



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

DESAFIOS NA OTIMIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UBS ROSÁLIA
HENRIQUE DE ALENCAR LIMA NO MUNICÍPIO DE NOVA
FLORESTA/PB

JOSE FABIO COSTA DE JESUS

NATAL/RN
2021

DESAFIOS NA OTIMIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UBS ROSÁLIA HENRIQUE DE
ALENCAR LIMA NO MUNICÍPIO DE NOVA FLORESTA/PB

JOSE FABIO COSTA DE JESUS

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

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus que é meu suporte e proteção em todas as circunstâncias, que me conduz e ilumina na minha profissão dando-me forças para a realização deste trabalho.

À minha família amada que sempre esteve presentes em todos os momentos de minha vida, apoiando, incentivando, torcendo e dando apoio para superar novos desafios.

Agradeço a equipe da ESF Rosália Henrique de Alencar Lima, em especial a Enfermeira Cândida Myrna pela paciência, atenção e gentileza para a conclusão desse projeto.

Agradeço a equipe do NASF, em especial à Acácia Dutra, Caio Eduardo e Thaissa, pela paciência, compreensão, pois não mediram esforços em contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional.

A Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre Um novo mundo de possibilidades.

RESUMO

O trabalho é uma descrição da experiência realizada na Unidade Básica de Saúde Rosália Henrique de Alencar Lima, que faz parte da Estratégia de Saúde da Família no Município de Nova Floresta/PB. As micro intervenções foram idealizadas a partir da observação e identificação das dificuldades enfrentadas no que refere-se ao acolhimento da demanda espontânea e programada, assim como do cuidado na assistência à saúde da criança. Desta maneira, os objetivos almejados com as intervenções deram-se no sentido de humanizar o acolhimento, otimizar a oferta do atendimento no serviço, estender os cuidados as crianças egressas da puericultura e fortalecer a participação e efetivação dos laços dos usuários com a equipe. Para alcançar os objetivos mencionados foi realizada a seguinte metodologia: Demanda Espontânea (realização de um ciclo de capacitação com a equipe para tratar sobre acolhimento humanizado e utilização da Classificação de Manchester), Demanda Programada (dar continuidade ao trabalho com grupos como hipertensos, diabéticos, homens, mulheres e outros), Extensão do Cuidado as Crianças Egressas da Puericultura (criar dois grupos de atendimento continuado a crianças com idades de 2 a 5 e 6 a 9 anos). Dos resultados alcançados com as micro intervenções destaca-se a organização e otimização do tempo na sala de espera, a qualificação da triagem promovendo atendimento direcionado e eficaz, como o fortalecimento e aumento da frequência dos usuários no serviço. Ao término das micro intervenções realizadas vale considerar que o esforço em melhorar o atendimento no serviço somente foi possível em função do trabalho Inter profissional e do fortalecimento do acolhimento humanizado.

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	09
2.1 CICLO DE CAPACITAÇÃO.....	10
2.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	11
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	15
3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	15
3.2 SOBRE A MICROINTERVENÇÃO.....	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
5. REFERÊNCIAS.....	20
6. APÊNDICES.....	21
7. ANEXOS.....	21

1. INTRODUÇÃO

As experiências que serviram de base para construção deste trabalho, ocorreram no município de Nova Floresta, localizado na região do Curimataú Paraibano. O município faz divisa com as cidades de Jaçanã, este localizado no estado do Rio Grande do Norte, e de Picuí e Cuité, estas situadas no estado da Paraíba (IBGE, 2011). A cidade em questão apresenta extensão territorial de 59 km², com população total estimada em 10.626 habitantes, e densidade demográfica de 222,31 hab/km², possuindo 7.892 habitantes residindo em perímetro urbano e 2.641 habitantes residindo no contexto rural. A população feminina representa 51,4% da população e 48,2% é composta pelo gênero masculino. No tocante às faixas etárias coletadas 9,3% da população possui entre 0 a 5 anos de idade; 17,3% possuem de 6 a 14 anos de idade; 18,8% de 15 a 24 anos; 21,0% de 25 a 39 ano; 18,7% de 40 a 59 anos; 15% possuem idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2011).

