIPAL LAGOA DE ITAENGA – PE, 2019).

Essa cidade é conhecida pela famosa e tradicional Festa de São Sebastião e pelas Corridas de Jericos. Lagoa de Itaenga é culturalmente rica, em virtude da existência de uma diversidade dos artistas locais, entre eles, destacam-se: cantadores de viola, maracatus, grupos de teatros, equipes de quadrilhas, coco-de-roda, mamulengos, entre outros. As festas culturais da região têm bastante destaque na região, principalmente na época de São João. Suas festas culturais são destaques na região principalmente no São João (PREFEITURA MUNICIPAL LAGOA DE ITAENGA – PE, 2019). Observa-se que essa cidade é pequena com uma estrutura

bem organizada. Nessa região, a economia é baseada na agricultura e nas usinas de cana de açúcar e álcool, sendo uma região muito beneficiada em função das usinas e a cidade conta com o apoio de nove postos de saúde.

Em relação a UBS Noêmia Aragão apresenta uma estrutura física nova, a qual foi construída há três anos. Apresenta uma construção bem ampla e organizada, sendo composta por os seguintes espaços: uma recepção; uma sala dos agentes comunitários de saúde (ACS); um consultório multiprofissional da equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF); um consultório odontológico; uma sala de fraldário com banheiro; uma sala grande para reuniões da equipe de saúde e ACS; um almoxarifado; uma sala para armazenar os materiais de limpeza; uma sala de enfermagem com banheiro; uma sala para o auxiliar de saúde bucal; uma sala de curativo; uma sala de esterilização; uma sala de vacina; dois banheiros para uso dos usuários; um banheiro para uso dos funcionários; uma cozinha e uma copa.

No tocante a equipe de profissionais da saúde da UBS Noêmia Aragão, está formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, seis ACS. Além desses profissionais, a UBS conta com a colaboração de uma recepcionista, uma auxiliar de serviços e um vigia.

O número total de pacientes adscritos nessa unidade de saúde é 2.460. A área de abrangência da UBS referida abarcar uma área dividida em seis microáreas. Considera-se uma região boa que apresenta ruas afastadas, saneamento básico, água encanada e de poços artesianos.

Evidencia-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é caracterizada por ser a responsável em reorganizar a Atenção Básica (AB) de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, visto que, busca favorecer a reorientação do processo de trabalho nesse âmbito, visando ampliar a resolutividade e impacto da situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012).

Com base nessa concepção, acredita-se de suma relevância abordar sobre a importância de aprimorar os serviços em saúde no contexto do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, assim como também, no âmbito da Saúde da Criança e a Saúde dos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), na área de abrangência, pois conforme a análise situacional realizada na área referida, observou-se algumas lacunas nesses contextos que demandam da reorganização dos serviços, visando promover um cuidado integral da população inserida nessa comunidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

O Acolhimento é apontado pelo SUS como uma prática presente em todas as relações de cuidado. Ou seja, o acolhimento acontece nos encontros entre os profissionais de saúde e usuários, e caracteriza-se pelo ato de recepcionar e escutar os indivíduos, sendo considerado essencial na Atenção Básica de Saúde (ABS). Pode-se dizer que, o Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada representa um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, já que, a ABS é caracterizada como a porta de acesso a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o acolhimento é uma estratégia inclusiva que permite o acesso integral e equitativo à toda população aos serviços de saúde, abrangendo de forma acertada a agenda da demanda espontânea e programada, aludindo as especificidades dinâmicas e específicas de cada atendimento (BRASIL, 2013).

Pode-se observar que, ofertar um acolhimento de forma equitativa e qualitativa, não basta apenas distribuir senhas em número limitado na Unidade Básica de Saúde(UBS), ou seja, o acolhimento não se define na triagem para o atendimento médico, mas é necessário que as equipes de saúde reúnam-se para ponderar sobre o conjunto de ofertas em serviços de saúde que a UBS dispõem para suprir a demanda em saúde da comunidade. Visto que, essas ofertas devem estar ao dispor para serem acionadas sempre e quando necessárias, a partir da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013).

