



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

ESTRATÉGIAS PARA ADEQUAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UBS MARIA
ADELI SANTOS, MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DAS DORES –
SERGIPE

CATRINE REGINA FEITOSA MOURA

NATAL/RN
2020

ESTRATÉGIAS PARA ADEQUAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UBS MARIA ADELI
SANTOS, MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DAS DORES – SERGIPE

CATRINE REGINA FEITOSA MOURA

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: CECILIA NOGUEIRA
VALENCA

NATAL/RN
2020

à todos da Equipe da ESF Maria Adeli Santos

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Introdução-----	página 05
Relato da microintervenção-----	página 06
Considerações finais -----	página 10
Referências -----	página 11

1. INTRODUÇÃO

O município de Nossa Senhora das Dores está localizado no estado de Sergipe, no médio sertão do estado numa faixa de transição entre o litoral e o sertão. O município se estende por 483,4 km² e conta com 24 580 habitantes de acordo com o último censo. A densidade demográfica é de 50,9 habitantes por km² no território do município. É a principal cidade da região do médio sertão sergipano, sendo também destaque na mesorregião e microrregião do estado. (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017)*)

Dentro desse território, se insere a ESF 08 Maria Adeli dos Santos, abrangendo o território dos povoados Boa Vista, Gado Bravo Norte, Carro Quebrado, Cruzes, Floresta e Estrada da Floresta, sendo este último o único situado em área urbana. Atualmente contando com 1657 habitantes em seu território, e aproximadamente 584 famílias, sendo a maior parte dos seus habitantes trabalhadores rurais.

As microintervenções escolhidas para composição deste trabalho foram: acolhimento à demanda espontânea e programada; abordagem do câncer na atenção primária à saúde e controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde, porém devido a pandemia do novo coronavírus, apenas o acolhimento à demanda espontânea e programada foi realizada enquanto microintervenção.

No nosso território, temos alguma dificuldade para agendamento e organização entre demanda espontânea e programada, gerando algumas vezes insatisfação nos usuários, além disso vem sendo crescente o número de usuários com câncer e enorme o número de pacientes hipertensos e diabéticos, sendo a grande maioria deles fora dos alvos terapêuticos.

Os objetivos desse trabalho foram organizar as agendas e demandas na unidade, promover hábitos saudáveis e cuidados periódicos para detecção precoce de neoplasias, além de orientar e monitorar alvos terapêuticos para pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Como citado anteriormente, a pandemia do novo coronavírus impediu a realização da segunda e terceira microintervenções.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

O RELATO APERFEIÇOADO OU PLANO DE INTERVENÇÃO

1. INTRODUZINDO O RELATO

Acolhimento é uma diretriz da política nacional de humanização (pnh), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

Dentro do processo de trabalho, o acolhimento à demanda espontânea e programada se faz de suma importância, levando em consideração que através do mesmo, o usuário se insere na atenção básica e tem a oportunidade de iniciar o atendimento de suas demandas (FARIA, 2014).

Infelizmente, ainda se tem uma percepção errônea do que significa acolhimento pelos membros que compõem a esf, levando assim à entendimentos equivocados, principalmente transformando o acolhimento em triagem, tendo esse, sentido oposto ao primeiro. Além disso, quase sempre nos deparamos com uma demanda alta de usuários buscando principalmente solução para problemas agudos, sendo a promoção de saúde na maioria das vezes deixada em segundo plano, não existindo demanda programada para a mesma na maioria das unidades.

Um outro problema é o engessamento das agendas em programas ou problemas específicos de saúde, como o hiperdia e o pre-natal, não havendo parcimônia na distribuição de vagas de atendimento, além disso, alguns usuários referem uma distância muito grande entre o dia de agendamento e a data do atendimento, o que os levam a muitas vezes procurar a upa da cidade com problemas relacionados à atenção básica, se fazendo imperativo um trabalho de promoção de saúde que inclua no usuário a percepção dos problemas que de fato precisem de uma busca à unidade de emergencia. A centralização do atendimento médico também é outro nó crítico, pois a população desconhece ou negligencia o cuidado de enfermagem na atenção básica, muitas vezes havendo recusa das gestantes em alternar rotina de pré-natal com profissional de enfermagem.