O município de nova Floresta, elevado à categoria de cidade do ano de 1959, pertence a comarca judiciária da cidade de Cuité –PB (IBGE,2017) e, de acordo com a rede de saúde, é componente da 2ª macrorregião de saúde e da 4ª Região de Saúde do estado da Paraíba, contando com 5 Unidade de Saúde da Família distribuídas no perímetro urbano da cidade, nos quais ocorre a oferta à população do Programa Saúde da Família (CNES, 2020)

A Unidade básica de saúde da família, na qual foi executada os trabalhos aqui descritos, possui como identificação municipal o nome PSF-1: Rosália Henrique de Alencar Lima. A equipe de saúde atuante nesta unidade é composta por 01 Médico, 01 Enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, 02 vacinadoras que revezam sua estadia com os demais postos de saúde da cidade, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais e 05 agentes de saúde. O PSF-1 possui salas de atendimento individual para todos os profissionais de saúde, contando também com copa, área de serviço, um banheiro para os profissionais e outro para os usuários, e sala de espera. O horário de funcionamento corresponde, no turno da manhã, das 07 horas até as 11 horas, e no turno da tarde das 13 horas até as 17 horas, funcionando ao longo da semana de segunda a sexta-feira.

Diante dos dados obtidos através do Prontuário Eletrônico do Cidadão-PEC do eSUS, é possível traçar um breve perfil sociodemográfico do público atendido pela unidade. O PSF 1 conta com 1778 usuários cadastrados, dos quais 792 (44,5%) correspondem ao gênero masculino e 986 (55,5%) ao gênero feminino. No tocante às idades do público atendido pode-se destacar que 191 (10,7%) possui menos de 10 anos; 264 (14,8%) possui entre 10 e 20 anos; 301 (16,9%) possui entre 20 e 30 anos; 239 (13,4%) possui entre 30 e 40 anos; 227 (12,7%) possui entre 40 e 50 anos; 192 (10,7%) possui entre 50 e 60 anos; 129 (7,2%) possui entre 60 e 70 anos; 127 (7,1%) possui entre 70 e 80 anos; 108 (6,0%) possui mais de 80 anos. Na categoria raça/cor 1204 (67,7%) se identificam como pardos; 496 (27,8%) se identificam como brancos; 76 (4,2%) como pretos; 2 (0,1%) amarelos. No quesito escolaridade 321 (18,0%)

cursaram, ou cursam, ao menos uma das séries correspondentes ao ensino fundamental 1; 361 (20,3%) cursaram ou cursam, ao menos uma das séries correspondentes ao nível fundamental 2; 251 (14,1%) cursaram ao menos uma das séries de nível médio; 53 (2,9%) cursa ou cursou algum curso de nível superior; 29 (1,6%) cursou ou curso nível de alfabetização; 168 (9,4%) não possui escolaridade; 637 (35,8%) não informaram seu nível de escolaridade ou carece da informação nos devidos cadastros; Na categoria ocupação, 192 (10,7%) exercem atividades rurais; 14 (0,7%) outras ocupações; 1572 (88,4%) carecem de informações ou não possuem ocupação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Diante do cenário e demanda observada e descrita anteriormente foram elencadas duas áreas temáticas para realização de planejamento e execução de duas microintervenções. A primeira delas, pensada frente a alta e plural demandas por atendimento na Unidade Básica de Saúde, detém-se ao acolhimento e manejo das demandas espontânea e programadas. O acolhimento humanizado das demandas dos usuários do serviço com a perspectiva integral de saúde, bem como o olhar sensível aos seus contextos psicossociais, é um dos objetivos da Política Nacional de Humanização – PNH, sendo este de responsabilidade de todos os profissionais e gestores envolvidos nos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Para além do acolhimento, o processo de triagem e organização das demandas mostra-se imprescindível para construção de um plano/cronograma de atendimento que melhor possa abarcar as demandas existentes, bem como propiciar encaminhamentos adequados respeitando os níveis hierarquizados de complexidade em atenção à saúde estabelecidos na organização do Sistema Único de Saúde- SUS, denso eles: (1) atenção básica; (2) atenção ambulatorial especializada; e (3) atenção ambulatorial e hospitalar especializada (BRASIL, 2010).

A segunda área de intervenção volta-se para a atenção a saúde da criança, focando no crescimento e desenvolvimento infantil, compreendendo que a Estratégia Saúde da Família – ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS exercem papéis centrais para a redução dos índices de mortalidade infantil, focando no monitoramento, prevenção e tratamento de doenças infectocontagiosa e em demais características que abarcam os processos de saúde e desenvolvimento de maneira integral, como a promoção a boa alimentação e adequado ambiente psicossocial (BRASIL, 2015). A expansão da atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, seja esta em tempo, prologando o período de puericultura, ou em especialidade profissional, com a adesão da participação de profissionais de Psicologia e Assistência Social, componente da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, mostra-se como uma alternativa promissora para prevenção e promoção da saúde e desenvolvimento infantil, abrindo espaço para um melhor acompanhamento multiprofissional, bem como a identificação e manejo das problemáticas biopsicossociais envolvidas no processo.

