

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.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
GISELY FONSECA CARRIÃO CRAVO

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SÃO SEPÉ

2017

GISELY FONSECA CARRIÃO CRAVO

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFCSPA como pré-requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, sob orientação de Andreia Simone Muller e Aline Picoli Benvenuti

SÃO SEPÉ

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	10
4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	13
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
REFERÊNCIAS	19
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Gisely Fonseca Carrião Cravo, tenho 27 anos, sou natural da cidade de Recife em Pernambuco. Realizei minha graduação na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e me formei no primeiro semestre de 2014. Ao concluir a faculdade, mudei-me para Bento Gonçalves-RS onde trabalhei por um ano em Estratégia Saúde da Família (ESF) 40h semanais, além de atender numa Unidade Básica de Saúde (UBS) duas vezes por semana em turno vespertino. Após esse período, retornei à Santa Maria em virtude do casamento e fiz plantões nas cidades vizinhas à Santa Maria (Formigueiro, São Pedro e Faxinal do Soturno), por aproximadamente seis meses, até iniciar o PROVAB. Aspiro fazer provas de residência para Otorrinolaringologia após o PROVAB.

Estou alocada no município de São Sepé, localizado na região central do Rio Grande do Sul, distante 265 km da capital do estado, Porto Alegre. Possui cerca de 24 mil habitantes e tem a economia voltada para atividades agropastoris.

A Estratégia de Saúde da Família Vila Block (ESF Vila Block), situa-se a 25 km do centro da cidade de São Sepé, no Distrito da Vila Block, o qual possui em torno de 950 habitantes, destes 600 na área urbana e 350 na área rural, aproximadamente. Esta é o único acesso a serviço de saúde da região; funciona com um médico, uma enfermeira (40h/semana), dois técnicos em enfermagem (40h/semana), duas agentes comunitárias de saúde (40h/semana), um dentista (30h/semana), uma auxiliar em saúde bucal (30h/semana) e um recepcionista (30h/semana), suprimindo a atenção primária desta área.

A Vila Block possui população de baixa renda, predominantemente idosa e apresenta problemas relacionados à hipertensão arterial, diabetes mellitus, violência, saúde mental, tabagismo, alcoolismo, obesidade, entre outros.

A comunidade, de uma forma geral, tem grande dificuldade no acesso a atendimentos sejam eles na atenção primária ou de maior complexidade por estar situada em região de transição urbano-rural com poucos recursos. Por exemplo, na localidade não há farmácia, apenas a da ESF a qual por inúmeras vezes é insuficiente em suprir a demanda dos usuários.

A estrutura física é relativamente boa. Há uma sala para enfermagem, dentista e outra que *a priori* foi reservada para realização de vacinas, porém até hoje a unidade não as recebeu. Além disso, faltam materiais básicos para curativo e sutura. As reuniões dos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes são realizados na pequena sala de espera da ESF.

A UBS Vila Block tornou-se oficialmente ESF Vila Block em dezembro de 2015. O sistema de funcionamento era por fichas na fila tanto para atendimento médico quanto odontológico. Há um ano a ESF estava sem recepcionista e apenas com um técnico em enfermagem o que tornava o processo de busca de prontuários demorado.

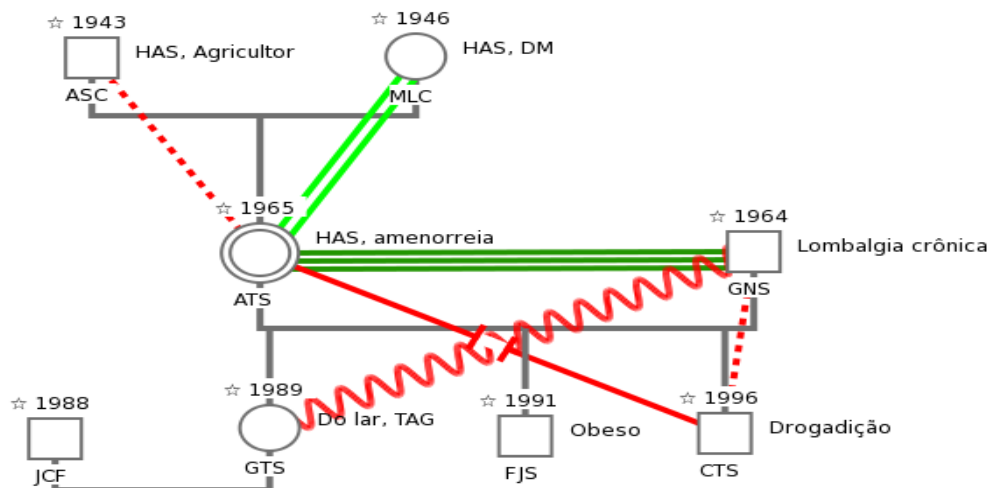
O tema que escolhi para desenvolver meu projeto de intervenção foi “Acolhimento e reorganização do processo de trabalho em uma equipe de saúde da família”, que estará nos anexos, e surgiu como uma proposta de melhoria a essa condição detectada (consultas principalmente por queixas agudas e por ordem de chegada, desprezando outros critérios de prioridade no atendimento).

