SILVANA SAMPAIO DA SILVA

APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

BOCA DO ACRE-AM

2017

SILVANA SAMPAIO DA SILVA

APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Ana Catarina Onofre Dantas.

BOCA DO ACRE-AM

2017

RESUMO

Portfólio - Puerpério: Pensando em Promoção de Saúde e Prevenção de doenças, uma das deficiências que encontrei na UBS José Barros desde o meu inicio, foi em relação ao Puerpério. Percebi que as mulheres realizavam o pré-natal, mas, não retornavam para sua consulta de puerpério, ficando assim sem o seguimento adequado nesse período. Vi que tinham falhas tanto na orientação dada pela equipe e faltava também a conscientização por parte das mulheres. Com isso nossa conduta foi realizar encontros mensais, palestras e organizar a agenda de visita domiciliar, com o intuito de assegurar o acompanhamento após o parto, garantido o bem estar materno e neonatal. Projeto de Intervenção: Tive como objetivo orientar sobre os serviços de saúde e a carta de direitos do usuários de saúde. Já que a maioria dos usuários não sabem onde buscar o serviço correto para seu problema, ocasionando assim uma demanda equivocada, em razão da falta de informação e conhecimento sobre o que compete a baixa, media e alta complexidade. A razão de existência dessa proposta de intervenção é justamente melhorar o serviço oferecido, a partir do usuário, de seu conhecimento sobre o que compete a Unidade Básica de Saúde, mas não somente isso, trabalhar, sobretudo, os seus direitos amparados na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde.

Descritores: Atenção Primária, Cuidados Pré-natal, Gravidez, Período pós-parto, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO 7

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 11

3. VISITA DOMICILIAR 13

4. REFLEXÃO CONCLUSIVA 16

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO 19

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Silvana Sampaio da Silva, tenho 32 anos, sou natural do estado do Acre, onde cresci e terminei minha educação básica. Graduada pela Universidade Cristiana de Bolívia, uma instituição privada de ensino superior localizada na província de Santa Cruz de la Sierra-BO. Em novembro de 2015 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Boca do Acre - AM há cerca de um ano e três meses. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Barros Lopes, localizada na Av. Alexandre Oliveira Lima S/N, bairro Macaxeiral, cuja área de abrangência atende aos bairros Macaxeiral, Maria Leopoldina, Fortaleza e Desvio.

A Unidade Básica de Saúde é composta por 01 Médico, 02 Enfermeiros, 03 técnicos de Enfermagem, 01 Dentista, 01 Auxiliar de dentista, 01 Técnico em Dermatologia, 01 Diretor, 04 Recepcionistas, 04 Servidores de serviços gerais, 10 Agente Comunitário de Saúde. O território adscrito à UBS corresponde a micro áreas consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico, ausência de saneamento básico adequado e presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios. Há três Igrejas evangélicas (Assembleia de Deus, Adventista e Batista), duas escolas públicas, uma quadra de esportes e uma creche. A população atendida abrange um total de 4.500 usuários, segundo dados de dezembro de 2015 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), lombalgia, micoses cutâneas, parasitoses intestinais, malária, tuberculose, hanseníase, infecções de vias aéreas superiores e infecções do trato urinário baixo. A população atendida, em sua maioria, não tem acesso à água tratada e à rede de esgotos.

O Projeto de Intervenção foi sobre serviços de saúde e a carta de direito dos usuários com o título: “Orientações sobre serviços de saúde (Média, Baixa e Alta complexidade) e a Carta de direitos dos usuários da saúde”. Este projeto foi direcionado para todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em qualquer idade com a proposta de contribuir para melhorar a qualidade na busca pelo serviço de saúde pública, tendo como foco a Unidade Básica da Saúde (UBS). A escolha desta temática foi relevante por dois motivos: O primeiro devido a nem sempre o

usuário saber efetivamente onde buscar o serviço correto para seu problema, ocasionando assim uma grande demanda equivocada na maioria das vezes em Pronto Atendimento, em razão da falta de informação e conhecimento sobre o que compete a baixa, média e alta complexidade; e o segundo informar a população sobre seus direitos amparado na Carta de Direitos de Usuários da Saúde.