As microintervenções aqui descritas objetivam a nível profissional a promoção de

experiências multidisciplinares, uma vez priorizam pelo trabalho em equipe, promovendo ainda a unificação das equipes da ESF e NASF, e a nível dos serviços de saúde promover um melhor acolhimento, mapeamento, controle e logística frente as demandas para atendimento em saúde que chegam até a Unidade Básica de Saúde, assim como a promoção de melhorias ao atendimento, monitoramento e manejo dos processos de saúde e desenvolvimento do público infantil acompanhado pela Equipe de Saúde da Família.

O trabalho em questão trata-se de um relato de experiência, estando organizado em introdução: focado na apresentação do contexto e características do ambiente de trabalho profissional, bem como as demandas de saúde existentes, e no delineamento de áreas temáticas a serem trabalhadas através do planejamento e execução de microintervenções junto às equipes de saúde da ESF e NASF; relatos de experiência: focado na descrição dos processos de planejamento, execução e resultados obtidos através das microintervenções; considerações finais: focada nas impressões obtidas após todo o processo descrito, destacando os aprendizados, reflexões críticas, observações, sugestões para futuros trabalhos, e os resultados obtidos para população assistida e para equipe.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E À DEMANDA PROGRAMADA

O tema do atendimento a demanda espontânea e programada na atenção básica é há tempos motivo de debate nos serviços de saúde; profissionais, gestores e usuários vêm colocando em pauta essas discussões no sentido de trazer humanização, organização e acessibilidade ao serviço.

Carvalho (2013) nos direciona a refletir sobre como a política pública de saúde foi materializando-se no Brasil, o autor retrata como a ditadura militar abortou as ideias trazidas na 3ª Conferência Nacional de Saúde, onde já discutia-se a necessidade de um sistema de saúde descentralizado, humano, público e gratuito.

Desta maneira, a severidade da ditadura impôs uma lógica anti-humano, hospitalocêntrica e curativa, de forma que temas como acolhimento a demandas comunitárias estavam fora de questão.

Para Franco, Bueno e Merhy (2009) o acolhimento às demandas espontâneas e programadas da comunidade promovem um atendimento universal, acolhedor, humanizado e capaz de otimizar a resolução de problemas da população, também reorganiza o serviço, tornando o processo de trabalho fluído e flexível, tendo por base o trabalho multiprofissional.

Mediante o exposto a microintervenção ora apresentada ocorreu na Estratégia de Saúde da Família/ ESF Rosália Henrique de Alencar Lima, localizada no Município de Nova Floresta, estado da Paraíba/PB. A percepção partida da vivência como médico da ESF, fez-me perceber junto com a equipe a necessidade de tratarmos de forma diferenciada a questão do “acolhimento à demanda espontânea e programada” que marca o fluxo de atendimentos e rotina da unidade de saúde. Nesta perspectiva, identificamos a partir da demanda citada lacunas que dificultam a otimização de um serviço de qualidade, humanizado e que preza pelo cuidado integral ao cidadão.

Portanto, a partir do exposto podemos citar dentre as lacunas a falta do cumprimento do cronograma da demanda programada, a carência de um acolhimento ao usuário que trabalhe com classificação de risco e a falta de capacitações que permitam aos atendentes e técnicos de enfermagem um olhar humanizado perante os usuários que procuram o serviço de saúde.

Neste sentido, partindo da necessidade de atenuar as lacunas acima citadas, após reunião com a equipe de saúde, foi acordado realizarmos uma microintervenção que tem como propósito o seguinte manejo: 1 – realizar um ciclo de capacitações com três encontros de três horas com a equipe que tenha como temáticas (Tema 1: acolhimento e atendimento humanizado, Tema 2: Classificação de risco para prioridade de atendimento utilizada pelo Ministério da Saúde, Tema 3: A teoria e a prática: discussões de casos). 2 – Organização de um novo fluxograma de atendimento as demandas programadas e espontâneas que tenha como

objetivo se adequar a realidade do cotidiano pandêmico.