Com base nesses pressupostos, verificou-se a partir da análise situacional que, a forma de realizar o acolhimento na UBS Noêmia Aragão, localizada na cidade de Lagoa de Itaenga - PE, não ocorria de forma adequada, ou seja, o acolhimento nessa unidade de saúde era realizado apenas com a distribuição de um número delimitado de senhas distribuídas em um único momento para três dias de atendimento, passados os três dias novamente se distribuía novas senhas de atendimentos. Em decorrência a isso, a população formava filas na porta da UBS que se iniciavam na madrugada. Durante o processo de distribuição de senhas, o profissional responsável pela entrega das senhas não realizava nem triagem e nem acolhimento, sendo apenas distribuídas as senhas de acordo com a ordem da fila. Como resultado desse modo de atendimento, muitos dos indivíduos adscritos na UBS permaneciam sem atendimento, situação que causava grande desgosto entre a população e uma grande insatisfação para o profissional médico.

Nesse sentido, o presente estudo trata-se de um relato de experiência sobre a implementação de uma microintervenção na UBS Noêmia Aragão, objetivando aprimorar o Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, visto que, o acolhimento é uma estratégia básica para facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde do SUS.

Essa descrição de experiência vivenciada nessa unidade de saúde, fundamentou-se no método Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS e SANTOS, 2017). Como estratégia básica para implementar essa microintervenção, optou-se pelo o eixo Formação e

Educação Permanente em Saúde (EPS) da PNAB, o qual é apontado como parte essencial do processo de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (AB). Desse modo, a EPS é definida como os processos de aprendizagens que acontecem no âmbito do local de trabalho (BRASIL,2017).

Conforme o levantamento de dados realizado no sistema e-SUS, a população adscrita com cadastros ativos no sistema é de 2.260 pessoas, apresentando uma baixa de 116 usuários. A população classifica-se em 1.005 indivíduos do sexo masculino e 1.225 do sexo feminino. Desse modo, o público-alvo da microintervenção é toda a população adscrita na área de abrangência. O local da intervenção é a própria UBS.

Em relação ao planejamento estratégico, foi iniciado a partir da observação da UBS Noêmia Aragão, posteriormente as análises das observações realizadas, foi agendado reuniões com a equipe de saúde, objetivando propor estratégias para sanar as lacunas verificadas no Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada da UBS. Atualmente a falta de organização ocasiona demora e inequidade no atendimento, além de impedir a possibilidade de melhor gestão do tempo para que seja possível realizar ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Para realização de acolhimento e atendimento humanizado é necessária a organização do atendimento. É imprescindível organizar e não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Desse modo, para sanar o problema priorizado – a falta de acolhimento à demanda espontânea e programada – foi considerado como nós críticos: falta de conhecimentos específicos dos profissionais que atuam na UBS; falta de gestão participativa; falta de compromisso sanitário com a população por parte de alguns profissionais que atuam na área de abrangência; falta de protocolo para identificação/ classificação das demandas espontâneas.

No que se refere as operações que foram propostas para essa microrintervenção, destaca-se a capacitação de todos os profissionais que atuam na UBS, incluindo porteiro e auxiliar de serviços gerais, sobre a importância do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, através de palestras e rodas de conversas, sendo distribuídos material didático com os fluxogramas de estratificação de risco dos problemas de saúde mais habituais da AB, visando habilitar todos os trabalhadores para realizar a avaliação de estratificação de risco dos usuários que buscam a UBS. Ressalta-se que, também foram realizados debates entre a equipe de saúde sobre a importância do acolhimento à Demanda Espontânea e Programada para a UBS e também foi ofertado oficinas de cursos de capacitação para o atendimento na ABS.

A partir da capacitação dos profissionais de saúde foi possível implantar a agenda de consultas, a utilização dos fluxogramas para a classificação de risco e vulnerabilidade de acordo com o problema do dia. E por último, fomentou-se a gestão participativa da equipe de saúde, através das reuniões mensais, as quais possibilitaram uma melhor compreensão sobre a importância de reorganizar os modos de organizar a rotina de trabalho de modo atender a

demanda e as necessidades em saúde da área de abrangência.

Em suma, a execução do plano de ação aconteceu através das palestras, rodas de conversas e reuniões. As palestras foram todas ministradas pela médica, sendo esta a responsável pelas ações do projeto. Em relação ao período de desenvolvimento dessa microintervenção, iniciou-se no mês de setembro, sendo que o período de capacitações teve duração de um mês. Ressalta-se que, durante o período da pandemia do COVID 19, foi reorganizado os processos de trabalho para evitar as aglomerações. Desse modo, durante a pandemia o acolhimento foi realizado através do agendamento de consultas.

