

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



## **Trabalho de Conclusão de Curso**

### **Melhorias no Acolhimento na Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família Dr. Gilberto Wiesel em Selbach/RS**

Bruna Rocha Reolão

Selbach/RS, junho de 2017.

**Bruna Rocha Reolão**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhorias no Acolhimento na Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família Dr. Gilberto Wiesel em Selbach/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA como requisito para a conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade, sob orientação da Professora Msc Cátia Maria Justo.

Selbach/RS, junho de 2017.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	6
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO .....	10
4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	12
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	14
6. REFERÊNCIAS.....	15
7. ANEXOS.....	17
• Anexo Principal – Projeto de Intervenção (PI).....	18

## 1. INTRODUÇÃO

Sou médica recém formada, chamada Bruna Rocha Reolão, e tenho vinte e quatro anos. Me formei na Universidade de Passo Fundo (UPF) em Passo Fundo/Rio Grande do Sul (RS) em final de 2015. Logo que me formei iniciei a fazer alguns plantões de vinte e quatro horas no interior (Espumoso, Não-Me-Toque); porém percebi que ainda era muito inexperiente para gerenciar uma Sala de Emergência sozinha. Percebi que seria melhor iniciar trabalhando com a Atenção Básica, uma vez que dificilmente surgem emergências, qualquer dúvida que houvesse haveria tempo para revisar e ainda haveria as teleconsultorias disponíveis pelo TelessaúdeRS para discutir casos com especialistas. Iniciei então, jornada de quarenta horas semanais em Nova Bassano/RS, onde tive meu primeiro emprego de tempo integral e uma experiência incrível junto a equipe de saúde e a população local.

Após quase três meses de trabalho, fui selecionada para participar do programa PROVAB disponibilizado pelo Governo Federal, em Selbach/ RS, em maio de 2016, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Gilberto Wiesel, trabalhando trinta e duas horas semanais na unidade de saúde, e tempo disponível de oito horas semanais para realização de atividades do curso de especialização em Medicina de Saúde da Família proposto pelo programa. Desde que ingressei no programa aprendi muito a cerca da Atenção Básica e aprimorei meus conhecimentos práticos, fazendo com que houvesse maior confiança em minhas condutas.

Selbach é uma pequena cidade do interior do estado com cerca de cinco mil habitantes, a qual é predominantemente rural; maioria da população tira seu sustento a partir da agricultura e da pecuária.<sup>1</sup> Os produtos são gerenciados em sua compra e venda através de uma cooperativa – a Cotrisoja, que se localiza no centro da cidade. Existem duas escolas de ensino fundamental e uma de ensino médio, duas creches, e um asilo para idosos. A igreja apresenta presença importante na vida da população, sendo que quase todos os eventos são realizados no salão paroquial adjacente a igreja (por exemplo, festas de casamento, velórios, reuniões). Há uma praça ao ar livre no centro da cidade que é sede de algumas atividades de lazer realizadas pela população

(por exemplo, a academia ao ar livre e atividades relacionadas a promoção de saúde).

Na unidade de saúde em que trabalho, ainda não apresentamos consultas por agendamento; ou seja, ainda funcionamos através do atendimento por demanda por distribuição de um número pré-determinado de fichas à população; Logo, quando acabam as fichas acabam os atendimentos, exceto urgências. Este tipo de acesso dificulta à promoção de saúde e prevenção de doenças, visto que se a pessoa está se sentindo bem, ela dificilmente procura a unidade de saúde; visto que a busca ocorre apenas quando há resfriado, dor muscular ou gastroenterite, por exemplo.<sup>1,2,5</sup>

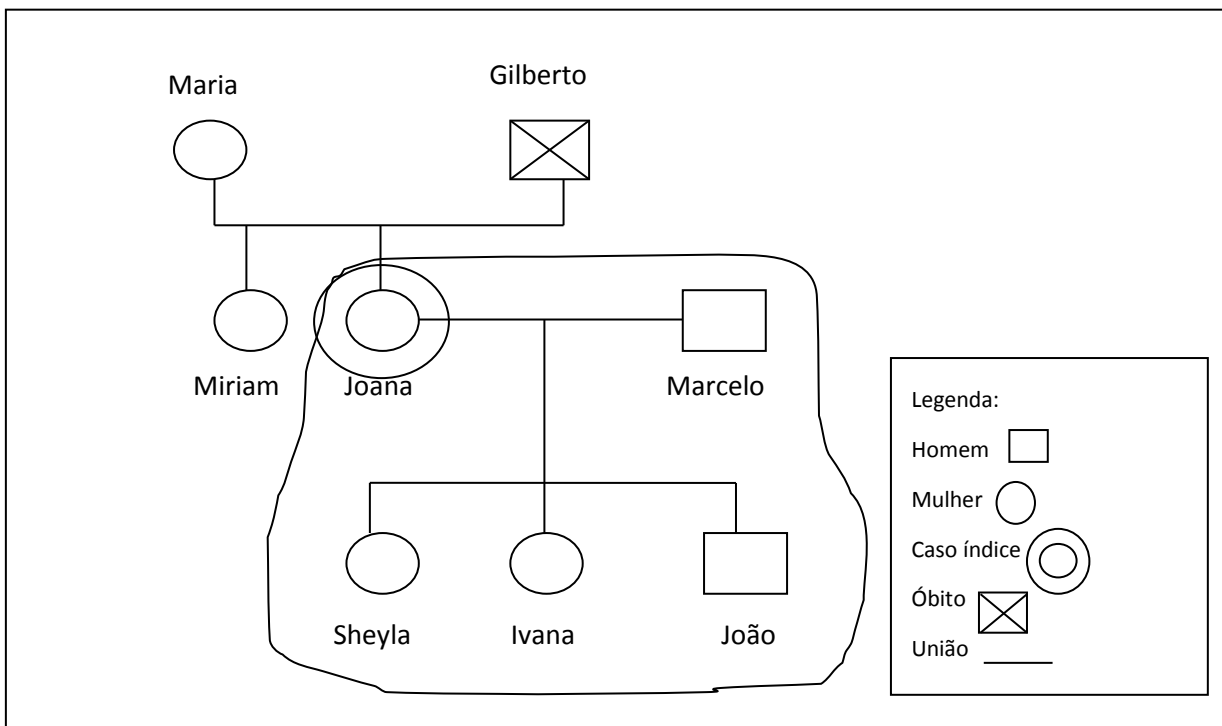
Outro problema que apresentamos nesta UBS é a sua territorialização, pois esta UBS se localiza no centro e deveria atender apenas a população urbana adscrita; porém, como as unidades rurais não contam com médico em tempo integral e a estrutura é de má qualidade, a população busca prioritariamente esta UBS, fazendo com que a mesma superlote, e não consiga atender adequadamente a população adscrita.<sup>1,2,5</sup>