Segue abaixo planejamento e resultados obtidos com a microintervenção; em um primeiro momento foi realizada capacitação com a equipe de saúde relacionado à melhoria nas lacunas encontradas no serviço de triagem e acolhimento, e após, introduzido o instrumento de classificação de risco / modelo utilizado na ESF Rosália Henrique de Alencar Lima.

1 - CICLO DE CAPACITAÇÃO

Relacionado ao Ciclo de Capacitação o mesmo foi iniciado no dia oito de outubro e concluído em 22 do mesmo mês, contou com a participação de toda equipe de saúde (médico, enfermeira, tec. enfermagem. recepcionista, agente de saúde e equipe NASF) e ocorreu na própria unidade.

No primeiro encontro do ciclo foi realizada dinâmica de acolhimento a equipe, e após, socializado sobre a percepção dos profissionais da saúde acerca da atual situação pandêmica, neste encontro foi abordado a temática de acolhimento e atendimento humanizado, o encontro seguiu com a divisão dos grupos onde foi discutido os principais problemas vivenciados na unidade que envolve a questão do acolhimento a demanda espontânea e programada.

No segundo momento do ciclo também foi realizada dinâmica com o grupo, foi exposto à temática do Protocolo de risco para prioridade de atendimento utilizada pelo Ministério da Saúde, na oportunidade a equipe aprendeu como utilizá-la e trazer esse tipo de manejo para a unidade de saúde.

No terceiro encontro do ciclo de capacitação foi realizada como as demais, dinâmica de entrosamento do grupo, discussão de casos e debates de como proceder em situações concretas. Abaixo podemos ver a tabela do ciclo de capacitação realizado.

DATA	HORÁRIO	TEMA	ENVOLVIDOS
08/10/2020	14:00 H ÀS 17:00 H	acolhimento e atendimento humanizado	MÉDICO, ENFERMEIRA, TEC. ENFERMAGEM. RECEPCIONISTA, AGENTE DE SAÚDE E EQUIPE NASF.
15/10/2020	14:00 H ÀS 17:00 H	Classificação de risco para prioridade de atendimento utilizada pelo	MÉDICO, ENFERMEIRA, TEC. ENFERMAGEM. RECEPCIONISTA,

Ministério da Saúde da AGENTE DE SAÚDE E EQUIPE NASF.

MÉDICO,
ENFERMEIRA,
TEC.

22/10/2020 14:00 H ÀS 17:00 H A teoria e a prática: discussões de casos ENFERMAGEM. RECEPCIONISTA, AGENTE DE SAÚDE E EQUIPE NASF.

Tabela confeccionada em reunião com a equipe de saúde (médico, enfermeira, assistente social e representante da secretaria de saúde).

Ao término do ciclo de capacitações foi avaliado pela equipe através de diálogo a positividade do evento, onde os principais pontos mencionados foram: o entrosamento entre os profissionais, a possível melhoria no serviço de saúde, a importância da implantação de técnicas de triagem que favorece o fluxo de atendimentos como a escuta humanizada e qualificada.

2 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Sobre a introdução da utilização da Classificação de Manchester na ESF Rosália Henrique de Alencar Lima foi acordado com a equipe mencionada após a realização do ciclo de capacitação passar a utilizá-lo; neste sentido, o referido protocolo mostrou-se viável para humanizar e melhorar o acolhimento da demanda espontânea; segundo Leite (2009, p.77) o protocolo de Manchester foi concebido e introduzido por países da Europa, particularmente Reino Unido e Austrália com a padronização de uso que estendeu-se por vários países em função do sucesso obtido; o mesmo utiliza-se das cores: azul, vermelho, laranja, verde e amarelo para classificar o tempo e a urgência no atendimento. Abaixo imagem da tabela de Classificação de Manchester:

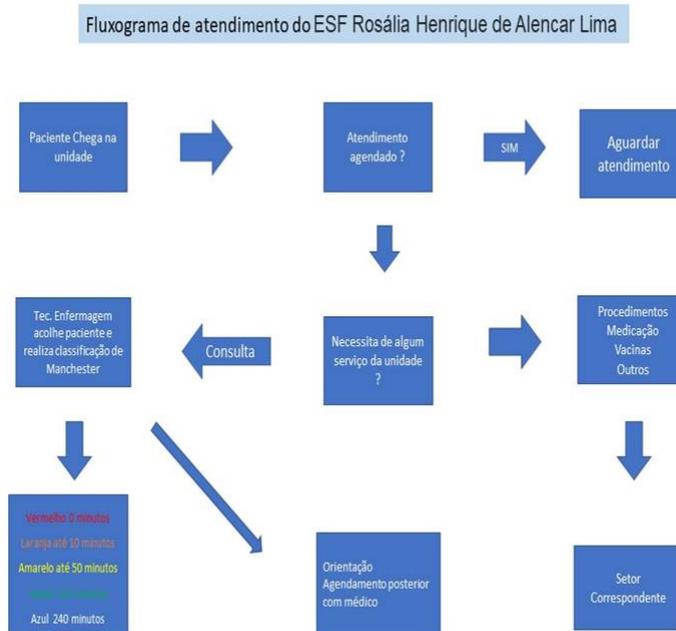
Disponível em: <https://passevip.com.br/pulseiras-protocolo-de-manchester/> acesso em 04/10/2020 às 13h30min h.

Desta maneira, a classificação mencionada acima passou a ser utilizada nos dias de atendimento da demanda espontânea, porém, também em momentos onde a equipe estava trabalhando com a demanda programada e eventualmente houve situações de usuários que procuraram o serviço sem agendamento prévio. Abaixo cronograma semanal de atendimento da Unidade de Saúde Rosália Henrique de Alencar Lima:

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
M A N H Ã	CONSULTA DEMANDA ESPONTÂNEA	CONSULTA DEMANDA ESPONTÂNEA	HIPERDIA	VISITAS DOMICILIARES COM ACS + ENFERMAGEM	DIA DE ESTUDO
T A R D E	CONSULTA DEMANDA ESPONTÂNEA	CONSULTA DEMANDA ESPONTÂNEA	PRÉ - NATAL	RECEITAS CONTROLADAS E RESULTADOS EXAMES	DIA DE ESTUDO

Tabela confeccionada em reunião com a equipe de saúde (médico, enfermeira, assistente social e representante da Secretaria de Saúde).

Logo abaixo fluxograma de atendimento da Unidade de Saúde:



Dentre os resultados obtidos em curto prazo com a microintervenção, podemos identificar que houve progressos relativos ao acolhimento à demanda programada e espontânea. Com o ciclo de capacitações o atendimento tornou-se mais humanizado e organizado, contando com o apoio de todos da equipe e principalmente os agentes de saúde os quais passaram a informar aos usuários sobre a nova organização de acolhimento e fluxograma

de atendimento na unidade.

Sobre a demanda programada, sabemos que esse tipo de demanda como menciona Paulino (2014, p. 14) constitui-se um dos principais desafios dentro das ações da Estratégia de Saúde da Família, endossamos a referida afirmação ao refletirmos sobre a demanda programada em tempos de pandemia, onde praticamente todos os grupos atendidos pela unidade de saúde constituem-se enquanto de risco de contaminação por SARS-CoV-2 diabéticos, hipertensos, gestantes e idosos; mesmo assim, em meio a dificuldade deste cenário, a unidade de saúde passou à implementar a microintervenção ora exposta, o que trouxe uma rotina de melhoramento do serviço.

Também é notório que após a intervenção o cumprimento do cronograma da unidade, a organização na sala de espera e a diminuição no tempo de atendimento das consultas, tornou a demanda espontânea menos desorganizada, de forma que a triagem qualificada promoveu um atendimento mais direcionado, proporcionando feedbacks positivas no que tange a escuta das demandas.

Vale salientar que todo processo mencionada foi realizado seguindo os protocolos da Organização Mundial de Saúde e todos os envolvidos receberam equipamentos de proteção individual quando ocorreu o ciclo de capacitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste relato de microintervenção posso avaliar que a experiência ora obtida foi positiva, como futuro médico da Saúde da Família percebi a importância da atuação da equipe interprofissional na qualificação do serviço de saúde, bem como a necessidade de capacitação e formação dentro dos espaços que compõem os serviços de saúde.

Por fim, percebi que o atendimento a demanda programada e espontânea na atenção básica é um tema fundante para ser discutido entre a academia, profissionais e comunidade, bem como da importância de implementar políticas públicas que venham a trabalhar especificamente essa questão no sentido de trazer humanização e otimização dos serviços de saúde.