Dessa forma, pensando nos principais nós críticos, desenhamos e elaboramos um plano operativo baseado nos principais problemas da nossa ESF.

2. METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado na ubS maria adeli santos, municipio de nossa senhora das

dores, sergipe, localizada na zona rural deste município, abrangendo o território dos povoados boa vista, gado bravo norte, carro quebrado, cruzeiros, floresta e estrada da floresta, sendo este último o único situado em área urbana. Atualmente contando com 1657 habitantes em seu território, e aproximadamente 584 famílias, sendo a maior parte dos seus habitantes trabalhadores rurais.

A equipe da saúde da família é composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma assistente de saúde bucal, duas recepcionistas, duas auxiliares de limpeza e cinco agentes comunitários de saúde.

O público alvo foi todos os usuários da ESF, uma vez que o acolhimento envolve todas as demandas da unidade. Realizamos a micro intervenção no período de 01 a 30 de março, estando envolvidos todos os membros da equipe. Realizamos reuniões para discussão e elaboração de lista de dificuldades para organização de agendas de atendimento e acolhimento. Realizamos ainda tabela conforme orientação de elaboração de TCC para traçar plano de ação e seus responsáveis, baseados nos principais nós críticos na nossa Unidade.

3. RESULTADOS ALCANÇADOS

A falta de organização dos serviços de saúde reflete-se em longas filas de espera por consultas e faz com que os profissionais trabalhem muito, de forma repetitiva e não resolutiva e que os usuários fiquem insatisfeitos com o serviço, pois não existe sincronia de informações prestadas. É necessária uma organização interdisciplinar para ir além da reflexão e problematização do processo de trabalho, que permita a eficácia do atendimento clínico. Tal ideia é possível em uma cultura aberta e flexível em que o poder seja delegado a gestores e equipes técnicas qualificadas

Em reuniões de equipe, conseguimos elencar as maiores dificuldades, baseados em nós críticos, segundo tabela a seguir:

<u>Nó crítico</u>	<u>Operação/projeto</u>	<u>Resultados esperados</u>	<u>Recursos necessários</u>	<u>Prazos</u>
Entender o que é o acolhimento na esf	Estudo e reunião em equipe sobre acolhimento “derrubando conceitos erroneos”	Melhor entendimento das demandas dos usuários	Sala de reunião/notebook	de 01/30
Agendas “engessadas”	Estipular numero de atendimentos para demanda espontanea/urgencias	Fluidez no atendimento	Reunião em equipe	Março 01/30

<p>Promover cuidado e consulta de enfermagem</p>	<p>Aumentar numero de atendimentos de consulta de enfermagem</p>	<p>de de e prevenção de saúde</p>	<p>Promoção em sala de espera de saúde</p>	<p>Palestra em em sala de espera ubs</p>	<p>em em sala de espera 01/30</p>	<p>Março</p>
---	---	--	---	---	--	---------------------

Tabela1. Plano de ação de melhoria em acolhimento na UBS maria adeli santos

Participaram efetivamente das ações seis integrantes da equipe: enfermeira, as duas técnicas de enfermagem, duas recepcionistas, além da médica da equipe, mas as reuniões englobavam todos os membros, acolhendo as opiniões e sugestões de todos. Ouvimos ainda os usuários antes de serem acolhidos, com suas queixas e sugestões.

Observamos a resistencia de alguns usuário em passar por consulta de enfermagem, centralizando o modelo de atendimento na consulta médica e negligenciando a promoção em saúde, mas conseguimos aumentar em 100% o numero de consulta de enfermagem, onde são orientados cuidados e estratégias de promoção de saúde, aconselhamento para pacientes de doenças crônicas, relacionadas a mudança de estilo de vida e tomada correta de medicação.

Conseguimos fazer com que a equipe ampliasse a dimensão do acolhimento, desfazendo a percepção de triagem até então conhecida pelos mesmos, além de evitar a marcação de fichas apenas, sem escuta ativa dos usuários, mesmo os que não conseguem resolver a sua demanda no mesmo dia.