2. ESTUDO DE CASO

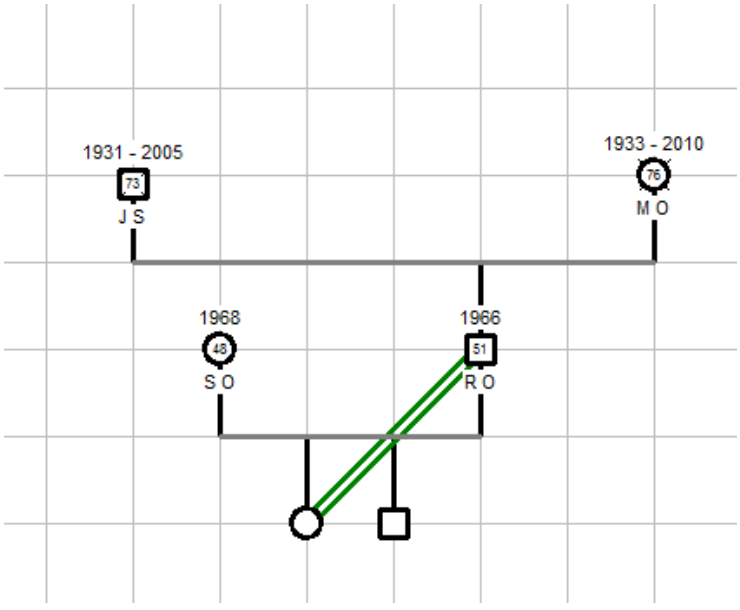
IDENTIFICANDO O CASO

O senhor compareceu a UBS somente para aferir sua pressão, pois, o mesmo não estava se sentindo muito bem. A técnica de enfermagem me avisou que ele estava na unidade e encaixou ele para consulta, já que ele estava com a pressão alta e o mesmo não faz acompanhamento médico regular.

É o caso do paciente R.O. de 51 anos, casado e pai de dois filhos, uma jovem de 25 anos e um rapaz de 28 anos, ambos estudantes universitários. Relata ter uma boa relação familiar, apesar de passar maior parte do dia fora de casa, pois, o mesmo é taxista. A renda da familiar é exclusivamente da sua profissão, pois sua esposa é dona do lar. Os pais já são falecidos. Sua mãe faleceu de IAM há 06 anos atrás e seu pai faleceu vitima de acidente automobilístico, era portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e era obeso.

Portador de hipertensão arterial faz uso irregular de anti-hipertensivo, prescrito por outro profissional há três anos. Nega alergias a medicamentos conhecidos. Nega cirurgias prévias. É tabagista há uns 26 anos, fuma em media 15 cigarros por dia. Consome bebida alcoólica aos finais de semana, em reuniões familiares.

Segue Genograma simplificado:



MOTIVOS DE CONSULTA

A triagem relatou:

- PA: 180x130 mmHg
- Peso: 103,400 Kg
- Temperatura: 36,5 ºC

As queixas da consulta eram:

- Cefaleia;
- Tontura;
-Dor lombar. Sem associação à trauma ou correlação com ITU.
- Náusea;
- Formigamento em membros superiores e inferiores.

ATITUDE E COMPORTAMENTO DA PACIENTE

Paciente aparenta-se um pouco inquieto, pois, relata que não gosta muito de ir à consulta, e que não tem tempo de ir ao medico com frequência. Que seu trabalho toma muito do seu tempo e que se estressa facilmente.

Mostra-se preocupado com as condições econômicas de sua família, pois, é o único que trabalha e sustenta toda a família. Mostra preocupação também com o filho, que não tem levado muito a serio os estudos, ‘‘só quer saber de sair com amigos’’. Suspeita que o mesmo esteja fazendo uso de drogas, o qual tem tirado seu sono.

ABORDAGEM INICIAL

Por ser o primeiro contato com o senhor R.O., investiguei qual remédio utilizava para hipertensão. O mesmo disse que foi prescrito Losartana Potássica 50mg duas vezes ao dia, porém, por trabalhar o dia todo fora de casa, acaba que na maioria das vezes esquece de tomar a mediação. Pergunto como é sua alimentação, ele relata que não faz dieta adequada, diz que come de tudo, gosta

principalmente de fritura e carne gorda. Diz que não pratica nenhuma atividade física, pois, já chega em casa no final da tarde e exausto. Ao exame físico paciente apresentava-se: Corado, hidratado, IMC 31,28, não apresenta edema em MMII, circunferência abdominal de 98 cm, AP: normal, AC: taquicardia, dispneico.

Solicitei exames como:

- Hemograma completo;
- Colesterol total
- Triglicerídeos;
- Glicemia em jejum
- Ureia
- Creatinina
- EAS
- ECG
- RX de tórax PA e Perfil

Oriento sobre a necessidade de um jejum de 8-12 horas antes da coleta da amostra de sangue. Oriento também sobre a importância do uso correto do seu medicamento e de adotar hábitos saudáveis de vida como: dieta hipossódica, com baixo consumo de gordura e aumentando o consumo de frutas e verduras, atividade física regular, perda de peso, cessar com tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Conforme preconizado nos Caderno de Atenção Básica – Nº37 - Hipertensão arterial sistêmica. Com isso encaminho o paciente para observação para administração de medicação e controle pressórico na unidade e agendo seu retorno. Após 70 min da administração de Captopril 25mg VO, apresentou PA: 130x80mmHg. Com níveis pressóricos dentro da normalidade, liberei o paciente e lhe pedi que fizesse um monitoramento da PA por cinco dias, anotando sempre a data e horário da aferição, sendo feito pela triagem da unidade.

O paciente retorna a consulta após 20 dias com os dados da triagem: PA: 130x80mmHg e Peso 102,600Kg. Apresenta o monitoramento realizado por cinco dias com media de PA: 120x80mmHg.