Desta maneira, penso que para dar continuidade a microintervenção aqui relatada, faz-se necessário a continuidade dos ciclos de capacitações com os profissionais de saúde e envolvido nos serviços, bem como avaliações periódicas com equipe e usuários no sentido de consultar o nível de satisfação de ambos.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Para Damasceno, Coitinho e Toso (2016), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança/ PNAISC nasce no ano de 2015, sendo fruto da pauta de atores sociais que reivindicam por uma atenção que pudesse ver a criança enquanto sujeito de direitos e em sua integralidade.

Desde a constituição cidadã de (1988), é sabido que é dever do Estado por meio do Sistema único de Saúde/SUS que a saúde é direito de todos e dever do Estado, porém, segundo aponta Souza, Vieira e Júnior (2019) ainda são escassos os estudos referentes à saúde integral da criança, embora, já exista uma política pública específica para esse público.

Ainda sobre a PNAISC tem como prioridade eixos de ação nos quais norteiam à gestão e os profissionais de saúde frente ao cuidado integral a criança, priorizando em especial a primeira infância (0-5), e as populações em risco social, porém, não despreza as outras faixas etárias e vincula a programas como o SELO UNICEF crianças para além da primeira infância.

Desta maneira, tratando sobre a atenção Integral à Saúde da Criança e vendo esse cuidado a partir de uma perspectiva de saúde ampliada, foi realizada reunião com a equipe de Estratégia de Saúde da Família/ ESF Rosália Henrique de Alencar Lima, do Município de Nova Floresta/PB, onde na ocasião procuramos localizar o perfil biopsicossocial dos sujeitos alvo da microintervenção, crianças egressas da puericultura e que estejam em faixas etárias entre dois e nove anos.

Mediante o exposto, a microintervenção abaixo apresentada irá ocorrer na Estratégia de Saúde da Família/ ESF Rosália Henrique de Alencar Lima, localizada no Município de Nova Floresta, estado da Paraíba/PB. A percepção partida da vivência como médico da ESF, fez-me atentar junto com a equipe a necessidade de tratarmos de forma diferenciada sobre o tema relacionado à saúde integral da criança.

2 - SOBRE O A MICROINTERVENÇÃO

Desta maneira, a partir da identificação da demanda de atenção integral a saúde da criança, foi levantado pela nossa equipe que atualmente temos 35 (trinta e cinco) crianças menores de dois anos, 65 (sessenta e cinco) crianças na faixa etária de dois a cinco anos, e 26 (vinte e seis) crianças na faixa etária de seis anos a nove anos de idade. Em sua grande maioria, 80% são crianças advindas de famílias em situação de risco social, beneficiárias do Programa de Transferência de Renda Bolsa Família/PBF.

Vale salientar que a ESF Rosália Henrique de Alencar Lima implementou desde o ano de 2015 junto com a PNAISC, práticas de promoção, acompanhamento, do crescimento e desenvolvimento infantil realizadas em parceria com os profissionais de saúde e as famílias, onde é realizado o atendimento sistematizado de puericultura, tendo como principais ações:

aferição das medidas antropométricas (peso corporal, estatura, perímetro cefálico e perímetro torácico e abdominal, avaliação do desenvolvimento cognitivo e psicossocial, avaliação da caderneta de vacinação e suplementação de vitaminas de acordo com a faixa-etária da criança, além de orientações sobre aleitamento materno e alimentação complementar).

Neste sentido a micro intervenção aqui descrita terá como principal objetiva ampliar o tempo de atendimento das crianças egressas da puericultura na ESF Rosália Henrique de Alencar Lima, estendendo de dois anos até os nove anos o atendimento na unidade a essas crianças.

O principal objetivo é criar dois grupos de trabalho interprofissional em parceria com os profissionais do NASF (assistente social e psicólogo) para atender crianças de duas faixas etárias; um primeiro grupo com crianças de dois a cinco anos, e o segundo com crianças de seis a nove anos, a referida divisão leva em consideração o desenvolvimento biopsicossocial dos usuários nas referidas faixas etárias.

Dentre a proposta de trabalho nos grupos podemos citar como metas a alcançar: identificação precoce de possíveis problemas de desenvolvimento motor e biopsicossocial, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e serviço de saúde, acolhimento de demandas de vulnerabilidade, risco e violação de direitos.