Devido a estes problemas salientados, decidi realizar meu Projeto de Intervenção (PI) sobre melhorias no Acolhimento da Atenção Básica, para que algumas dificuldades sejam sanadas ou pelo menos atenuadas, promovendo melhoria no acesso e cuidado dos usuários dos serviços de saúde. O PI em sua íntegra se encontrará em anexo ao final deste trabalho para melhor explicitação dos pontos descritos anteriormente.<sup>1,2,5</sup>

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Aprendi muito durante meu trabalho na atenção básica, sendo que os casos que atendo na unidade de saúde são muito variados e complexos, cada um com sua singularidade. Entretanto, algumas queixas se repetem frequentemente, como por exemplo – ansiedade, depressão, hipertensão ou diabetes descompensados, gastroenterites agudas, resfriados, e infecções do trato urinário. Creio que estas queixas citadas anteriormente são as mais prevalentes nesta unidade; dessa forma, descreverei um caso típico de saúde mental como modelo de tantos outros que já atendi nesta unidade.

Um certo dia a Srta. Joana (nome fictício para preservar a identidade da paciente), mulher, de 34 anos, procurou a unidade de saúde por queixa de ansiedade generalizada persistente e ganho ponderal (cinco quilos em dois meses). Paciente já apresentava personalidade ansiosa, porém há cerca de quatro meses apresentou piora de seu quadro, atrapalhando sua qualidade de vida e atividades do cotidiano. Nunca havia realizado tratamento por este motivo e faziam anos que não realizava exames laboratoriais. Como comorbidade apresentava apenas sobrepeso e sedentarismo; negava qualquer alergia a medicamentos. Mãe da paciente também apresenta comportamento ansioso no momento com tratamento medicamentoso e pai falecido aos 45 anos por acidente de carro. Segue abaixo seu genograma na Figura 1.



**Figura 1.** Genograma da Sra. Joana. Circulam-se as pessoas que vivem juntas em mesmo domicílio.

No exame físico foi evidenciado bom estado geral, com peso de 75kg e Índice de Massa Corporal (IMC) 27kg/m<sup>2</sup>, pressão arterial (PA) de 120/85mmHg, temperatura axilar (T<sub>ax</sub>) 36°C, ausculta respiratória e cardiovascular sem particularidades, frequência cardíaca de 82bpm, abdome sem alterações, cintura abdominal de 96cm, exame neurológico normal.

Como conduta ao caso clínico descrito, optei por solicitar exames laboratoriais para descartar alguma causa secundária deste transtorno de ansiedade e ganho ponderal, como função tireoidiana; assim como também para pesquisar outras comorbidades associadas ao transtorno devido ao sobrepeso e hábitos sedentários que a paciente apresenta, como perfil lipídico e glicemia de jejum. Aliado a isso, prescrevi Clonazepam 2,5mg/ml 3-5 gotas ao dia se crises de ansiedade até o retorno para consulta médica com exames laboratoriais.

No retorno, a paciente refere alívio parcial de crises de ansiedade com o uso de Clonazepam, apresentando leve sonolência diurna quando fazia uso de 5 gotas ao dia do medicamento. Trouxe o resultado dos exames laboratoriais solicitados, os quais evidenciavam apenas dislipidemia – LDL



137, HDL 40, colesterol total 215, triglicérides 186; com demais exames laboratoriais dentro dos limites da normalidade. Paciente negava qualquer passado de dislipidemia em exames prévios, porém últimos exames realizados há mais de cinco anos.

Como conduta orientei mudanças no estilo de vida (MEV) – como prática regular de atividade física, dieta hipolipídica e perda ponderal. Encaminhei paciente ao nutricionista e orientei repetir perfil lipídico sérico em torno de seis meses para avaliar controle com MEV. Encaminhei paciente para acompanhamento psicoterápico com psicóloga da UBS e iniciei Fluoxetina 20mg 1 comprimido (cp) via oral (VO) ao dia como tratamento inicial do transtorno generalizado de ansiedade, orientei sobre possíveis efeitos adversos da medicação, e sobre a demora em obter efeito clínico pelo uso do medicamento, devendo fazer uso regular deste para que apresentasse melhora do quadro. Reduzi número de gotas de Clonazepam para apenas 3 gotas ao dia se crises ansiosas. Sugeri retorno em torno de 3-4 semanas para reavaliação ou antes se necessário.

No Projeto Terapêutico Singular realizado em equipe multidisciplinar evidenciamos alguns riscos e vulnerabilidades da paciente, como por exemplo, irmã mais velha usuária de drogas inalatórias (crack), e ambiente precário em que paciente mora – casa de madeira de construção precária. Algumas metas a serem atingidas pela paciente são: a curto prazo – o abandono do sedentarismo e dieta hipolipídica; a médio prazo – controle de transtorno de ansiedade, perda ponderal e redução de níveis lipídicos; a longo prazo – manutenção de mudanças de estilo de vida. Sendo a atuação da psicóloga fundamental para auxílio no controle ansioso, e da nutricionista fundamental para manutenção de dieta hipolipídica e perda ponderal. Meu papel ficou definido como controle de sintomas e controle laboratorial de níveis lipídicos.