Traz consigo os resultados dos exames solicitados na consulta anterior. Com data de coleta no dia 29/08/2016.

- Colesterol Total 342mg/dl
- HDL: 36mg/dl LDL: 184mg/dl
- Triglicerídeos 238mg/dl
- Glicemia em Jejum 89mg/dl
- Ureia 32mg/dl
- Creatinina 1,0mg/dl
- EAS normal
- Hemograma normal
- ECG: dentro dos limites normais

Relata que tem seguido minhas orientações em relação a alimentação e exercícios. Diz que após nossa conversa ficou pensativo e viu a necessidade de mudar seus hábitos de vida. Esta acordando mais cedo para fazer caminhada antes de sair para trabalhar, e tem tomado seu remédio corretamente.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SEGUIMENTO

Reafirmo ao paciente a importância do uso correto do seu medicamento e mudanças no estilo de vida. Mostrei ao senhor R.O. que somente com as mudanças já foi possível obter êxito em seu tratamento, sem necessidade de associar outra medicação. Encaminhei o mesmo para consulta com a nutricionista da unidade, para um acompanhamento adequado de reeducação alimentar. Incentivei a continuar com as caminhadas matinais.

Prescrevi Sinvastatina 20mg 01 vez à noite, para ajudar a normalizar os níveis de colesterol e triglicerídeos.

Notei que o senhor R.O. tem comparecido com mais frequência as consultas de rotina. Estabelecemos uma relação de confiança e acredito que a tendência é obter mais resultados em breve.

LITERATURA DE APOIO

Dentro do tema envolvido com o estudo do caso apresentado, o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde número 37 – Hipertensão Arterial Sistêmica

de 2013, trás informações precisas e atualizadas a respeito do caso estudado, e foi utilizado como fonte norteadora na prática clínica.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Atuo na UBS José Barros Lopes há 01 ano e 05 meses, dentro das atividades desenvolvidas na unidade de saúde, a prática mais relevante que adotei foi em relação ao puerpério. Nesse período as puérperas passam por dificuldades em se adaptar a “nova fase”, já que elas precisam se dedicar inteiramente ao recém-nascido, deixando suas próprias necessidades pra depois. Com uma breve pesquisa identificamos que aproximadamente 30% das puérperas não retornavam para a consulta do puerpério, ficando elas desassistidas após o parto. Sendo assim necessário iniciar um trabalho de acompanhamento adequado e diferenciado com as mesmas. Os ACS da unidade me ajudaram a organizar uma agenda de visita domiciliar, para que assim pudéssemos assegurar o acompanhamento após o parto, garantido o bem estar materno e neonatal.

PUERPÉRIO

O puerpério é o período que ocorre logo após o parto, onde a mulher passa por processo de recuperação da gravidez e por várias mudanças físicas e psicológicas. Sendo assim importante o acompanhamento no pós-parto imediato e no puerpério, prestando o apoio necessário à mulher com o objetivo de ajuda-la no seu processo de reorganização, orientar a família para amamentação, orientar os cuidados básicos com o recém-nascido, diminuir as chances de complicações pós-parto e retomar o planejamento familiar com o aconselhamento sobre métodos contraceptivos, evitando uma nova gestação indesejada e que venha oferecer riscos à gestante.

Além da ajuda profissional é de extrema importância o total apoio da família a puérpera, que com a chegada do bebê elas passam por momentos de ansiedade, medo, dúvidas e alterações constantes de humor. Os sintomas depressivos são

comuns nessa fase, já que a mulher precisa postergar suas necessidades e vida social em função das necessidades do bebê.

AÇÕES DESENVOLVIDAS

Puerpério

Nas consultas pós-parto nós tiramos todas as duvidas que possa existir a mulher e avaliamos; o estado emocional da paciente atentos para quadros de depressão; se tem alguma dificuldade em amamentar o bebê, corrigindo a pega se necessário e avaliando a mama pra ver se tem algum sinal de inflamação ou fissuras; orientamos sobre o uso de contraceptivos, receitando o mais adequado a mesma; verificamos o fluxo e sangramento vaginal; avaliamos a cicatrização e retiramos os pontos em casos de cesárea e explicamos os cuidados do local; orientamos sobre higiene, alimentação, atividade física, atividade sexual; prescrevemos suplementação de ferro; explicamos os cuidados com o bebê e observamos o vinculo entre mãe e filho. Conforme preconizado no Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada – Ministério da Saúde 2006. Com a organização da agenda de visita domiciliar, nos conseguimos de forma eficiente ofertar a todas as puérperas da comunidade o acompanhamento adequado.

Puericultura

Durante as consultas pré-natal montamos um grupo com as gestantes onde os encontros acontecem 1 vez ao mês, além do apoio e esclarecimento durante o período da gestação aproveitamos para reforçar a importância das consultas de puericultura dentro dos prazos estipulados pelo Ministério da Saúde, sendo a primeira antes dos sete dias de vida, sucedida de consultas aos 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses e também oferecemos palestras como forma de conscientização com os temas: o aleitamento materno exclusivo, a importância do teste do pezinho, calendário vacinal da criança, cadastramento no PROAME. Nas consultas de puericultura avaliamos o desenvolvimento psicomotor, avaliamos o estado nutricional e acompanhamos as medidas do recém-nascido. Conforme preconizado Caderno de Atenção Básica número 33, Saúde da Criança, crescimento e desenvolvimento, lançada no ano de 2012.

