



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Luis Augusto Defreyr Tenconi

Implementação de ações programadas em uma Unidade Básica de Saúde

Florianópolis, Março de 2023

Luis Augusto Defreyen Tenconi

Implementação de ações programadas em uma Unidade Básica de Saúde

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Darla Lusía Ropelato Fernandez
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Luis Augusto Defreyen Tenconi

Implementação de ações programadas em uma Unidade Básica de Saúde

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Darla Lusia Ropelato Fernandez
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Sabe-se que o planejamento visando atender às necessidades da população adscrita é parte fundamental do processo de trabalho na Atenção Primária. Com ações planejadas é possível reduzir custos, otimizar o tempo de trabalho da equipe, realizar atendimentos em grupo e colocar em prática medidas mais efetivas de prevenção e promoção de saúde. A Unidade de Saúde do bairro Imigrantes carecia de ações programadas para atender as principais demandas de seus usuários. Com isso, incorporamos essa estratégia ao nosso processo de trabalho. Objetivou-se com este projeto aumentar o número de ações programadas na Unidade Básica de Saúde do bairro Imigrantes, no município de Timbó-SC. Metodologicamente, o primeiro passo foi contar com apoio de toda a equipe e o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Após, elaboramos estratégias de trabalho em grupo com base nas principais demandas e nas necessidades dos pacientes que precisam de acompanhamento para comorbidades crônicas. O resultado almejado foi fornecer à população opções variadas de grupos de apoio para diminuir queixas recorrentes em consultas agendadas e de livre demanda e que poderiam ser manejadas de forma mais efetiva em atividades em grupo. Além disso procurávamos melhorar o processo de promoção e prevenção de saúde através de palestras educativas. Esperávamos, também, aprimorar o cuidado longitudinal dos pacientes com comorbidades crônicas, em especial Diabetes Mellitus e Hipertensão Essencial.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão, Organizações de Planejamento em Saúde, Serviços Preventivos de Saúde, Vigilância da População

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A cidade na qual fui alocado, Timbó, é localizada em Santa Catarina, numa região conhecida como o "Vale Europeu" e apresenta suas raízes fortemente ligadas à cultura alemã (TIMBO.SC.GOV.BR, 2020). Ainda é usual o uso da língua nativa daquele país em alguns ambientes familiares. Contudo, especialmente nos últimos meses, observamos um aumento na imigração de pessoas de outras regiões brasileiras, em especial, da região Nordeste. São majoritariamente pessoas jovens que vêm em busca de oportunidades de emprego. Há também uma pequena parcela, de idade avançada, que vem em busca de melhor acesso aos serviços de saúde. Esse fenômeno migratório possivelmente irá, no longo prazo, reduzir a influência cultural alemã e mudará o perfil social local.

A cidade como um todo é bastante urbanizada, incluindo o bairro no qual atuo, o bairro Imigrantes. Boa parte das ruas são pavimentadas mas existem sim algumas ainda com estrada de chão. Dentre os equipamentos sociais do bairro dignos de nota posso citar sete Igrejas de diversas vertentes, uma unidade Pré Escolar, uma Escola Estadual, um Sindicato de Metalúrgicos e um Sindicato Rural.

Para sintetizar os dados expostos até o momento, Timbó é considerada pela ONU (Organização Mundial da Saúde) como a 10^a melhor cidade do País para se morar (NSCTOTAL.COM.BR, 2013) e apresenta IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,784, classificado, portanto, como IDH alto (BR.UNDP.ORG, 2020). O bairro apresenta, em geral, boa renda familiar, contanto com apenas 7 famílias participantes do programa "Bolsa Família".

Conforme os dados apurados nos módulos de "Saúde e Sociedade" e "Epidemiologia", o bairro conta com um total de 3775 pessoas e 1402 famílias. Desses, 2000 são mulheres e 1775 são homens. Avaliando pirâmide etária, 686 usuários cadastrados têm mais de 60 anos de idade, 2277 têm entre 20 e 59 anos, 221 ficam entre 15 a 19 anos e 591 têm até 14 anos de idade. (SAUDE.SC.GOV.BR, 2018)

Dentre as comorbidades observadas destacam-se Hipertensão Essencial e Diabetes Mellitus. A primeira apresenta uma prevalência de 14,11% indicando um total de 533 pacientes. Já a segunda condição apresenta menor prevalência, afetando 4% da população, ou seja, 151 pessoas (SAUDE.SC.GOV.BR, 2018). Também são dignos de nota os cânceres de pele não melanoma, já que na região predominam pessoas caucasianas. Ainda em decorrência de costumes herdados dos antepassados, especificamente de hábitos alimentares, observa-se também muitos casos de obesidade e hipercolesterolemia. Para intensificar o problema, o relato de sedentarismo, especialmente entre os idosos, é bastante frequente.