Na reavaliação em consultório médico, paciente apresentou melhora parcial de quadro, com redução no número de crises de ansiedade, assim como no número de vezes em que necessitou utilizar Clonazepam. Refere estar cuidando mais a alimentação e iniciou com caminhadas regulares 3x na semana, ainda não iniciou acompanhamento com nutricionista devido a

fila de espera para consultas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém já agendou atendimento. Nesta consulta, aumentei a dose de Fluoxetina 20mg para 2cp VO ao dia e solicitei retorno em 3-4 semanas.

No retorno para reavaliação, a paciente apresentou melhora completa de seus sintomas ansiosos com melhora importante de sua qualidade de vida e no relacionamento com seus amigos e familiares. Oriente sobre manter dose atual por um período de 6-12 meses, tempo de tratamento que dependerá de sua evolução clínica; e retorno em cerca de quatro meses quando retornará com o novo perfil lipídico.

Aprofundando a discussão sobre minha conduta realizada, revisei na literatura sobre formas de tratamento de dislipidemia e encontrei um dado que me confortou – a dietoterapia pode reduzir em 10-15% o valor de colesterolemia, sendo de fundamental importância no manejo inicial do paciente dislipidêmico. Os princípios a serem seguidos na dietoterapia são: ingestão de gordura total correspondendo a até 30% das calorias totais diárias, carboidratos com 50-60%, e proteínas com 1g/kg de peso ideal.<sup>2,10</sup>

Já sobre o transtorno de ansiedade generalizada, consta na literatura que o principal tratamento seria o acompanhamento psicoterápico associado a ansiolítico – neste caso clínico optei pela Fluoxetina fixo e pelo Clonazepam se necessário, visto que ambos constam na lista de medicamentos básicos do SUS, para que paciente possa adquiri-los gratuitamente.<sup>2,11</sup>

Encerrei esta descrição de caso clínico neste momento, aguardando o novo retorno da paciente para avaliar controle de dislipidemia e sobrepeso, e para manter acompanhamento de tratamento de distúrbio ansioso; porém com satisfação de ver a paciente progredir em tão pouco tempo para um estilo de vida mais saudável e com melhor bem estar e auto estima.

### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Na unidade de saúde onde estou atuando, havia uma espécie de acordo entre pacientes, enfermeiros e médicos, quanto à renovação das receitas de medicamentos controlados. O paciente solicitava a nova receita por contato verbal, a enfermeira anotava o pedido em um papel, e no meio do turno de trabalho do médico, inclusive interrompendo a consulta de outros pacientes, solicitava renovação urgente, pois o paciente já estava sem medicação e estava aguardando a nova receita para que pudesse retirar os medicamentos do mês – “doutora, é só carimbar”. Isto dificultava o conhecimento sobre o caso clínico do paciente, a necessidade do mesmo permanecer em uso destes medicamentos ou até mesmo a revisão da dose dos mesmos, e dificultava também o registro em prontuário, visto que ao final do turno nem se lembravam mais quais pacientes haviam solicitado receitas ou até mesmo quais os medicamentos prescritos.

Orientei a gestora de saúde sobre o que estava ocorrendo e a mesma me explicou que eu tinha liberdade para organizar esta parte do meu trabalho como preferisse. Dessa forma, organizamos um esquema em que o paciente necessitava ter ao menos uma consulta em prontuário com o nome dos medicamentos em uso e suas respectivas doses, para iniciar o processo de renovação de receitas, onde seria revisado o estado geral do paciente e o controle de suas comorbidades, a realização de exames de *screening* de outras patologias, a necessidade de uso dos medicamentos e estipulado o tempo de uso dos mesmos; sendo que as reconsultas deveriam ser ao mínimo semestrais para revisão do planejamento do tratamento do paciente, individualizando a necessidade de acompanhamento clínico caso a caso.

Os pacientes que desejassem apenas renovação da receita entre períodos de avaliação clínica, poderiam trazer a segunda via do receituário controlado, e assim teriam sua receita renovada por dois meses, e assim por conseguinte, sempre revisando em prontuário quando o paciente retirou a medicação pela última vez e avaliando quando foi a última avaliação clínica.

A mudança de estratégia na abordagem à saúde mental foi bem aceita pela população e pela equipe de enfermagem, os quais se beneficiaram desta forma mais organizada e acessível de manter o tratamento para suas patologias. Ainda permanecemos com esta forma de abordagem atualmente.

Acredito que ainda não seja a forma ideal de abordagem para estes casos, visto que o melhor seria sempre a consulta médica, inclusive para renovação de receitas, pois a reavaliação de efeitos colaterais e modo de uso são sempre necessárias, principalmente em pacientes com baixo nível sócio-econômico, com dificuldade na compreensão de orientações. Reforço a medida tomada como apenas de caráter emergencial e para organizar o processo de atendimento de forma sistematizada.

Entre os planos para o futuro, está a implementação de renovação de receitas apenas por consulta médica, a qual poderá ser implementada mais facilmente após adesão da agenda de atendimentos, para que os pacientes possam agendar uma consulta em horário e data pré-determinados, ao invés de retirar fichas e aguardar horas por atendimento com ainda tem sido feito.

#### 4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na unidade de saúde em que atuo, logo que iniciei minhas atividades, ainda não dispúnhamos de visitas domiciliares, sendo que os pacientes debilitados ou acamados eram trazidos por seus familiares à unidade de saúde ou à emergência do hospital local para atendimento médico. Isso dificultava o seguimento destes pacientes, os quais procuravam os serviços de saúde somente por queixas agudas, e quase nunca para consultas de rotina.