3. VISITA DOMICILIAR

A unidade de saúde na qual eu trabalho realiza visitas domiciliares semanais para pacientes que possuem dificuldades de se locomover ate a UBS, sejam esses pacientes acamados, puérperas e seus RN na primeira semana de vida, pacientes com dificuldades de deambulação.

No momento, em nossa área de abrangência oficial, temos 08 pacientes que podemos considerar acamados definitivos. O agendamento é feito atrás de reuniões de equipe, onde os ACS espoem as necessidades do paciente, através do conhecimento de situações de risco ou paciente que estão monitorados diariamente em especial Hipertensos e Diabéticos com dificuldade de locomoção e demanda espontânea quando os familiares recorrem à UBS para solicitar a visita. Semanalmente são visitadas em média 7 famílias, por equipe composta por: médica, enfermeira e ACS responsável pela área do paciente.

Até o ano passado nossa maior dificuldade para realizar as visitas de maneira plena era a existência de áreas descobertas, contávamos apenas 04 ACS ativos para cobrir uma área com 866 famílias cadastradas, um total equivalente a aproximadamente 3.461 usuários. Atualmente com a nova gestão contamos com um quadro de 12 ACS ativos, sendo redistribuídos para assim conseguir cobrir todas as áreas de abrangências da nossa unidade de saúde. Lembrando que o numero de famílias esta sendo atualizado, na tentativa de reduzir as áreas sem nenhum tipo de assistência. Esse processo é lento e dificulta a acessibilidade da população ao serviço, levando em consideração que alguns pacientes acamados, sequer estão cadastrados e dessa forma não são de conhecimento da equipe.

Infelizmente no município em que atuo a população não compreende que as visitas são reservadas a pacientes que não podem se deslocar até a unidade de saúde, e precisam de acompanhamento médico, e que visitas são programadas. Muitos familiares chegam ao posto solicitando visita a um paciente que tem total capacidade de se deslocar a unidade, ocupando assim o lugar de um paciente que realmente precisa da visita. “Para ficar mais claro o absurdo um dia, fui a uma visita em que a senhora tinha queixas de lombalgia, chegando à residência da paciente encontramos a mesma roçando seu quintal, quando iniciei a consulta ela queria apenas mostrar o resultado dos seus exames de rotina. Isso acontece por falta de

treinamento aos ACS.” Outra dificuldade que enfrentamos é quando precisamos encaminhar os pacientes para uma avaliação médica especializada fora do município ou realizar exames mais específicos, pois muitas especialidades médicas e certos exames só podem ser agendados em Rio Branco – AC, que apesar de ser outro estado é nossa referencia mais próxima. Nesses casos o município oferece um transporte chamado ’- Tratamento Fora do Domicilio, porem com a alta demanda e uso indevido do transporte, muitos pacientes ficam sem o serviço ou precisam esperar meses para conseguir uma vaga, além do mais as famílias relatam várias limitações para este deslocamento como: não tem dinheiro para hospedagem ou não tem quem acompanhe o paciente, etc.

Em alguns casos, os pacientes precisam de avaliação especializada de profissionais do NASF como o fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, mas estes profissionais também não estão fazendo a visita solicitada, alegando uma demanda elevada, deixando assim o paciente sem o acompanhamento adequado.

A atenção domiciliar é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios de abrangência de cada unidade de saúde. É importante que a equipe esteja preparada para cuidar dos usuários que necessitam desse tipo de atenção.

Nossa equipe segue as orientações básicas do Caderno de Atenção Domiciliar, lançado em Abril de 2012 pelo Ministério da Saúde. De acordo com este instrumento, a atenção no domicílio visa potencializar e resgatar os princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade). Não se trata aqui da visita domiciliar exclusivamente para fins burocráticos de cadastramentos, ações de vigilância entre outros realizada apenas pelo ACS, mas sim aquela voltada aos cuidados de pacientes impossibilitados ou com acesso restrito ao serviço na Unidade, por questões de saúde, mas que estejam precisando passar por avaliação médica ou receber algum procedimento específico.

Dentro desse contexto, visamos praticar os princípios básicos da atenção domiciliar:

1. Abordagem integral da família**:** conhecer o paciente, o ambiente em que vive, as condições de moradia e seus cuidadores.
2. Ter o consentimento da família, Participação do usuário e presença do cuidador: Visando respeitar o espaço de cada paciente e sua rotina. As

visitas que realizamos sempre são previamente comunicadas. Salvo em situações onde exista a suspeita de maus tratos.