Ao longo de 2019 realizei um total de 5253 procedimentos médicos. Desse total, 3139 foram atendimentos médicos gerais, urgência e emergência. Outros 102 atendimentos foram de Puericultura, 149 consultas Pré Natais, 86 visitas domiciliares e 3 colocações de

DIU, os quais comecei a realizar na própria unidade por volta do final do último ano. Além disso, foram mais 251 consultas apenas para retorno com exames e 1523 consultas apenas para renovação de receitas contínuas e controladas.

Ao pensar um pouco sobre os atendimentos realizados, analiso que a maior parte foi focada em duas demandas principais: solicitação de exames complementares e dores em geral. Com relação à primeira demanda, percebi que isso é algo considerado muito importante para os moradores desse bairro, inclusive para os mais jovens. Muitos não têm hábitos de vida saudáveis, mas querem fazer exames complementares todos os anos para "ver como está a saúde". Tento sempre enfatizar que manter hábitos saudáveis é mais importante do que realizar exames de rotina que não trazem benefícios comprovados. Mas a maioria dos usuários não mudam seu estilo de vida e continuam dando importância para o "check up" anual. Já com relação à demanda de dor, seja aguda ou crônica, percebi que a maior parte tem relação com o sistema musculoesquelético, o que me remete à falta de atividade física. Aqui também há um desafio, pois não consigo perceber mudanças significativas em uma grande parte dos usuários. Alguns começam caminhadas, mas apenas leves e esporádicas e muitos mantêm a esperança que existe algum remédio que irá curá-los ou que o Ortopedista poderá resolver o problema completamente.

Baseado nessas duas demandas citadas, e com o incentivo de um projeto de intervenção proposto pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde, nossa equipe reuniu-se e começou a pensar em ações que pudessem melhorar esse realidade. A dinâmica que vinha acontecendo evidenciou que muitas pessoas procuravam por consulta com queixas muito semelhantes, que necessitavam, para sua resolução, da contribuição do próprio usuário e de outros profissionais. Além disso, essa demanda acabava dificultando o acesso de pacientes com problemas crônicos e que, esses sim, precisavam de exames complementares semestrais ou anuais para avaliar a evolução de sua comorbidade. Nós contávamos com um Hiperdia, mas esse, era inoperante. Podíamos caracterizá-lo como o dia para retirada de receitas de medicamentos de uso contínuo. Não havia longitudinalidade para nossos pacientes com doenças crônicas, para conseguirem seu acompanhamento, tinham que ir à fila juntamente com os casos de dores e com outros usuários sem comorbidades que queriam seus exames anuais.

Após essa reflexão, resolvemos mudar nosso processo de trabalho. Partimos do pressuposto de que para melhorar essa situação, precisávamos de ações voltadas para trabalhos em grupos. Dessa forma poderíamos otimizar a avaliação e conduta de um conjunto de pessoas com problemas semelhantes e também coordenar e planejar o cuidado de pacientes crônicos. Pensamos, então, em começar a criar grupos de apoio em nossa Unidade Básica de Saúde. Vimos essa estratégia como bastante benéfica para nossa realidade e algo no qual teríamos uma boa governabilidade.

Em nossa visão, os maiores beneficiados seriam os pacientes crônicos que não conseguiam manter seu acompanhamento de forma adequada. Secundariamente, esperávamos

que os pacientes com dores crônicas poderiam ter maiores benefícios se utilizássemos a estratégia de abordagem em grupo, focado nas suas dores.

Penso que essa intervenção faz-se necessária devido a importância que a Longitudinalidade tem no âmbito da Estratégia em Saúde da Família. A promoção e prevenção em saúde deve ser ofertada a todos, mas é preciso que se tenha um olhar diferenciado para pacientes que apresentem fatores de risco. A falta de acompanhamento desses usuários pode descompensar suas doenças de base e acabar onerando e sobrecarregando as atenções secundária e terciária.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Aumentar o número de ações programadas na Unidade Básica de Saúde do bairro Imigrantes no município de Timbó-SC.