Já haviam atendimentos de outra áreas da saúde por meio de visita domiciliar, como por exemplo pela equipe de enfermagem e da fisioterapia, que faziam acompanhamentos semanais nestes pacientes. Contudo, consultas médicas eram realizadas exclusivamente na unidade de saúde. Este modo de organização do trabalho dificultava o atendimento integral do usuário de serviços de saúde e seu acesso aos serviços médicos.

Após planejamento entre a equipe de saúde, conseguimos reservar parte de um turno de trabalho semanalmente para a realização de visitas domiciliares. Estabelecemos um dia da semana fixo para esta atividade, para que os pacientes que procurassem atendimento na unidade de saúde pudessem se organizar para consultar em outros períodos, e para que os pacientes acamados soubessem os dias de visita que o médico poderia lhes visitar.

Iniciamos com cerca de dois atendimentos domiciliares no final do turno da manhã de todas as sextas-feiras, sendo que no início do turno, o médico realizaria no mínimo cinco consultas na própria unidade, para atender as demandas espontâneas, antes de sair para a visita domiciliar. No início um obstáculo foi organizar a data em que ambos o médico e a enfermeira tivessem disponibilidade de horário; após este, o próximo obstáculo foi a organização para deixar um meio de transporte disponível para a realização das visitas.

Organizados estes pontos principais, ficou fácil de manter este controle semanal de visitas, as quais passaram a ser em número de três a quatro por semana. Ainda não conseguimos organizar um roteiro para seguimento das

visitas domiciliares já realizadas, sendo que atualmente o retorno dos pacientes se dá pelos familiares que trazem os exames do paciente a unidade de saúde ou pelo contato telefônico dos mesmos que ligam agendando uma visita domiciliar.

A parte de identificação de casos que necessitariam de visitas domiciliares por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ainda é precária, visto que há pouca comunicação entre estes e a equipe de saúde, por ainda não termos dia fixo para reunião de equipe semanalmente; logo, os casos identificados muitas vezes são negligenciados pela equipe de saúde em virtude desta deficiência na comunicação entre os membros da equipe.

Uma dificuldade apontada foi com os pacientes que necessitam de debridamento quinzenal de suas lesões de pele (ex. pé diabético), que atualmente ainda necessitam vir até a unidade para a realização deste procedimento, visto que há grande dificuldade na realização destes em domicílio, pois muitas vezes a habitação do paciente é precária e mal iluminada, o que dificulta o sucesso do procedimento, retardando a evolução da cicatrização local. O que fez estes pacientes aderirem ao debridamento quinzenal foi a disponibilização de transporte pela prefeitura municipal, que em datas e horários pré-determinados buscam o paciente em casa e o trazem à unidade de saúde para este fim.

De forma geral, acredito que este quesito das visitas domiciliares evoluiu bastante em um ano desde que estou nesta unidade, e acredito inclusive que a equipe de saúde está engajada para manter as mudanças realizadas e progredir num melhor cuidado dos pacientes acamados, independentemente do próximo médico que irá assumir os cuidados desta unidade de saúde.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o curso de especialização a distância em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) pelo programa federal do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) do Ministério da Saúde, tive a possibilidade de aprofundar meus conhecimentos sobre o atendimento médico geral à população, conhecendo o paciente em sua integralidade, incluindo o meio em que vive e o convívio com seus familiares.<sup>1</sup>

Acredito que esta experiência foi bastante produtiva para meu crescimento pessoal e profissional, uma vez que a prática de atendimentos mais generalistas ajuda na construção do conhecimento sem focar em alguma especialidade específica do atendimento médico.<sup>1</sup> Pude também, conhecer mais sobre o atendimento de outros profissionais da saúde e como atuam, como por exemplo, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, etc; fazendo com que pudéssemos atender os pacientes de forma interdisciplinar.<sup>3,4</sup>

O modo de aprendizado via Educação a Distância (EAD) dificulta um pouco a adesão dos alunos ao curso, visto que as atividades se tornam cansativas e monótonas, mesmo com uso de vídeos ou leituras complementares. Sugiro para as próximas edições do programa a inclusão de mais aulas presenciais, inclusive em núcleos regionais, evitando a centralização das aulas apenas na capital – Porto Alegre/RS.

## 6. REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> SAÚDE, Ministério da. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. 2ª Edição – Editora MS. Brasília/DF, 2010.
- <sup>2</sup> SAÚDE, Ministério da. *Cadernos de Atenção Básica n. 28: Acolhimento à Demanda Espontânea – Volume I*. 1ª Edição. Brasília/DF, 2013.
- <sup>3</sup> SAÚDE, Ministério da. *Cadernos de Atenção Básica n. 28: Acolhimento à Demanda Espontânea – Volume II*. 1ª Edição. Brasília/DF, 2013.
- <sup>4</sup> Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. *Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa*. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):144–9.
- <sup>5</sup> SOUZA, Elizabethe C. F., et al; *Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.
- <sup>6</sup> RONCATO, Patricia; et al. *Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família*. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 2012.
- <sup>7</sup> SILVA, Livia; et al. *O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde*. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.
- <sup>8</sup> GUERRERO, Patrícia; et al. *O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde*. Enferm. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013
- <sup>9</sup> BECK, Carmen; et al. *O acolhimento como proposta de reorganização da assistência a saúde: Uma análise bibliográfica*. Saúde, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008
- <sup>10</sup> Sociedade Brasileira de Cardiologia. V DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE. ISSN-0066-782X • Volume 101, Nº 4, Supl. 1, Outubro 2013.
- <sup>11</sup> CASTILLO, Ana Regina GL, et al. Transtornos de ansiedade. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(Supl II):20-3.
- <sup>12</sup> Ministério da Saúde. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª Edição, Brasília/DF, 2007.