3. Trabalho em equipe: Trabalho em conjunto com um objetivo comum. Sempre abordando a visão interdisciplinar entre os membros da equipe.
4. Estímulos a redes de solidariedade: em defesa da vida, articulando a participação local da sociedade civil organizada (ONGs, movimentos sociais, grupos de voluntários, associações, igrejas, etc), potencializa a ação da coletividade na busca e consolidação da cidadania.

Durante a visita domiciliar nós orientamos os cuidadores e familiares ao mesmo tempo sobre os cuidados necessários que precisam ter com o paciente como: medidas básicas de higiene, organizar os medicamentos de uso continuo para que não haja equívoco no momento da administração e entre outros cuidados. O momento da visita torna-se uma oportunidade para promover consulta médica e exame físico destes usuários, já que esses se dedicam integralmente aos cuidados de uma pessoa totalmente dependente, não tendo oportunidade e tempo de recorrer à Unidade de saúde para cuidar de si, aumentando o risco de adoecer. Com o programa Melhor em Casa podemos propiciar um atendimento humanizado exclusivo e personalizado ao usuário, com qualidade, tempo e conforto, já que este é oferecido em seu próprio lar.

Durante a visita domiciliar realizamos a aferição de sinais vitais, realizamos análise da glicemia capilar e pesamos o paciente. A partir daí voltamos atenção para as queixas específicas do usuário e procedemos à consulta propriamente dita, com anamnese, exame físico segmentar e direcionado. Realizamos prescrições e solicitações de exames quando necessários. Prestamos orientações gerais e esclarecimentos de possíveis dúvidas. Nas visitas também é possível realizar pequenos procedimentos como remoção de pontos cirúrgicos e curativos em geral.

4. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Avaliando minha trajetória no curso de especialização, pude perceber que obtive um bom aproveitamento dos conteúdos, pois com o avanço de cada um dos casos discutidos, pude aprofundar mais meus conhecimentos e coloca los em prática com meus pacientes. Sendo o inicio do curso de grande ajuda principalmente para mim que me formei em outro pais, onde as politicas em saúde e organização da atenção básica são diferentes. Com isso foi possível ter uma boa noção do funcionamento da saúde no Brasil.

Infelizmente a teoria é um pouco diferente da prática, o inicio do curso me fez perceber que nem tudo funciona tão bem. Temos como exemplos: falta de medicamentos e materiais, estruturas precárias de algumas UBS e hospitais, demora para realizar alguns exames complementares, uma longa fila de espera para certos tipos de procedimentos, falta de leito nos hospitais, falta de equipamentos para exames complementares, entre outros.

Quando iniciei meu trabalho na Unidade de Saúde José Barros Lopes, peguei vários prontuários sem as informações necessárias do paciente para que pudesse dar o seguimento adequado a cada um deles, infelizmente os médicos escreviam apenas a queixa principal e conduta, em alguns casos nem a conduta encontrava. Com isso precisei coletar todos os dados importantes para conhecer toda historia dos pacientes, o que levava mais tempo em cada consulta do que o esperado, sendo inevitável o atraso nas consultas. O que compensava em parte a espera era a atenção que cada um recebia no momento da consulta, desde um simples “bom dia” a um aperto de mãos, onde ficava nítido o espanto por partes dos pacientes, porque infelizmente existe um problema cultural que o bom atendimento é sinônimo de consulta particular, pago e caro. Onde a quantidade de exames solicitados ainda é mais importante que a atenção dada.

Uma mudança que tentei fazer na UBS foi com a minha agenda profissional, tentei implantar o Hiperdia, Saúde da mulher, do homem, da criança, do idoso e visita domiciliar, porem não funcionou por falta de apoio da gestão do município. A nossa agenda é completamente demanda espontânea, com a justificativa de que a população não aceita ter um dia determinado para ir à consulta. Outro problema que encontrei por falta de organização da agenda foi quanto à quantidade de atendimentos, eram atendidos entre 20-25 pacientes por período, o que atrapalhava

na promoção de saúde. Hoje conseguimos reduzir esse número para 18 atendimentos, sendo 15 demanda espontânea e 03 emergências. Outra mudança que tivemos recentemente foi em relação as notificações de doenças. A semana epidemiológica de diarreia que por problemas de organização da equipe era uma prática negligenciada, com isso passou a ser de responsabilidade dos médicos o preenchimento no momento da consulta. O curso trouxe muitos esclarecimentos para nós, e com esse conhecimento conseguimos organizar alguns pontos importantes dentro da UBS.

Muitas ideias iam surgindo no decorrer do curso para buscar cada vez mais a melhoria na APS, porém sem muito incentivo e apoio dos gestores me impossibilitaram na realização.

Foi muito interessante ver no decorrer do curso, que os casos complexos estudados faziam parte do meu dia a dia na unidade de saúde, cada caso me fazia lembra de um paciente que eu acompanho, o que me ajudou principalmente com aqueles casos difíceis o qual não me sentia muito preparada em alguns aspectos, seja no diagnóstico, na conduta ou no manejo do paciente.