Já sobre as possíveis ações que estão previstas para o planejamento da equipe com os grupos são: oficinas de avaliação psicológica e social, ações de educação em saúde com familiares e cuidadores, atividades recreativas com temas de campanha e que envolvam contextos de demandas da comunidade, além de outras atividades que envolvam a rede de proteção da criança e adolescente local, bem como a atenção básica e encaminhamentos para outras políticas públicas caso necessário.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE

Ao término deste relato de microintervenção ainda a ser executado posso avaliar que a experiência de planejamento está sendo positiva, como futuro médico da Saúde da Família percebi a importância da atuação da equipe interprofissional na qualificação do serviço de saúde, bem como a necessidade em dar continuidade ao cuidado integral as crianças egressas do puerpério, estendendo o vínculo das mesmas com a equipe de saúde até a fase adulta.

Por fim, entendo que o atendimento a saúde da criança na atenção básica é um tema fundante para ser discutido entre a academia, profissionais e comunidade, bem como da importância de implementar políticas públicas que venham a trabalhar especificamente essa questão no sentido de trazer humanização e otimização dos serviços de saúde.

Desta maneira, penso que para dar início e possivelmente continuidade a microintervenção aqui relatada, faz-se necessário o fortalecimento dos vínculos afetivos entre serviço, profissionais e comunidade, com foco no matriciamento e na lógica do cuidado interprofissional e integral a saúde da criança; bem como após o início da implementação da

microintervenção a equipe realizar avaliações periódicas no sentido de consultar o nível de satisfação dos envolvidos, buscando ampliar o serviço de acolhimento a criança na unidade de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho de conclusão de curso atuando na Unidade Básica de Saúde Rosália Henrique de Alencar Lima, no município de Nova Floresta/PB, várias foram as reflexões acerca do fazer médico; seja do processo saúde/doença, da saúde enquanto perspectiva ampliada que não resume-se somente a ações curativas medicamentosas e estados de adoecimento, seja da importância da equipe interprofissional para a efetivação da oferta de serviços de saúde de qualidade.

Desta maneira, percebi na comunidade que atuei as suas valiosas características históricas, culturais e sociais que me levaram a pensar como melhorar o acolhimento da demanda espontânea e programada, bem como de estender os cuidados em saúde as crianças egressas da puericultura, fortalecendo os vínculos já existentes entre comunidade e serviço. Portanto, a escolha em realizar microintervenções com as demandas citadas, partiram de intensas conversas com a equipe, onde foi identificado como fator limitante de uma boa prestação de serviços o acolhimento e a continuidade na oferta do cuidado as crianças após os vinte e quatro meses, tempo que encerra os cuidados de puericultura preconizados pela atenção básica.

Sendo assim, a realização da microintervenção no âmbito do acolhimento possibilitou a equipe e comunidade diversos benefícios, dentre esses podemos citar a oportunidade de participação de capacitações em atendimento humanizado que abrangeu todos os profissionais da unidade, conseqüentemente, essa ação repercutiu em uma melhora na prestação dos serviços, otimizando assim a rotina de todos aqueles que atuam na ESF Rosália H. de A. Lima; ainda nesta lógica, podemos mencionar como contrapartida para a comunidade a introdução de uma classificação de risco para o atendimento a demanda espontânea que veio a diminuir o tempo de espera dos usuários, organizando assim a prestação do serviço. Sobre o atendimento programado em equipe interprofissional e o planejamento de dias de atendimento direcionados a grupos específicos, bem como com a pactuação por parte da comunidade desta nova dinâmica, pude avaliar em equipe como positiva, essa intervenção fortaleceu o cuidado continuado a grupos de saúde vulneráveis, ajudou a organizar a dinâmica de atendimento por temática (hipertensão, diabéticos, gestantes, tabagistas e outros) bem como fortaleceu a estratégia de cuidado ampliado em equipe interprofissional, tendo em vista que trabalha-se com o suporte dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Tratando-se da segunda intervenção, que refere-se a ampliação dos cuidados as crianças egressas da puericultura a partir da criação de dois grupos de trabalho com faixas etárias entre 2 a 5 anos e 6 a 9 anos, posso avaliar que em função da Pandemia do Coronavírus tal microintervenção não pode ser executada como planejada, pois em função do distanciamento social passou-se a não mais agrupar usuários no serviço de saúde; sendo assim, vem-se ao longo dos últimos meses realizando as consultas apenas de puericultura preconizadas pelo

Ministério da Saúde, no caso apenas até os vinte e quatro meses de vida; porém, pretende-se junto com a equipe, que com a vacinação possa-se retomar as atividades grupais e assim a microintervenção aqui referida entrará como meta, tendo em vista que já foi pactuado com os demais profissionais a sua execução.