<sup>13</sup> DATASUS. Cadernos de Informação de Saúde – Rio Grande do Sul. Link Selbach. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>> Acessado em 24/01/2017.

## 7. ANEXOS

- Princípios dietéticos para tratamento das hipercolesterolemias.<sup>10</sup>

Tabela III - Princípios dietéticos para tratamento das hipercolesterolemias		
Nutrientes	Metas Dietéticas	
	Ingestão Recomendada	
	Fase 1	Fase 2
Gordura total	Menos que 30% das calorias totais	
Ácidos graxos saturados	menos que 10% das calorias totais	menos que 7% das calorias totais
Ácidos graxos polinsaturados	Até 10% das calorias totais	
Ácidos graxos monoinsaturados	10% a 15% das calorias totais	
Carboidratos	50% a 60% das calorias totais	
Proteínas	1g/kg de peso ideal	
Colesterol	<300 mg/dia	<200 mg/dia
Calorias totais	Para atingir ou manter o peso desejável	



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Melhorias no Acolhimento na Atenção Primária à Saúde na Estratégia de  
Saúde da Família Dr. Gilberto Wiesel em Selbach/RS**

Bruna Rocha Reolão

Selbach/RS, abril de 2017.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 OBJETIVOS – GERAL E ESPECÍFICOS.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
4 METODOLOGIA.....	27
5 CRONOGRAMA.....	29
6 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	31
7 RESULTADOS ESPERADOS.....	30
8 REFERÊNCIAS.....	32
9 APÊNDICES E ANEXOS.....	34

## 1. INTRODUÇÃO

O Acolhimento em Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para a organização do funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), uma vez que a mesma é a principal porta de entrada dos usuários para acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>1</sup>

O Acolhimento tem como base orientar o fluxo de atendimento dos usuários, desde sua entrada à UBS, distinguindo as consultas agendadas e as consultas por demanda, distinguindo a ordem de atendimento das consultas por demanda, orientando o fluxo de pacientes conforme encaminhamento e contra-referência de especialistas, entre outros.<sup>1</sup>

Nesta Estratégia de Saúde da Família (ESF), Dr. Gilberto Wiesel, em Selbach/RS, ainda apresentamos algumas falhas no processo de implantação adequada do Acolhimento – como, por exemplo, a falta de consultas por agendamento; estando a organização dos atendimentos somente sob a forma de demanda espontânea, o que muitas vezes dificulta o acesso de pacientes ao serviço de saúde.<sup>2</sup>

Este Projeto de Intervenção (PI) visa organizar e implementar o Acolhimento de forma plena e satisfatória, para promover melhorias nesta ESF, de forma a facilitar o primeiro acesso dos usuários e manter o seguimento daqueles que apresentam necessidade de cuidados de saúde contínuos.<sup>3</sup> Escolhi este tema justamente pela forma como irá facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde no município.

As melhorias no processo de acolhimento se darão sob a forma de tópicos, em que citamos as deficiências observadas e as possíveis soluções para cada uma delas – como, por exemplo, inclusão de consultas por agendamento, organização da ordem de atendimentos quando demanda espontânea, organização de fluxo de pacientes conforme referência e contra-referência; entre outros.<sup>4,5</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Avaliar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Dr. Gilberto Wiesel em Selbach/RS em relação aos pré-requisitos da Atenção Primária a Saúde (APS) para proporcionar um adequado acolhimento dos usuários de serviços de saúde do SUS.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reduzir tempo de espera dos pacientes para mostrar exames de rotina;
- Manter seguimento de pacientes quando solicitado retorno à consulta médica;
- Manter seguimento de paciente quando encaminhado para internação hospitalar ou para especialista;
- Evitar que pacientes idosos, gestantes, ou com criança de colo aguardem tempos prolongados para atendimento;
- Agendar paciente quando demanda não for urgente;
- Organizar reuniões semanais com equipe desta ESF para atendimento multidisciplinar aprimorado.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

O Acolhimento tem como principal característica assegurar o acesso aos usuários de saúde no SUS; sendo assim, o acolhimento objetiva ouvir todos os pacientes, resolver os problemas mais simples, ou referenciar os pacientes se necessário. Implica em atendimento com resolubilidade e responsabilização, constituindo um momento de aproximação com o usuário e possibilitando o resgate de valores de solidariedade, cidadania, respeito com o outro e estabelecimento de vínculo entre os envolvidos. (GARUZZI, M.; 2014)

Partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde e de que, havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta precisa de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Em boa parte dos serviços, esse espaço é uma sala de acolhimento (lugar especificamente tomado com essa função, mas que deve ser visto como um dos momentos e espaços de acolhimento, sem exclusividade, pois há – ou pode haver – acolhimento antes e depois, com ou sem uma sala específica). (SAÚDE, Ministério; 2013)

Um ambiente acolhedor, uma postura responsável e confiável de toda equipe que assistirá esse indivíduo, desde sua entrada até a saída do serviço após o atendimento, são fatores condicionantes para que se estabeleça o acolhimento. Acolher não significa simplesmente satisfazer a pessoa atendida, mas buscar a resolutividade ou realizar encaminhamentos a fim de promover a reabilitação da saúde da mesma. A assistência de qualidade, dentre seus objetivos, engloba a satisfação da clientela, mas sabe-se esta nem sempre é possível ou ainda esse ato não é capaz de promover ou reabilitar totalmente a saúde. (SILVA, Livia; 2008)

Na tentativa de atender a todos, os usuários se deparam com o longo tempo de espera para o atendimento e com a necessidade de chegar muito cedo para garantir a consulta médica. Assim, há quem justifique que a limitação dos horários e a inserção dos médicos com número determinado de



atendimentos no acolhimento visa a preservar a qualidade das consultas e a organização da demanda, orientando os recursos disponíveis conforme as prioridades da ESF. (GARUZZI, M.; 2014).