Como experiência pessoal em relação ao curso, foi inevitável a frustação ao me deparar com casos semelhantes ao caso Vera, se tornando uma grande dificuldade, por serem pacientes que não aceitam o tratamento recomendado. Nesses casos é essencial o envolvimento de toda a equipe, o que infelizmente não acontece na nossa UBS por falta de comprometimento em algumas ocasiões que atrasa o avanço de todo projeto.

De cada modulo pude tirar algum aprendizado. O que mais colaborou, foi poder correlacionar os casos estudados com a nossa realidade na prática. Esses casos retratam o verdadeiro paciente, aquele que envolve todos os aspectos da pessoa: social, emocional, físico e mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

SILVANA SAMPAIO DA SILVA

APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DESENVOLVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

BOCA DO ACRE-AM

2016

RESUMO

O presente projeto de intervenção busca contribuir para melhorar a qualidade na busca pelo serviço de saúde pública, tendo como foco a unidade básica de saúde. É fato que o Brasil conta com um modelo de saúde pública que é referência para outros países, isso do ponto de vista legal, do arcabouço legal do país, por outro lado há ainda pessoas sendo preteridas do âmbito do direito e da cidadania, sobretudo, no que concerne o acesso aos serviços básicos de saúde. Nesse sentido a intervenção aqui proposta se dá por dois vieses, um de cunho informativo sobre a funcionalidade da saúde pública, no que diz respeito a baixa, média e alta complexidade, que ajuda, inclusive, a desafogar a demanda equivocada, equivocada no sentido de nem sempre o usuário saber efetivamente onde buscar o serviço correto para seu problema; e outro que é de cunho informativo sobre o direito dos usuários amparado na Carta de Direitos de Usuários da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE; SUS; SERVIÇO; USUÁRIO.

1. INTRODUÇÃO

A saúde faz parte do nosso arcabouço legal, é antes de tudo exercício da cidadania, no período da redemocratização, por exemplo, o debate em torno de uma saúde pública de qualidade, universal e gratuita norteou usuários, trabalhadores e gestores da área do país (SILVA, 1996).

É importante salientar que no Brasil, em sua Constituição Federal de 1824 e de 1891, não havia nenhuma base normativa de efetiva proteção à saúde, porém é com a CF de 1934 e 1937 que se insere a saúde do trabalhador e posteriormente a da criança ainda que de forma incipiente (BOTELHO, 2011).

A Constituição Federal de 1988 é precedida de um grande e amplo movimento sanitarista no Brasil, que insere a agenda da saúde pública efetivamente na ordem do dia, possibilitando assim avanços e resultando na Carta Magna já mencionada, bem como no Sistema Único de Saúde que apesar dos gargalos da política de saúde atualmente, é referência mundial sobre direitos e política pública de saúde (SILVA, 1996).

Atualmente o grande desafio é oferecer um serviço de saúde a todas as pessoas com qualidade, há ainda muitos usuários do SUS desassistidos com relação aos seus direitos, há também um gargalo diante da busca por saúde que é o entendimento das pessoas sobre a baixa, média e alta complexidade, sobre o atendimento de base que é porta de entrada do serviço e do SUS.

PROBLEMA

Faltam informações e orientações sobre os direitos dos usuários do SUS, bem como orientação sobre o que compete a baixa complexidade, as unidades básicas de saúde.

JUSTIFICATIVA

Nossa população majoritariamente carece de informações sobre seus direitos, sobre como se dá minimamente a funcionalidade do serviço de saúde no país, isso por si só é um gargalo, inclusive, para desafogar a grande demanda equivocada de

saúde, em que muitas vezes os problemas são direcionados para serviços errados, em razão da falta de informação e conhecimento sobre o que compete a baixa, media e alta complexidade.

Paralelo à falta de informação sobre como funciona o fluxo do serviço de saúde há outro aspecto que é fundamental, que é básico e pilar para o exercício da cidadania, afinal, a saúde é antes de tudo um direito, é uma conquista, resultado de muita luta e acumulo social a partir dos diferentes atores que pensam, trabalham e usam a saúde pública no país.

Trabalhar o empoderamento social a partir do conhecimento acerca dos direitos constitucionais da saúde é garantir mais acesso a essa érea no país, historicamente grupos e/ou parcelas da população foram marginalizados e preteridos do âmbito do direito e da cidadania, esse processo social e histórico de exclusão continua presente até hoje na sociedade brasileira, sobretudo, nas regiões mais distantes e isoladas do país.

A razão de existência dessa proposta de intervenção é justamente melhorar o serviço oferecido, a partir do usuário, de seu conhecimento sobre o que compete a Unidade Básica de Saúde, mas não somente isso, trabalhar, sobretudo, os seus direitos amparados na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Promover estratégias de Educação em Saúde para usurários do Sistema Único de Saúde, com foco na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os maiores gargalos dos usuários na busca pelo atendimento de saúde pública;
- Palestrar sobre a saúde pública a partir da baixa, média e alta complexidade;
- Palestrar sobre a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde;
- Distribuir a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde;

3. REVISÃO DE LITERATURA

SAÚDE ENQUANTO DIREITO

Saúde é, e sempre será causa de inúmeras discussões e reivindicações. Por se tratar de um termo subjetivo e de ampla abrangência, que envolve o biológico, o social, o econômico e o geográfico. No inicio do século XX não se falava de saúde como um verdadeiro direito fundamental, até então a saúde estava relacionada a um direito à vida, protegida pelas declarações iniciais de direitos fundamentais como a Declaração de Virginia 1776 e a Declaração Francesa 1789 (SCHWART, 2001).