No que se refere a gestão do plano de ação, a responsabilidade permanece com a médica da UBS e espera-se dar continuidade a esse protejo através da EPS, na qual será mantida como proposta de promoção de capacitação continuada, objetivando reciclar e atualizar os profissionais da saúde sobre as metas, diretrizes e princípios do SUS. Considerando que, a EPS é necessária para facilitar a organização dos modos de trabalho da UBS, conforme a necessidade territorial.

No tocante aos resultados obtidos, obteve-se a implementação da agenda programada e a implementação da demanda livre de forma muito sucinta, pois ainda, a população está em adaptação do novo modo operante de atendimento. Em relação a gestão participativa e comprometimento da equipe de saúde sobre a responsabilidade sanitária assumida pela população da área de abrangência, obteve-se resultados satisfatórios, já que, tanto a coordenação quanto a equipe de saúde, mostraram-se receosos ao princípio, ocasionando certas resistências em relação à adesão da participação nos projetos propostos para sanar a lacuna do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada. Além disso, cabe ressaltar que, foi possível criar o mural com os fluxogramas sobre a classificação de risco no atendimento da demanda espontânea e programada na recepção voltado para ofertar informações à população.

Em suma dos fatos mencionados, conclui-se que muitas foram as dificuldades enfrentadas para implementar essa microintervenção. Considera-se que as maiores dificuldades e limitações na implementação dessa microintervenção foi desmotivação da equipe e falta de compreensão da população em relação ao novo modo de atendimento. No entanto, aos poucos com o passar dos dias, observou-se que a organização da UBS melhorou e que a população pouco a pouco está se adaptando a nova rotina.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Pode-se afirmar que a saúde da criança tem apresentado melhoria em virtude da redução nas taxas de mortalidade infantil correspondente a crianças menores de 1 ano e mortalidade na infância que equivalente as crianças menores de 5 anos. Essa redução é considerada muito significativa e deve-se as estratégias que promoveram essa diminuição nessas taxas. Entre estas estratégias destacam-se: a ampliação do acesso à vacinação; cobertura da AB e da ESF; programa Bolsa Família, o qual contribuiu para amenizar as desigualdades sociais promovendo o acesso das famílias aos serviços da AB. Além disso, houve controle na mortalidade decorrente de doenças imunopreveníveis e diarreia; diminuição nos índices de desnutrição e melhoria do fomento do aleitamento materno (BRASIL, 2016).

Desse modo, as autoridades sanitárias consideram de suma importância para a Atenção Básica (AB) as campanhas de imunizações disponibilizadas por meio do Calendário Básico de Vacinação da Criança, pois desempenha as funções de prevenir, promover e proteger a saúde das crianças, principalmente nos anos iniciais de vida, sendo evidenciado a eficácia das imunizações no que se refere a impactar de maneira positiva a incidência e prevalência de doenças na infância. Ressalta-se este calendário pode se complementado por outras vacinas que também apresentam evidências de sua eficiência (BRASIL, 2012).

A equipe de saúde da UBS Noêmia Aragão - PE, a partir de reuniões realizadas, conforme o método de estimativa rápida, realizou um levantamento de dados nos “cartões sombras”, cadernetas de vacinas e prontuários das famílias com filhos menores de cinco anos. A partir desse levantamento de dados, foi possível identificar os principais problemas de saúde; classificar e priorizar os problemas conforme os critérios de importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção prioritária do problema de saúde. Identificou-se que as crianças de 0 a 5 anos de idade adscritas na área de abrangência referida, estava com as vacinas atrasadas.

Assim sendo, objetiva-se com esse relato de intervenção realizar uma microintervenção para promover o rastreamento de crianças menores de cinco anos que se encontram com a vacinas em atraso; realizar a busca ativa das mães dessas crianças; realizar a atualização do “cartão sombra” de vacinas; promover campanhas de vacinação domiciliares e efetuar o acompanhamento destas crianças.

Deste modo, este relato baseia-se no método Planejamento Estratégico Situacional (PES), o qual utiliza o método de estimativa rápida como uma estratégia para a identificação dos problemas; a classificação e priorização dos problemas; a descrição do problema; a explicação do problema; o desenho das operações sobre os nós críticos; a elaboração do plano operativo; a execução e gestão do plano (FARIA; CAMPOS e SANTOS, 2017).