2.2 Objetivos específicos

- Implementar um Hiperdia funcionante na UBS;
- Implementar grupos voltados para as principais demandas da nossa população;
- Sensibilizar a equipe de saúde sobre os benefícios do cuidado através de grupos de apoio;
- Aumentar a adesão dos usuários às ações programadas criadas;
- Melhorar a integração da equipe com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3 Revisão da Literatura

Planejamento é definido como o ato de planejar, criar um conjunto de ações para que se atinjam metas estipuladas (MICHAELIS, 2016). Planejar é primordial para o sucesso de qualquer projeto e deve, portanto, ser aplicado também na esfera da Atenção Básica. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 a mesma caracteriza-se por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (SAÚDE, 2006). Portanto, identificar problemas locais, determinar metas, planejar e controlar os resultados são passos fundamentais para que se exerça Atenção Básica na sua essência.

Essa percepção sobre a necessidade de planejamento na Atenção Básica começou desde os seus primórdios. No final do século XIX, com a expansão de doenças infecto-contagiosas no Brasil, iniciaram-se ações de controle sanitário que incluíam vacinação em massa e internação obrigatórias (SCHRAIBER; VILASBÔAS; NEMES, 2020). Mesmo sendo algo inconcebível para os padrões de moralidade atuais, eram ações voltadas para a prevenção em saúde e contrapunham o modelo biomédico que imperava na época.

No início do século seguinte, em 1920, surgiu na Inglaterra o relatório Dawson que objetivava um modelo de atenção à saúde com menor custo e maior resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2020). O relatório previa um sistema de saúde dividido em níveis de atenção de caráter hierárquico. No nível regional, os centros de saúde primário contavam com médicos generalistas que deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde. Os casos de insucesso seriam encaminhados para os centros secundários que contavam com médicos especialistas. O novo modelo proposto pelo relatório Dawson influenciou a organização de diversos sistemas de saúde no mundo.

Já no ano de 1965 o modo de planejar a saúde evoluiu substancialmente na América Latina com o surgimento do Planejamento de Saúde cujo enfoque encontrava-se no aprimoramento da parte econômica da organização para melhor atender às necessidades da população, incluindo a de menor renda (RIVERA, 2020).

Como forma de sintetizar os vários estudos feitos mundialmente, foi criado um documento em 1978 a partir dos resultados da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata. Esse documento foi responsável por definir o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS). Foram preconizadas as seguintes ações para o desenvolvimento da APS: “educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais” (FAUSTO; MATTA, 2020). O documento de Alma-Ata é um marco no que tange a organização da APS e

exerceu forte influencia no amadurecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Tais mudanças na forma de enxergar saúde iam de encontro ao modelo biomédico, que predominava na época. Esse modelo começou a ser cunhado ainda no Renascimento, a partir de diversas mudanças no pensamento que passou a ter enfoque na racionalidade e na ciência. Com isso, houve avanços importantes na área da biologia e no entendimento da fisiopatologia de algumas doenças e gerou maior atenção à doença e à cura e excluiu a possibilidade de outros determinantes na gênese de enfermidades. A idéia de agentes unicausais ganhou ainda mais força na década de 1860 quando Louis Pasteur descobriu o papel patogênico de algumas bactérias (BARROS, 2020). O modelo teve como marco histórico o ano de 1910 com a proposta de ensino médico de Abraham Flexner baseada em premissas como o biologicismo, fragmentação do corpo humano no estudo, tecnificação, individualismo, curativismo e uma forma de prestar saúde hospitalocêntrica (VERDI et al., 2020).

Contudo, devido seu alto custo e impossibilidade de explicar e tratar diversas condições, crescia em paralelo o modelo biopsicossocial que atribuía ao estilo de vida das pessoas, seus aspectos psicológicos e sociais, grande influência à sua saúde. Começou-se a dar atenção à carga horária de trabalho, saneamento básico, cuidado da alimentação e melhoria nos salários (VERDI et al., 2020). O modelo biopsicossocial ganhou notoriedade em 1977 com George Libman Engel, justamente ao fazer questionamentos sobre o modelo biomédico. Segundo Engel para que se entenda os determinantes de uma doença e chegar a um tratamento adequado é necessário levar em conta o indivíduo, seu contexto social e sua cultura, e apontou o modelo biopsicossocial como uma forma de abordagem mais adequada aos profissionais de saúde (ENGEL, 1977). À luz dos conhecimentos atuais, esse é o modelo mais aceito e preconizado pelo SUS, embora o modelo de ensino Flexneriano ainda influencie muitas escolas médicas brasileiras.