Mais adiante, na passagem do Estado Liberal para o Estado do Bem Estar Social no inicio do século XX, que começou a se falar em saúde sob a perspectiva de ser um verdadeiro direito fundamental.

Somente com o pós-guerra, e com a criação da Organização das Nações Unidas – ONU em 1945 é que o cenário começa a mudar. Do preâmbulo da Constituição Organização Mundial da Saúde – OMS, de 26 de julho de 1946, consta que “a saúde é o completo bem estar físico, mental social e não apenas a ausência de doenças” (SCHWART, 2001, p. 32).

Vale ressaltar que há uma superação da visão antiga de que saúde era sinônimo de ausência de doença, passando ela a ser conceituada como algo mais amplo, abrangendo não só os aspectos curativos e preventivos, mas também os de promoção de saúde. Saúde, nessa concepção, não é mais apenas a ausência de doenças, mas também um completo bem estar físico, mental e social.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a dignidade da pessoa humana passou a ser considerado um valor universal a ser observada por todos os povos, sendo considerado um paradigma para a valorização dos direitos humanos e em defesa a saúde.

Em 1945 a Declaração Universal dos Direitos Humanos traz a tona esse paradigma, conforme dispõe em seu art.25: Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança

no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

Logo, a saúde passou a ser inserida como um contexto nas condições do meio ambiente, ou seja, a saúde passou a ser associada a uma boa alimentação, a um trabalho decente, ao horário de lazer, a moradia, a previdência e a assistência. Segundo Botelho: O Estado passa então a ser cada vez mais solicitado a intervir na vida social, já que não se mostra suficiente apenas a garantia da segurança, propriedade e liberdade, mas, sim exigem-se hoje medidas de planejamento econômico e social aptas a estruturar em um sistema completo de prestações sociais (BOTELHO, 2011, p. 44).

Tratar do direito a saúde como matéria constitucional, se faz necessário à menção ao alicerce dos direitos fundamentais, qual seja: a dignidade da pessoa humana. No que condiz ao direito fundamental à saúde a Constituição de 1988 é a primeira Carta brasileira a consagrar este direito. Por sustentar que o direito à vida, é valor supremo de ordem constitucional, que declara hipótese elementar de todos os direitos previstos constitucionalmente.

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma forma mais avançada de descentralização estatal que não fica resumida à mera descentralização política. Ela concebe a existência de uma verdadeira cooperação organizada entre os entes federativos integrantes da Republica Federativa do Brasil, na busca tão almejada em matéria de ações e serviços de saúde.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas são mecanismos para promoção de direitos, são estratégias importantes para consolidação da cidadania. Nesse sentido reforçar os marcos legais, os documentos que reforçam o aspecto de garantia de direitos é um importante mecanismo de difusão dos avanços legais que existem atualmente, Souza traz a seguinte reflexão sobre políticas públicas, a define como: Campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e ou entender por que o como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem

seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real (SOUZA, 2003, p. 13).

Como ressalta Souza, o Governo direciona ações com incidência em grupos, segmentos e/ou parcelas da população, essas ações resultam em políticas públicas e tais mecanismos são importantes para situar o processo político no que diz respeito a direitos e garantias de forma específica aqui, para os diversos usuários da saúde pública.

As políticas são também estratégias para promoção de direitos, são importantes para consolidação da cidadania. Entende-se a política pública inserida no conjunto das intervenções do Estado que se refletem, principalmente, na ponta, no usuário que é assistido pela mesma. Situar o debate sobre as políticas públicas requer também uma sequência cronológica, e a sua relação direta no conflito de interesses, é fato que as políticas públicas podem ser analisadas por alguns vieses, um do ponto de vista da inclusão e promoção social e outro que tem uma relação direta com o mercado cuja finalidade é enfrentar os novos desafios no processo produtivo e seus desdobramentos políticos, sociais e éticos (SCHWART, 2001).

As políticas cumprem um importante papel ao promover inclusão, garantia de direitos, qualidade de vida e condições dignas de saúde, avanços tecnológicos e a integração dos diversos setores da sociedade desde a economia aos setores que historicamente foram alijados do âmbito do direito e da cidadania.

Ao se pensar a (re)formulação de políticas, faz-se necessário considerar o Brasil de dimensões continentais, com ampla e rica diversidade social, cultural, econômica, regional, marcado por inúmeras desigualdades sociais, diferenças essas que demandas respostas diversas e plurais.