De acordo com o levantamento de dados realizado no e-SUS, o total de crianças

compreendidas entre 0 a 5 anos na área de abrangência referida corresponde a 150 crianças, sendo que esses dados não estão atualizados no sistema. Entre as 150 crianças, 25 encontravam-se com a caderneta de vacinação em atraso. O público alvo dessa microintervenção são as crianças menores de cinco anos. A microintervenção será realizada em 6 microáreas de abrangência da UBS Noêmia Aragão.

O planejamento estratégico teve início a partir da análise situacional da unidade sanitária referida e dos dados sociodemográficos da comunidade adscrita. Após as observações realizadas, foi marcado uma reunião com a equipe de saúde, onde foi exposto aos profissionais sobre a necessidade de realizar uma microintervenção para sanar as lacunas nos serviços prestados à saúde das crianças por essa UBS.

Considerando que o Programa Nacional de Vacinação é de suma importância e está presente na AB e disponível para a população com os objetivos de erradicar certas doenças preveníveis. As imunizações são ferramentas estratégicas importantes em todos os países para combater as patologias epidêmicas, logo, considera-se de suma importância manter as cadernetas de vacinação atualizadas, principalmente na primeira infância.

Dessa forma, foi solicitado para os ACS que fizessem um levantamento de todas as crianças menores de cinco anos, sendo recolhido por dois dias as cadernetas de vacinas das crianças de 6 microáreas. Juntamente com a auxiliar de enfermagem foi atualizado as cadernetas de vacinação e dos cartões sombras de vacinação no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de todas as crianças. Os cartões sombras são considerados um instrumento essencial na AB o qual permite manter o SIAB atualizado. Além disso, a relevância desse cartão é que caso alguma mãe perca a caderneta de vacinação de algum filho, é possível por meio do sistema SIAB fazer uma nova caderneta de vacinas com os mesmos dados da anterior.

Paralelamente a isso, foi elaborada uma relação com os dados de todas as crianças com as vacinas em atraso, onde foi anotado o nome, o endereço e quais vacinas estavam em atraso. Posteriormente, foi realizado uma pequena capacitação da auxiliar de enfermagem, a qual é a responsável por manter atualizado os cartões sombras, informando aos ACS quais as crianças que se encontram com vacinas em atraso.

Foi visitado 6 microáreas, sendo esta visita realizada pela médica, os ACS e uma técnica de enfermagem. A visita foi realizada sem aviso prévio, sendo justificada como uma campanha para atualizar as cadernetas de vacinas e a mesma só aconteceria naquele dia. Foi realizado com sucesso a vacinação de 25 crianças, identificadas com as vacinas em atraso, sendo a vacina da febre amarela que apresentou a maior prevalência de atraso. No entanto, ressalta-se que entre as 6 microáreas, foi possível realizar a atualização apenas de 5 microáreas.

A equipe de saúde considerou exitosa a microintervenção de atualização de vacinas,

pois os pais foram receptivos e aceitaram bem a campanha. Apenas duas famílias se recusaram a vacinar seus filhos, pois os mesmos estavam dormindo e os pais não quiseram acordar as crianças. Foi informado a esses pais para procurar AB para atualizar as vacinas dos filhos, caso contrário, seria realizado uma nova busca ativa para poder atualizar as vacinas dessas crianças. Também foi informado aos pais caso não comparecessem na UBS para vacinar os filhos, a ESF teria que notificar a secretaria de saúde municipal.

Sabe-se que atualmente as vacinas, são um instrumento estratégico de suma importância para prevenir doenças, promover e proteger a saúde das crianças. A imunização é uma estratégia de relevância dentro da AB pois previne doenças. Cabe destacar, que para a realização dessas ações o papel essencial para alcançar os resultados depende da busca ativa dos ACS, a partir da verificação diária do cartão sombra da área de abrangência. Acredita-se que essa é uma estratégia simples e eficaz, entretanto depende de fatores comportamentais para serem efetuados diariamente.