De fato todos esses avanços históricos influenciaram fortemente as políticas públicas de saúde do nosso país. Pudemos perceber muito sucesso nas políticas de prevenção de agravos infecto-contagiosos como Tuberculose e Hanseníase, na educação e prevenção sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, nas campanhas de vacinação, no incentivo à prevenção e promoção de saúde da mulher, do adulto, criança e dos idosos, entre outros exemplos.

Uma prova está na própria Política Nacional de Atenção Básica que indica como característica do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária o “desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis” (SAÚDE, 2006)

Diante do exposto, a relevância do presente estudo encontra-se na necessidade de adequar o processo de trabalho exercido em nossa Unidade Básica de Saúde àquela preconizada pelo Sistema Único de Saúde, que foi fruto de diversos avanços conquistados no

Brasil e no mundo.

4 Metodologia

O projeto de intervenção foi realizado objetivando aprimorar a prestação de saúde para a comunidade do bairro Imigrantes, na cidade de Timbó – SC. O bairro possui alta prevalência de doenças crônicas, em especial Hipertensão Essencial e Diabetes Mellitus. Como visto, ações planejadas de acordo com as necessidades e demandas da população são mandatórias para que se exerça Atenção Primária (FAUSTO; MATTA, 2020) (SAÚDE, 2006). Com isso, o objetivo almejado foi o de aumentar o número de ações programadas. A meta era implementar um Hiperdia funcionante e grupos voltados para as principais demandas. A fim de melhor avaliar a evolução do projeto, bem como otimizar a sua execução, foram criados 3 objetivos específicos. Os objetivos foram: (1) Conscientizar a equipe de saúde sobre os benefícios do cuidado através de grupos de apoio; (2) Conseguir e manter boa adesão dos usuários às ações programadas criadas e; (3) Melhorar a integração da equipe com o NASF.

Para todos os objetivos citados as metas já foram traçadas e as ações já começaram a ser colocadas em prática. Portanto, a seguir será detalhado a evolução de cada um.

O primeiro objetivo específico citado foi o de esclarecer a equipe de saúde sobre a importância dos grupos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Para colocá-lo em prática nossa ação foi levantar a questão em uma reunião de equipe, explicando a alta demanda de dores crônicas e o acompanhamento aquém do ideal de pacientes com doenças crônicas. Começamos a abordar o tema em meados de Agosto de 2019 e nas reuniões subsequentes pensávamos em possíveis grupos para suprir essas demandas. O nosso preditor de sucesso para esse objetivo foi um pouco abstrato, pois nos embasamos no engajamento de todos para com o novo projeto de trabalho. Usamos como parâmetro o interesse sobre o assunto e, em especial, a formulação de novas ideias, ou seja, o "brainstorm" que era feito durante as reuniões. Consideramos o resultado como bom, uma vez que a construção do problema, a criação do projeto e a sua realização e manutenção contava com o engajamento de todos o que, felizmente, fez-se presente.

No início do projeto consideramos que o objetivo de conseguir boa adesão da população seria o mais difícil de alcançar, fato que se concretizou. Vimos nossa ação limitava-se à divulgação dos mesmos. Desse modo, colamos cartazes nas paredes e na fachada da Unidade e orientamos individualmente os pacientes, com grande auxílio das Agentes de Saúde. No decorrer do tempo alguns grupos contaram com boa adesão e outros tiveram que ser cancelados. Contudo, nossa avaliação foi que a tentativa foi exitosa, já que conseguimos manter o funcionamento de 4 dos 6 novos grupos criados. Implementamos o Cuidado Apoiado (antigo Hiperdia), o grupo de alongamentos, grupo de gestantes, grupo de puericultura, grupo de atividade física e o grupo de saúde mental. Desses, os dois últimos possuíam baixa adesão e foram, por hora, suspensos. Para avaliarmos a eficiência