Pensamos ser importante compor a escuta qualificada preferencialmente com uma dupla de profissionais para criarmos uma cultura de trabalho compartilhado, na qual os profissionais poderão discutir o caso, trocar saberes, questionar condutas um do outro e qualificar o acolhimento oferecido ao usuário. Em alguns dias não foi possível realizar essa escuta em dupla, devido a composição da equipe nos povoados.

Realizamos marcação de consulta de pacientes não pre estabelecidos nas demandas do dia, conseguindo ampliar o atendimento e desengessando as agendas em programas fixos, reservando vagas para demandas agudas em todos os dias de atendimento.

Foi feita palestra educativa sobre a importancia do cuidado continuado em saude, não so nos agravos agudos, assim como orientações de quando de fato procurar a upa do município, serviço muito mal utilizado pelos usuários de maneira geral.

Tivemos certa resistencia por parte dos usuários em entender o significado de acolhimento, bem como de alguns acs referentes a demanda diária e encaixe de consultas, mas a longo prazo houve melhora desses fluxos.

4. CONTINUIDADE DAS AÇÕES

Alguns itens das nossas ações, per si, terão continuidade na nossa ubs, como o conhecimento gerado através das palestras e reuniões acerca das definições de acolhimento,

ampliando a visão de todos os agentes da unidade acerca do tema, gerando ainda curiosidade sobre estratégias de melhoria do acolhimento na nossa unidade e escuta ativa dos anseios dos nossos usuários.

Nossa agenda diária ganhou espaço para inserção de atendimentos fora dos programas atendidos no dia em questão, além dos horários ampliados em consulta em enfermagem, que terão dias fixos que antes não estavam estabelecidos. Elaboramos um projeto de sala de espera, onde os profissionais da unidade conversam com os usuários sobre temas revelantes enquanto esperam pelo serviço de acolhimento, consultas, vacinas, curativos e outras demandas, ficando também dias fixos para o projeto de sala de espera.

Fizemos escalas com responsabilidades sobre palestra de sala de espera e organização de agenda e fluxo na unidade, delegando responsabilidade sobre os agentes de cada unidade, visto que atendemos diversos povoados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas limitações foram vistas, como o número grande de povoados a serem atendidos por nossa ESF, o que dificulta o trabalho continuado, devido ao pequeno número de dias em determinadas localidades.

Mesmo que os resultados aqui apresentados digam respeito a um município, pode-se inferir que a realidade é comum a muitos outros. É necessário repensar a prática dos profissionais de saúde e na própria postura dos usuários nas relações que estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde, para que a assistência reflita melhorias dos serviços.

De maneira geral, espera-se que o acolhimento e o cuidado integral do indivíduo possam ser mais bem discutidos e planejados no município e em outros locais que vivenciam situação semelhante, por profissionais, gestores e população, para que haja melhores condições de acesso, organização, humanização e assistência integral. Espera-se diminuir as falhas que a ESF e a gestão municipal encontram, para que mudanças possam ocorrer, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida para a população local.

A nossa população ainda está pouco acostumada ao modelo centrado na promoção de saúde, em virtude do modelo saúde-doença já visto há tantos anos e falta de insumos para promoção de hábitos saudáveis, visto que os mesmos fazem parte de uma população extremamente carente.

Nossa equipe teve que se abrir ao novo, experimentar o conceito ampliado de acolhimento, desmistificar muitos conceitos errados e se abrir a diversas possibilidades não centradas apenas no atendimento médico ou de urgências, coisa já há muito tempo habituada. Por fim, foi nítido o desejo de todos em perpetuar as ações pactuadas em benefício dos nossos usuários.

4. REFERÊNCIAS

1. Faria RSR. Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha - MG [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2014. 128f.
2. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(3):479-503.
3. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):19-25.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2012;13(2):375-85.
6. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(1):133-41.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
8. Corrêa AACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):451-7.
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 4ª ed. Porto Alegre: Kookman; 2010.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70;2011. 229 p.

11. Oliveira KKD, Amorim KKP, Fernandes APN, Monteiro AI. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. REME - Rev Min Enferm. 2013;17(1):148-56.

12. Sousa, RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. REME - Rev Min Enferm. 2008;12(4):581-6.

13. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos 196-200. Brasília: Senado Federal; 1988.