Ressalta-se que os resultados obtidos com essa microintervenção foram exitosos, pois os objetivos foram alcançados. Além disso, a equipe de saúde decidiu dar continuidade nas ações implementadas devido ao resultados exitosos alcançados com a microintervenção.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Acredita-se que o cuidado de usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) deve ser realizado de forma integral. Entretanto, destaca-se que, realizar o cuidado de forma integral desses pacientes, tem apresentado obstáculos que impedem a oferta de uma Atenção Integral, devido a dificuldade por parte das unidades básicas em manter vínculos com os usuários. Desse modo, acredita-se que para proporcionar uma atenção integral é necessário que o cuidado seja organizado em rede, no qual, cada serviço em saúde deve ser repensado como um elemento essencial da integralidade do cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Evidencia-se que a ABS é caracterizada como a ordenadora da rede de saúde do SUS e coordenadora do cuidado. Em relação a estrutura da Rede de Atenção à Pessoas com Doenças Crônicas, a ABS, apresenta um caráter estratégico devido a que é definido como o ponto de atenção de maior capilaridade e potencial para identificar as demandas em saúde da população, através da realização da estratificação de riscos permitindo a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2011b).

Destaca-se também que, a ABS é responsável para promover ações de promoção e proteção a saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011b).

Aponta-se para que o desenvolvimento do cuidado integral à saúde impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde da população, é necessário que a ABS desempenhe um papel central e articulado com os demais pontos da rede de atenção à saúde (RAS). Logo, considera-se a Estratégia da Saúde da Família como a principal estratégia de organização e expansão da ABS. (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, desde do início do mês de janeiro de 2021, foi resgatado o funcionamento do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), através do monitoramento e controle dos pacientes hipertensos e diabéticos adscritos na UBS.

Esse monitoramento é realizado pela médica da saúde da família da UBS, objetivando promover um cuidado integral a esses pacientes, já que, observou-se que essa unidade sanitária não realizava o controle adequado dos usuários do HIPERDIA, apesar das recomendações do SUS.

O controle do sistema HIPERDIA é realizado por meio da efetivação do cuidado integral, através do controle e do acompanhamento médico dos pacientes descompensados.

Inicialmente, por meio das reuniões realizadas com a equipe de saúde, foi elaborado um planejamento estratégico para promover o cuidado integral de pacientes hipertensos e diabéticos, por meio do controle do sistema HIPERDIA. Como estratégia do planejamento do plano de ação, destinou-se duas quintas-feiras do mês para promover o atendimento a esses

pacientes.

Os atendimentos foram divididos por microáreas. Definiu-se que esse acompanhamento fosse realizado por meio das consultas agendas e através das visitas domiciliares para os pacientes acamados e com mobilidade restrita. Desse modo, foi realizado o levantamento de dados de todos os pacientes hipertensos e diabéticos distribuídos por microárea e posteriormente, foi elaborado uma relação com os dados desses usuários.

Desse modo, definiu-se que uma quinta-feira de cada mês seria destinada para as consultas agendadas dos usuários do HIPERDIA, e a outra quinta-feira às visitas domiciliares somente para o atendimento dos usuários do HIPERDIA. Nessas visitas, é realizado o controle do peso; altura; circunferência abdominal; Índice de Massa Corpórea (IMC); controle do peso, sobrepeso e obesidade; aferição da pressão arterial; entre outros.

Em relação as consultas agendadas a esses pacientes, é realizado também o controle da prescrição de medicamentos, principalmente dos pacientes que não retornam para as consultas de acompanhamento, devido a que, buscam consultas privadas e acabam realizando o uso de outros medicamentos. Nessas consultas também é atualizado o prontuário do paciente conforme as medicações que ele está utilizando no momento da consulta, visando evitar interações medicamentosas. Também é solicitado exames com a finalidade de realizar uma avaliação clínica. Em caso de haver alguma alteração nos exames, conversa-se com o paciente e realiza-se as orientações cabíveis para promover à saúde do mesmo.

Verifica-se que essa abordagem permite realizar o controle de medicação, o controle dos pacientes que realizam de forma regular o tratamento, além disso, permite identificar a irregularidades referentes ao tratamento medicamentoso, devido a que tem muitos usuários que não realizam a adesão correta ao recurso terapêutico em virtude de diferentes fatores. Entre esses fatores destaca-se as pessoas analfabetas que não conseguem realizar a leitura das receitas; os pacientes que esquecem de tomar os medicamentos; os pacientes que se confundem ao tomar a medicação; os pacientes que vivem sozinhos e não realizam de forma correta o uso dos fármacos, entre outros.

Desse modo, essa estratégia para manter o controle e atualização do sistema HIPERDIA, ajuda ao profissional médico manter-se atualizado em relação ao estado de saúde dos usuários, além disso, proporciona a oportunidade de estabelecer vínculos com essa população, facilitando o acesso dos usuários que pouco buscam à ABS. Destaca-se também que essa microintervenção, proporcionou a oportunidade de orientar esses pacientes em relação a hábitos alimentares saudáveis.