de nossas ações consideramos que seria necessário oferecer uma boa diversificação de grupos, ou seja, grupos com diferentes propósitos. Aqui avaliamos nossa ação como ótima, uma vez que foram 6 novos grupos criados. Outro preditor era a forma de divulgá-los. Utilizamos materiais impressos, cartazes e abordagem individual, sempre na Unidade de Saúde. No início do projeto pensamos que essas formas de divulgação eram satisfatórias; contudo, com o auxílio dos materiais educativos do curso de especialização, ficou claro que podemos utilizar outros espaços sociais para divulgação, como escolas e igrejas. Outro indicativo que usamos para avaliar a adesão foi o número de pessoas que frequentavam os grupos e o número de faltas. Consideramos, a princípio, um total de 10 pessoas como ideal para os grupos de apoio. Conseguimos apenas no grupo de alongamentos. Colocamos como ruim um número menor que 4 pessoas, que foi a média que conseguimos com o grupo de saúde mental. O quórum do grupo de atividade físico era um pouco maior, chegou até um máximo de 6 pessoas. O critério "número de faltas" foi utilizado para as ações que eram feitas usando o método de agendamento. Estipulamos o critério de 3 faltas como o máximo aceitável. Felizmente, esse limite nunca foi alcançado no grupo de Pré Natal. Porém, em alguns dias, o número de faltas alcançou e, algumas vezes excedeu esse limite nos grupos de Puericultura e no Cuidado Apoiado. Porém, eram casos esporádicos. Dessa forma, consideramos que o objetivo geral foi cumprido, pois conseguimos fornecer uma boa variedade de opções de grupos para nossa população e conseguimos boa adesão na sua maioria.

A criação desses grupos não teria sido possível sem o apoio do NASF, o que nos traz ao último objetivo específico citado. Nosso objetivo foi melhorar nossa comunicação com esses profissionais e nossa meta foi a criação de grupos com apoio multidisciplinar. Fomos muito bem recebidos e o NASF já participou diretamente de todos os grupos, contando com Psicóloga, Nutricionista, Fisioterapeuta e Educadora Física. A Educadora Física coordenou o grupo de Atividade Física, a Fisioterapeuta coordena o grupo de alongamentos e realiza auriculoterapia no mesmo momento e todas já ministraram palestras nos grupos de Puericultura e Pré Natal. Nosso primeiro parâmetro para avaliação foi conseguir uma reunião com as profissionais e expor nossos projetos, o que foi rapidamente concluído. A partir de então, avaliaríamos a atuação de cada profissional nos grupos. Consideramos o objetivo como concluído ao perceber a rápida prontificação quando solicitada uma palestra em algum grupo programado e, também, observando a forma como algumas profissionais abraçaram certos projetos e passaram inclusive a coordená-los de forma primorosa.

5 Resultados Esperados

No decorrer dos últimos dois anos a equipe começou a colocar em prática as ações propostas pelo trabalho de projeto de extensão. Cada objetivo específico traçado visava o objetivo principal de aumentar o número de ações programadas na Unidade Básica de Saúde.

Para sensibilizar a equipe sobre a importância o tema foi escolhido usar o espaço da reunião de equipe. O engajamento de todos é pré requisito fundamental para o êxito na transição do processo de trabalho. De fato, o resultado veio consoante o esperado. As agente comunitárias de saúde foram fundamentais na divulgação e estruturação do programa "Cuidado Apoiado". Elas eram responsáveis por visitar as casa e informar sobre a operacionalidade do novo programa e já informar o dia da consulta do usuário portador de comorbidade crônica. A enfermagem também atuou diretamente através de acolhimento, triagem e consultas de rotina. Os técnicos de enfermagem também realizavam acolhimento e entregavam as medicações prescritas e/ou renovados ao final das consultas. É importante pontuar que, devido à pandemia do COVID19, foi optado por suspender por hora o programa a fim de evitar aglomeração e evitar expor os pacientes portadores de doenças crônicas. Está sendo estudo como manter o acompanhamento desses pacientes de forma adequada, apesar das limitações.

Conforme pontuado, para o projeto funcionar de acordo com o almejado, era preciso a colaboração de todos. Com isso, mostrava-se crucial aprimorar a integração da equipe com NASF. Esse já se fazia presente em nossa unidade, mas com atuação irregular e com pouca comunicação entre esses profissionais e a equipe. Na Estratégia de Saúde da Família a atuação multidisciplinar é fundamental para que se exerça a Integralidade. Felizmente, para contarmos com o apoio desses profissionais só bastava um passo inicial. Através de uma reunião expomos nosso plano de criar grupos de apoio para cobrir as demandas da população e o que esperávamos de apoio por parte do NASF. Seus membros aderiram de prontidão.

O objetivo principal do projeto foi criar ações programadas, seja de forma individual ou em grupo, baseadas nas principais necessidades dos usuários. Essa idéia surgiu a partir da percepção acerca da necessidade de planejamento para otimizar nosso tempo e executar princípios básicos como Equidade e Integralidade. Com isso, após esse planejamento, criamos novos grupos de apoio. Foram eles o Cuidado Apoiado, Puericultura, Pré Natal, Atividade Física, Alongamento e Saúde Mental.