E é justamente nesse país diverso e de desigualdades que é preciso difundir cada vez mais as políticas públicas existentes, os direitos conquistados, os marcos legais e documentos consolidados que reforçam a importância do serviço de qualidade, mas, sobretudo, respeitando os direitos adquiridos com muita luta e resistência. Há inúmeras políticas que visam os mais diversos setores da sociedade, o Governo Federal tem alguns documentos que reúnem as diferentes políticas públicas para os diversos públicos, como mulheres, negros, índios, LGBT, idosos, pessoas com deficiência, entre outros.

É preciso sensibilidade e atenção para entender as singularidades das diversas circunstâncias da população brasileira, afinal, não se pode tratar diferentes

como iguais, é preciso garantir equidade social e de direitos, nesse sentido com a finalidade de garantir direitos a essa população, são fatores fundamentais e relevantes para consolidar direitos e cidadania no Brasil, com inclusão e justiça social. É notadamente a partir da década de 80 que a política de saúde no Brasil ganha ênfase constitucional, entrada em vigor a Constituição de 1988, onde a saúde passou a ser considerada direito fundamental social, os constituintes tiveram a necessidade de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que se deu por meio da institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Observa ainda que a Lei 8.080/90 procurou definir o que compete a cada um dos entes federativos, aperfeiçoando assim sua atuação institucional no país.

Tendo sido estabelecido e regulamentado pela própria CF, em especial quanto aos princípios pelos quais se estrutura e os objetivos a que deve atender, além de consistir no resultado de aperfeiçoamentos efetuados a partir de experiências anteriores frustradas, mas, sobretudo na condição de resultado de reivindicações feitas pela própria sociedade civil organizada, o SUS pode ser definido como garantia constitucional.

Além disso, o SUS buscou superar as distorções dos modelos anteriores a Constituição de 1988, que limitavam a assistência à saúde aos trabalhadores formais, restando às demais pessoas apenas o atendimento particular e até mesmo a indigência. O SUS é o grande marco político de saúde no Brasil, é partir dele que muitas políticas se estruturaram (SCHWART, 2001). Já foi mencionado anteriormente alguns marcos na política de saúde do país, aqui se ressalta, em 1991, a criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) assim como da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém criado SUS.

Foi no mesmo ano criado a primeira norma operacional básica do SUS. Em 1993 foi publicada a Norma Operacional Básica - NOB-SUS, que buscava a implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido formulada (SCHWART, 2001).. Em 2002 é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, cuja finalidade é no processo de regionalização do SUS, em 2006 é assinado Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Há outros documentos e políticas importantes que hoje compõem o arcabouço legal as políticas públicas de saúde no país, como a Política Nacional de

Humanização do SUS, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, são exemplos da política de saúde no Brasil.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma intervenção qualitativa, em que se palestrará em Unidades Básicas de Saúde a partir de dois vieses:

O primeiro de cunho informativo sobre qual a funcionalidade da saúde pública a partir da baixa, média e alta complexidade, como orientação geral para facilitar a busca pelo atendimento e serviço de Saúde e, como forma de ajudar a melhorar o fluxo do atendimento, desafogando assim a grande demanda equivocada sobre a busca do serviço;

O segundo viés trata de forma específica da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, nesse segundo com caráter mais informativo (e de empoderamento) sobre esse importante documento que esclarece sobre os direitos dos usuários frente ao serviço público de saúde;

Será realizada uma visita semanal em uma Unidade Básica de Saúde a fim de ministrar as palestras/orientações aos usuários como forma de ajudar a melhorar a relação entre usuário e serviço público de saúde.

Uma visita em um dia da semana, durante três meses, a visita contará com duração de 60 minutos, tempo esse dividido entre orientações e possíveis esclarecimentos de dúvidas dentro das duas questões abordadas, a funcionalidade da saúde a partir da baixa, média e alta complexidade, e a Carta de Direito dos Usuários da Saúde.

5. CRONOGRAMA

Procedimento Atividade	an	ev	ar	bril	ai	un
Coleta de informações;						
Sistematização das informações;						
Definição da UBS;						
Contato com a Direção da UBS para início das palestras;						
Palestras / orientações nas UBS;						

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Livros;
- Ofício, para encaminhar a UBS, solicitando autorização para ministrar as palestras;
- Impressão de alguns exemplares da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde;

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Melhorar a qualidade na busca pelo serviço de saúde;
- Difundir informações sobre a funcionalidade do serviço público de saúde;
- Orientar os usuários sobre seus direitos a partir da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde;
- Desafogar a demanda equivocada da saúde a partir da orientação sobre o que compete a uma Unidade Básica de Saúde;
- Atingir o maior número possível de pessoas com informações sobre o SUS, no sentido de ampliar o acesso de forma qualitativa aos serviços oferecidos pela rede publica;

REFERÊNCIAS

BOTELHO, Ramon Fagundes. A Judicialização do direito a saúde: a tensão entre o “mínimo existencial” e a “reserva do possível” na busca pela preservação da dignidade da pessoa humana. Curitiba: Juruá, 2011.

SCHWART, Germano. Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Heliana Marinho da. A POLÍTICA PÚBLICA DE DESIGUALDADE NO BRASIL: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH, Salvador, n. 39, jul./dez. 2003.