Em suma, essa microintervenção foi implementada em janeiro de 2021, entre um total de 450 pacientes hipertensos e 130 diabéticos, foi possível realizar o acompanhamento do cuidado integral de 250 hipertensos e 70 diabéticos. No entanto, devido a nova crise em decorrência da COVID-19, foi suspensa as visitas domiciliares por um período determinado,

mas será retomada de forma gradual, conforme o cenário da crise da saúde pública.

Cabe destacar que, está sendo muito enriquecedor essa experiência, pois permitiu a criação de vínculos com esses pacientes, pois observou-se que aqueles pacientes que não realizam um acompanhamento médico, estão buscando mais a unidade de saúde, para realizar esse monitoramento, o que evidencia o vínculo de confiança no qual permite proporcionar um cuidado integral à população.

Ressalta-se que, os resultados obtidos com essa microintervenção foram bastante satisfatórios, principalmente no que se refere ao acolhimento, cuidado integral e vínculo, que contribuíram para que a oferta de serviços em saúde a esses usuários seja de forma integral, respeitando as singularidades de cada indivíduo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a experiência de planejar, executar e implementar pequenas intervenções no âmbito da atenção primária, resultou ser um experimento enriquecedor, pois proporcionou o estabelecimento de vínculos com a comunidade, sendo esse fator, apontando como essencial para promover um cuidado integral à população.

Ressalta-se também, que a possibilidade de colocar em prática os conceitos novos adquiridos por meio do curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), foi de suma importância para reorganizar e reformular os processos de trabalho dentro da UBS.

Entretanto, colocar em prática os preceitos do SUS não é tarefa fácil, pois muitos são os nós críticos que encontramos no decorrer do planejamento do plano de ação. Entre os principais nós críticos identificados através do planejamento estratégico de ações, destaca-se a boa vontade de alguns profissionais de saúde em desempenhar sua função conforme os princípios e diretrizes do SUS. Ou seja, mesmo através das reuniões realizadas com a equipe de saúde e demais colaboradores; mesmo com a concepção e execução do plano de ação e até mesmo com a implementação, percebe-se uma falta de vontade de alguns colaboradores em participar das mudanças nos processos de trabalho, objetivando melhorar a qualidade dos serviços e a situação de saúde da comunidade.

Identificou-se que a maior dificuldade para realizar as mudanças necessárias para reorganizar os processos de trabalho da UBS, visando ofertar uma assistência em saúde de forma universal, integral e com equidade, foi devido a fatores comportamentais que dificultam manter a rotina dos processos em dias. Conseqüentemente a isso, a periodicidade das intervenções que deveriam ser constantes, é interrompida devido à má vontade de alguns colaboradores da UBS em redefinir o modo de desempenhar suas funções, causando empecilhos que acabam por prejudicar os resultados das microintervenções.

Mas cabe destacar que, apesar das dificuldades enfrentadas, que além delas, ressalta-se a crise da pandemia da COVID-19, que provocou um caos na saúde pública mundial, a satisfação em verificar que os resultados obtidos com essas pequenas intervenções, foram satisfatórios e muito gratificante, pois conforme os conhecimentos adquiridos através da revisão de literatura, juntamente com a prática, foi possível identificar que faz uma grande diferença acolher o paciente de forma acolhedora, pois o ato de escutar diferencia-se de uma simples triagem.

Na escuta é possível identificar e classificar a estratificação de risco do paciente. Além disso, a escuta permite que os pacientes se expressem de forma mais espontânea e confiante, faz com que estabeleça um vínculo de confiança entre paciente e profissional, que acabam por impactar de forma positiva na situação de saúde desse indivíduo, pois muitos

passam a ter a compreensão do autocuidado e prevenção. Em suma, considera-se que a experiência vivenciada através dessas microintervenções agregam valores tanto no contexto profissional como no pessoal.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E Legislação em Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017.p. 68. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=6> Acesso em: 18 out. 2020.

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, 2013.56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 110. (Série E. Legislação em Saúde).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2020.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 18 de out. 2020.

MUNICÍPIO LAGOA DE ITAENGA. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-lagoa-de-itaenga.html>. Acesso em: 25 de out. 2020.e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Editora FGV, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011b, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunic., saúde, educ.**, Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.