O "Cuidado Apoiado" era voltado para pacientes portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Essencial. Montamos um calendário com atendimentos todas as terças e quintas feiras e em cada dia eram atendidos usuários de determinadas ruas, para que todos fossem contempladas de forma sistemática. No decorrer do ano, o usuário passaria por, no

mínimo, uma consulta com médico, enfermeiro e nutricionista, com a frequência do acompanhamento a depender da sua estratificação de risco. Com isso queríamos manter maior controle sobre nossos doentes crônicos, que não tinham o acompanhamento preconizado conforme sua comorbidade. De fato, enquanto o grupo durou, mantivemos boa adesão e resultados promissores. Esperamos, após melhora da pandemia, retomar as atividades.

No dia do Grupo da Puericultura todas as consultas eram marcadas no período matutino. Durante a manhã, além da consulta médica, era realizada uma palestra sobre cuidados com a criança. Essas palestras eram feitas por enfermeiro, nutricionista, dentista, médico, ou algum outro profissional que poderia contribuir de forma relevante. O Grupo do Pré Natal apresentava operacionalidade semelhante ao anterior, contando também com apoio multidisciplinar.

Os Grupos de Atividade Física e Alongamento eram preparados por profissionais do NASF, educadora física e fisioterapeuta, respectivamente. Visamos contemplar a grande demanda de dores osteomusculares crônicas e esperávamos que essas queixas diminuíssem nas consultas de demanda espontânea. Isso de fato aconteceu, muitos usuários, principalmente idosos, que vinham em consultas recorrentes com queixas articulares, procuraram menos atendimento.

Para que tudo funcionasse precisávamos ainda da adesão da população. Considerando o histórico de tentativas frustradas de criação de atividades programadas e agendadas, estávamos receosos de obter baixo quórum para nossos grupos. Em anos anteriores houveram tentativas de formação de grupo de gestante, que não prosseguiram devido à baixa adesão. A estratégia foi oferecer opções variadas de grupo e informar sobre seus benefícios. Para a divulgação, confeccionamos cartazes, panfletos e contamos com a ajuda das agentes de saúde para informar individualmente. Com isso, o resultado foi melhor do que o esperado inicialmente. Somente dois grupos foram suspendendo devido a baixa adesão, o de atividades físicas e o de saúde mental. Todos os outros foram elogiados pelos usuários e contaram com boa adesão, além de terem cumprido com nossas expectativas e necessidades.

Referências

- BARROS, J. A. C. de. *Pensando o processo de saúde: a que responde o modelo biomédico?* 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008>. Acesso em: 17 Jun. 2020. Citado na página 16.
- BR.UNDP.ORG. *Ranking IDHM Municípios 2010*. 2020. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 9.
- ENGEL, G. L. *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. 1977. Disponível em: <https://w2.fop.unicamp.br/dos/psicologia_aplicada/downloads/Texto_Complementhttps://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>. Acesso em: 17 Jun. 2020. Citado na página 16.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*. 2020. Disponível em: <<https://tinyurl.com/y9b2x22u>>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- MICHAELIS, H. *Michaelis*. São Paulo: Melhoramentos, 2016. Citado na página 15.
- NSCTOTAL.COM.BR. *A 10ª melhor do Brasil*: Cidade foi classificada pela onu como décima no ranking das melhores cidades para se viver. 2013. Disponível em: <<https://www.nsctotal.com.br/noticias/a-10a-melhor-do-brasil>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 9.
- RIVERA, F. J. U. *Planejamento de Saúde*. 2020. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. *Política nacional de Atenção Básica*. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- SAUDE.SC.GOV.BR. *Tabnet Atenção Primária*. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/atencao-basica/10417-tabnet-atencao-primaria>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 9.
- SCHRAIBER, L. B.; VILASBÔAS, A. L. Q.; NEMES, M. I. B. *Programação em Saúde e Organização das Práticas*: Possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no sistema Único de saúde. 2020. Disponível em: <<https://tinyurl.com/yd93daog>>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado na página 15.
- TIMBO.SC.GOV.BR. *Fundação e Histórico*. 2020. Disponível em: <<https://www.timbo.sc.gov.br/a-cidade/fundacao-e-historico/>>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 9.

VERDI, M. I. M. et al. *Saúde e Sociedade: Reconhecimento da realidade*. 2020. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/87374/mod_resource/content/6/mod2-saude_e_sociedadeok.pdf>. Acesso em: 17 Jun. 2020. Citado na página 16.