Alguns fatores podem ser apontados como obstáculos para o desenvolvimento do trabalho acolhedor, como a pressão da demanda (gerando um tempo reduzido para o atendimento), o desconhecimento da realidade da população por alguns membros da equipe que não realizam atividades extramuros, o imediatismo inerente à sociedade atual, a dificuldade de realizar encaminhamentos para especialistas, o despreparo dos profissionais para o trabalho em equipe e para o acolhimento de demandas de saúde mental, o desgaste da equipe e a resistência dos usuários, decorrente da hegemonia do modelo médico-privatista, limitação de espaço físico, limitação de horários, postura do profissional, falta de condições da ESF para atendimentos de urgência e falta de retaguarda de serviços de remoção. Outras dificuldades seriam: falta de estruturação e pessoal (ambiência e atitude), precariedades nas unidades (principalmente na zona rural), excessiva priorização de segmentos populacionais específicos (quase exclusividade dos portadores de doenças crônicas), protocolos incipientes e predomínio de práticas curativo-individuais. (GARUZZI, M.; 2014).

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem evoluído nos últimos anos, buscando alcançar os princípios de universalidade, equidade e integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde; contudo, essa evolução não tem sido suficiente para assegurar uma efetiva acessibilidade aos serviços, pois, apesar dos grandes avanços do sistema vigente, ainda há muitos entraves nos modelos de atenção no que se refere ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. Além disso, o acolhimento tem ocorrido por ordem de chegada, sem avaliação de risco, o que levanta a real necessidade dos gestores e profissionais de saúde reverem suas práticas e conceitos para viabilização de um acesso com equidade e resolutividade. (RONCATO, P.; 2012)

O problema do acolhimento pouco efetivo atinge com maior impacto prontos-socorros de urgência e emergência. Ciente desses problemas, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Cartilha da Política Nacional de

Humanização – PNH, na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência, o qual vê a classificação de risco como um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço. (RONCATO, P.; 2012)

Avaliar os riscos e a vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados. (SAÚDE, Ministério; 2010).

Visto que os critérios hoje utilizados pela atenção primária são muitas vezes a prioridade dada individualmente pelo profissional, em detrimento da ótica centrada no usuário e sem seguir critérios de avaliação objetivos, conclui-se que é imprescindível a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco na Estratégia de Saúde da Família, pois além de passar segurança para toda equipe, também cumpre com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, principalmente mantendo a equidade e priorizando os pacientes que necessitam de atendimento imediato. (RONCATO, P.; 2012)

O acolhimento-reorganização dos serviços, na voz dos usuários, responde ao aspecto da qualidade do atendimento (bom ou precário) e da marcação de consultas, com relação ao tempo de espera, ao sistema de distribuição de fichas e ao atendimento preferencial de grupos, por exemplo, crianças. Os principais fatores valorizados pelos usuários são o vínculo do usuário com o serviço de saúde e o desempenho profissional de quem presta o atendimento. (GUERRERO, P; 2013)

O acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas apropriadas por todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores, em cada seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho. Existe um espaço aberto de possibilidades

na construção do sistema de saúde, sendo essencial que os atores sociais sintam-se no direito de desejar a mudança e que visualizem a concretude da proposta. O usuário deve ser sujeito da situação, na qual a responsabilização e coresponsabilização devem estar presentes para que se tenha resolutividade. Todos os serviços de saúde devem ser constantemente reavaliados, flexibilizados e produzidos, a partir da avaliação de cada situação específica para assim, possibilitar qualidade e satisfação à usuários e trabalhadores. (BECK, C; 2008)

Apesar das dificuldades, vários fatores positivos em relação ao acolhimento apontam para a melhoria da qualidade de se fazer saúde. Acredita-se que a saúde é um território de práticas em permanente construção, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres. Conflitos, muitas vezes são necessários para que a reflexão e redefinição de prioridades aconteçam. O desafio que se coloca a todos trabalhadores é o de repensar valores, questionar a ética, superar as dificuldades, inventar e reinventar maneiras novas e cada vez melhores, mais criativas e capazes de beneficiar a saúde e construir cidadania, contribuindo para um país mais justo, solidário e digno de se viver. (BECK, C; 2008)

Desta forma, a implantação plena do Acolhimento se torna um desafio, mas com esforço e metas é possível ultrapassar estes obstáculos, em vista de um futuro melhor para atenção básica no Brasil.

#### 4. METODOLOGIA

Este Projeto de Intervenção (PI) se estrutura na identificação de problemas presentes no processo de acolhimento desta Estratégia de Saúde da Família (ESF) e formulações de soluções e meios de adequar as ações de forma a atingir o pleno acolhimento dos usuários do SUS. Segue abaixo uma tabela que ilustra a metodologia desta intervenção.

PROBLEMA	SOLUÇÃO
Longas filas e demora para atendimento dos usuários nesta ESF.	05 consultas de agendamento por turno (queixas não urgentes, mostrar exames, renovação de receitas); 05 consultas por demanda (queixas agudas) e 02 consultas de urgência (somente quando queixas urgentes).
Dificuldade de manter seguimento de pacientes após primeiro contato (ex. demora em média de 45 dias para paciente trazer exames de rotina realizados, uma vez que já apresenta exames em mãos).	Agendamento de consulta no mesmo dia do primeiro contato, para paciente já saber o dia de retornar; e busca ativa de pacientes através dos Agentes comunitários de Saúde (ACS).
Dificuldade de seguimento após paciente ser encaminhado para internação hospitalar ou para especialista.	Fornecimento obrigatório de contra-referência por parte da equipe referenciada sobre o atendimento prestado e plano para manejo terapêutico de paciente.
Idosos, crianças pequenas ou gestantes sem atendimento prioritário.	Conscientização da população sobre priorização de atendimento, e organização por parte da equipe de saúde para atender pacientes mais vulneráveis primeiro; colocação de cartazes na unidade sobre priorização de atendimento.