Isto posto, posso avaliar como limitação e fragilidade para a efetivação de um cuidado de saúde ampliada, bem como para uma melhor prestação do serviço de saúde a ainda frágil participação dos usuários na rotina da unidade, em especial na unidade de saúde em que atendo noto que os usuários ainda enxergam o acesso a saúde como favor, clientelismo, assistencialismo, tirando assim o foco do SUS enquanto direito constitucional e universal; outro entrave relaciona-se a falta de motivação dos profissionais que encontram-se muitas vezes cansados, com rotinas de trabalhos exaustivas e baixas remunerações, todos esses fatores são fragilidades e dificuldades que juntas atrapalham no bom andamento da prestação do serviço de saúde na Unidade Básica de Saúde Rosália Henrique de Alencar Lima.

Por fim, concluí que ao término das microintervensões mencionadas, houve paupáveis lucros para a equipe de trabalho e comunidade, ocorreu significativa organização do atendimento, o acolhimento passou a ser melhor qualificado, os níveis de saúde da população melhoraram, a participação dos usuários do serviço tornou-se mais ativa, diminuiu-se as reclamações e situações desagradáveis antes existentes na recepção referentes a espera por atendimento. Do ponto de vista do trabalho em equipe possibilitou a organização do trabalho o que veio a qualificar o atendimento aos grupos com a participação da equipe interprofissional.

5. REFERÊNCIAS

CARVALHO, Gilson. Saúde Pública: a saúde pública no Brasil. In: Estudos Avançados. 27 (78)/2013. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 12 de Dezembro de 2020.

LEITE, Marcela Pereira de Souza. Proposta de um protocolo de acolhimento para Unidade de Atenção Primária À saúde de Virgolândia, Minas Gerais. Trabalho de conclusão do curso de especialista em Atenção Básica a Saúde da Família. Minas Gerais, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Densidade demográfica: Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. IBGE, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (2017). Cidades. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES). Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde, Política Nacional da Pessoa com Deficiência, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015; 6 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-SUS: 0000128511 - UNIDADE DA FAMILIA PSF I. Nova Floresta-PB, 2021.

6. APÊNDICES

ACOLHIMENTO HUMANIZADO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ESF - ROSÁLIA HENRIQUE DE ALECAR LIMA
RUA FLORESTA, 79
05.10.3204

"O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). De modo amplo, à busca de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a resolução do problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resiliabilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário, e responsabilizá-lo para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, ele repete também ao "resultado necessário entre o usuário e a população usuária." (MENEZES, 1995, p. 71)

OLHOS E OUVIDOS!

ESF - ENA
ESF - ENA

DEMANDA PROGRAMADA X DEMANDA ESPONTÂNEA

Sendo a **demanda programada** aquela vinda principalmente de consultas e atendimentos agendados de pacientes de rotina, por exemplo, **Phaculatura** e **HEFESA**.

A **demanda espontânea** aquela onde o paciente se dirige a unidade por alguma necessidade momentânea que não pode ser prevista.

PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO

ADMISSÃO → CLASSIFICAÇÃO → MÉDICO

EMERGÊNCIA Risco imediato de perder a vida Imediata	URGÊNCIA Condição que pode agravar sem atendimento imediato Fila de 60'	POUCO URGENTE Baixo risco de agravar, mas requer atendimento Fila de 120'	NÃO URGENTE Sem risco imediato de agravar à saúde Fila de 240'
--	--	--	---

Classificação de Risco

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO ESF ROSÁLIA HENRIQUE DE ALECAR LIMA

COMO INFORMAR NOSSOS USUÁRIOS?

ACS X COMUNIDADE

1º Cada ACS CEAR tem um grupo de WhatsApp - canal de comunicação com os usuários.
2º ACS - Explicar aos usuários e membros da família como funciona a rotina da unidade, horário de atendimento, tipos de serviços que oferecemos...
3º Durante um período antes de começar as consultas, vamos sempre falar um pouco da rotina da nossa unidade.
4º Sugestão da equipe [2021]

APÊNDICE A - CONVITE DO CICLO DE CAPACITAÇÃO

Sistema Único de Saúde

Saúde da Família

NASF

Convite

É com imenso prazer que convido você para participar da "Capacitação Acolhimento e atendimento humanizado"

8 de outubro 2020 - 14h PSFI

APÊNDICE B - CONVITE DO CICLO DE CAPACITAÇÃO

Convite

Capacitação: Classificação de Risco



15 de outubro 2020 - 14h PSFI

7. ANEXOS