<p>Dificuldade de comunicação entre membros da equipe de saúde com demora na organização e esquematização de atendimentos na ESF.</p>	<p>Reuniões semanais entre membros da ESF, para levantamento de problemas e para propor melhorias na estrutura e na forma de organização da mesma, produzindo estratégias conjuntas para enfrentamento de problemas.</p>
<p>Dificuldade de acesso de exames complementares, visto que poucos exames se apresentam disponíveis aos usuários do SUS (ex. ultrassonografias).</p>	<p>Listagem de exames básicos necessários para um adequado atendimento dos usuários e planejamento de gestão para disponibilizar estes aos usuários.</p>

## 5. CRONOGRAMA

O cronograma abrange um período de cinco meses e se encontra descrito na tabela abaixo (anos de 2016 e 2017).

Procedimento	OUT/16	NOV/16	DEZ/16	JAN/17	FEV/17
Apresentação de trabalho para equipe de saúde e gestão municipal de saúde	X				
Reunião de equipe para organizar melhorias no acolhimento e divulgar informações entre membros da equipe de saúde	X	X			
Capacitação da enfermagem para realização de triagem e acolhimento de pacientes		X			
Divulgação para população sobre mudanças no modo de atendimento dos pacientes (ex. via rádio e/ou jornal local, divulgação através dos ACS)		X	X		
Organização na agenda de atendimentos para reunião semanal da equipe de ESF		X	X	X	X
Análise de resultados através de enquetes sobre satisfação da população com mudanças realizadas					X
Apresentação dos resultados					X

para equipe de saúde e gestão municipal de saúde					
---	--	--	--	--	--

## 6. RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto utilizará recursos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Selbach/RS para a Unidade Básica de Saúde Dr. Gilberto Wiesel. O computador e impressora já se encontram disponíveis e funcionantes na unidade.

Os recursos humanos necessários são os membros da Estratégia de Saúde da Família – 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 secretária e 7 agentes comunitários de saúde (ACS).

Os recursos materiais são:

- 5 Folhas de sulfite 60 para confecção de cartazes informativos na unidade;
- Computador para realização da arte de cartazes;
- Impressora e cartucho de tinta preta para impressão de cartazes;
- Divulgação gratuita via rádio e jornal local;
- Sala para realização de acolhimento e triagem de pacientes;
- Prontuário de pacientes.



## 7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final desta intervenção, espera-se aprimorar o Acolhimento na ESF envolvendo usuários e profissionais através de um processo ativo de compartilhamento de experiências e mudanças na organização do trabalho para um melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

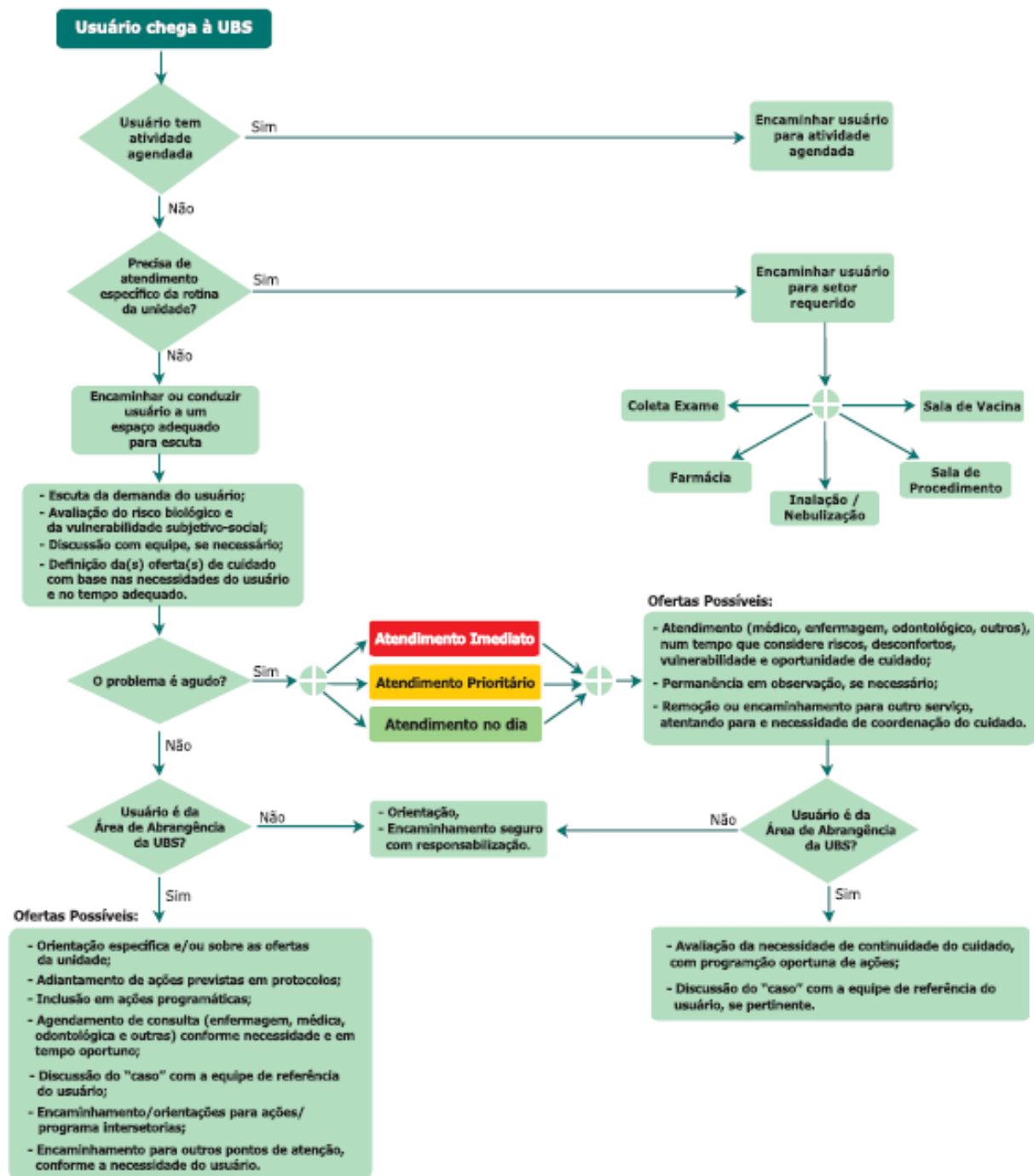
Espera-se, portanto, um melhor seguimento dos pacientes, para que os mesmos não percam o contato com a unidade e possam ter um cuidado continuado e integral, como é o objetivo da estrutura das ESF's; assim como melhorias de acesso, para que os pacientes consigam consultar com maior facilidade, sem enfrentar filas extensas e cansativas.

## 8. REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> SAÚDE, Ministério da. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. 2ª Edição – Editora MS. Brasília/DF, 2010.
- <sup>2</sup> SAÚDE, Ministério da. *Cadernos de Atenção Básica n. 28: Acolhimento à Demanda Espontânea – Volume I*. 1ª Edição. Brasília/DF, 2013.
- <sup>3</sup> SAÚDE, Ministério da. *Cadernos de Atenção Básica n. 28: Acolhimento à Demanda Espontânea – Volume II*. 1ª Edição. Brasília/DF, 2013.
- <sup>4</sup> Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. *Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa*. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):144–9.
- <sup>5</sup> SOUZA, Elizabethe C. F., et al; *Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.
- <sup>6</sup> RONCATO, Patricia; et al. *Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família*. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 2012.
- <sup>7</sup> SILVA, Livia; et al. *O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde*. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.
- <sup>8</sup> GUERRERO, Patricia; et al. *O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde*. Enferm. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013
- <sup>9</sup> BECK, Carmen; et al. *O acolhimento como proposta de reorganização da assistência a saúde: Uma análise bibliográfica*. Saúde, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008

## 9. APÊNDICES E ANEXOS

- Fluxograma de acolhimento de pacientes na Unidade Básica de Saúde<sup>2</sup>;



- Classificação de risco de pacientes por escala de cores<sup>6</sup>;

TABELA 1 – Classificação de Risco por escala de cores. Entende-se mmHg (milímetros de mercúrio), Tax (temperatura corporal axilar, °C (graus celsius), Glasgow (escala de coma de Glasgow [11], mg/dL (miligramas por decilitro)

Classificação de Risco por escala de cores	
<b>Preto</b>	Parada Cardíaca ou Respiratória Perda força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas Trauma Crânio-encefálico Grave (Glasgow < 12): atropelamento, traumas graves Fraturas, luxações, entorses Dor torácica de início súbito (< 1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas Queimaduras graves ou em crianças Inconsciência Hipotermia Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala) Hemorragia ativa Crise convulsiva Agitação, alucinação, delirium
<b>Vermelho</b>	Dor torácica (> 2 horas) Pressão Arterial > 170/100 mmHg Pressão Arterial < 80/40 mmHg Hipertensão sintomática: PA > 150/100 mmHg com Cefaléia, náusea, vômitos, vertigem, etc HGT > 300mg/dl ou < 50mg/dl Crise asmática Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluídos vaginais Febre (Tax 39°C) Suspeita de Varicela
<b>Amarelo</b>	Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação Dor abdominal aguda, náusea ou vômitos Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais Dor de ouvido Olho vermelho, com irritação conjuntival Sintomas urinários (disúria, oligo-anúria) Dor lombar com sintomas urinários ou febre Prostração em crianças
<b>Verde</b>	Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e Tax <38,5oC Dor crônica com piora recente Atraso menstrual (mais de 30 dias) Constipação intestinal Assaduras em bebês Suspeita de Pediculose e Escabiose Inapetência e hipotividade em crianças sem alteração de sinais vitais
<b>Azul</b>	Problemas ou queixas há mais de 15 dias Renovação de receitas Requisição e/ou retorno de exames Encaminhamento, Contra-referências Cólica menstrual Atraso menstrual (menos de 30 dias) Atestados e laudos

- Encaminhamento da triagem após classificação de risco<sup>6</sup>.

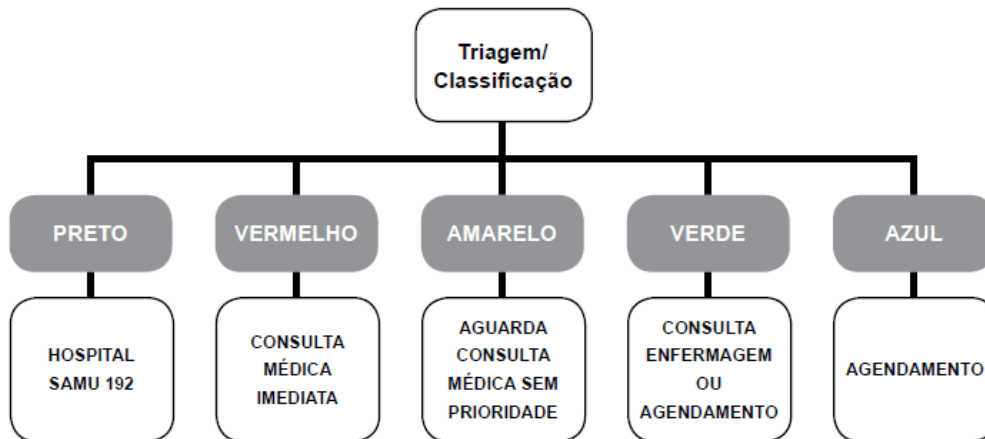


FIGURA 2 – Encaminhamento da triagem após a classificação de risco.