Desenvolver esse tema como projeto de intervenção veio a partir dessa falta de organização estruturada de agendamento e resolução da demanda espontânea diária. Além de aprimorar as demandas agendadas e espontâneas, o acolhimento permite a humanização do atendimento entre o profissional de saúde e o usuário, propiciando assistir ao paciente com equidade, de maneira integral e mantendo a longitudinalidade.

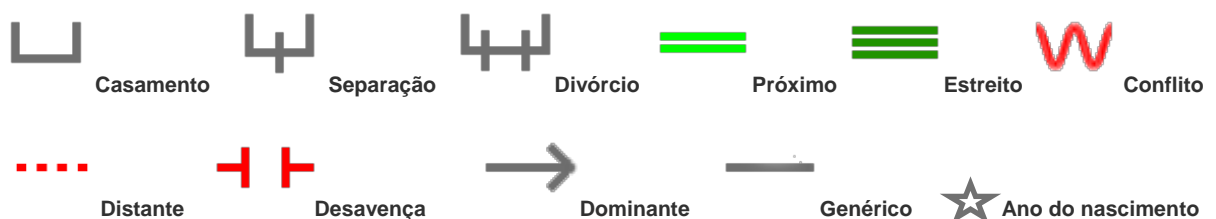
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente A.T.S, 52 anos, feminino, cozinheira, casada há 28 anos com G.N.S, 53 anos. Possui 3 filhos, G.T.S (28 anos) F.J.S (26 anos) e C.T.S (21anos). Mora com seu esposo na fazenda onde trabalha na Vila Block em São Sepé (RS). Os filhos já não moram mais com os pais. Paciente refere trabalhar muito e que não tem tempo para cuidar da saúde. Relata ser hipertensa há cinco anos, diagnóstico feito durante consulta médica para fazer check-up. Refere últimos exames laboratoriais há dois anos. Nega tabagismo e etilismo. Refere pais hipertensos e que mãe é diabética, não sabe informar sobre outras patologias de familiares. Nega alterações visuais. Há 01 ano e 04 meses em amenorria. Em uso de: Hidroclorotiazida 25mg 1cp/dia; Enalapril 10mg 1cp de 12/12h. Não usou medicações no dia de hoje, pois teve que “levantar muito cedo para conseguir ficha”. Nunca realizou mamografia (MMG) e a última coleta de citopatológico do colo do útero (CP) foi feita pouco antes de descobrir a última gestação.

GENOGRAMA:



Legendas: HAS - hipertensão arterial, DM - diabetes mellitus, TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada



EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, lúcida, orientada, mucosas úmidas e coradas, anictérica, afebril. Altura: 1,65 m, Peso: 96 kg, IMC: 35,26 kg/m²; PA: 180/100 mmHg; circunferência abdominal: 105m; FC: 88 bpm, AC: BNF,2T, RR, sem sopro; FR: 17 mrpm, AP: MV+ SRA; Orofaringe: dentes sépticos, má higiene oral; Pescoço: espessamento da pele e hiperpigmentação; seios paranasais: sp; otoscopia: sp;. Abdome: RHA+, globoso, depressível, indolor, cicatriz em abdome inferior (cesárea na última gestação); MMSS/MMII: pulsos presentes e simétricos, força/sensibilidade preservadas, reflexos preservados, ausência de edemas, ausência de varizes, não apresenta lesões, calosidades, deformidades; Exame neurológico: normal.

AValiação:

Sedentarismo, Obesidade; Acantose Nigricans

Não aderência ao tratamento medicamentoso e mudança de estilo de vida (MEV);

Hipertensão Arterial Sistêmica não compensada.

CONDUTA:

1. Oriente sobre importância de redução de peso e atividades físicas (pelo menos, 30 minutos 3-5 vezes por semana), oriento dieta, encaminhamento a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para participação de grupos e consulta individualizada; oriento sobre importância de exames de rotina da Saúde da Mulher (CP e MMG)
2. Aumento Enalapril 20mg 1cp 12/12h. Oriente importância de uso correto e diário de medicações (inclusive no dia da consulta), oriento controle rigoroso de pressão arterial;
3. Encaminhamento para avaliação odontológica; Encaminhamento ao oftalmologista (Avaliação de Fundo de olho);
3. Solicito exames laboratoriais, ECG, CP e MMG.
4. Explico que não há necessidade de chegar antes do horário de abertura da Unidade Básica de Saúde. Tanto os pacientes agendados quanto os que vierem por

livre demanda serão atendidos no Acolhimento e encaminhados à consulta médica no dia ou não conforme avaliação (agendamento para consulta, encaminhamento para grupos, etc.).

Consulta 60 dias após a anterior

Paciente vem para reavaliação clínica e mostra de exames. Relata uso regular de medicamentos. Tem feito caminhadas duas vezes por semana, com duração de 30 minutos. Já coletou CP. Aguardando realização de MMG e consulta com oftalmologista.

EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma: normal; Glicemia de jejum: 128 mg/dl; HbA1: 7,5%; Colesterol total: 229mg/dl, HDL: 41mg/dl, LDL: 168g/dl; Triglicerídeos: 187mg/dl; TGO: 27, TGP: 22; Creatinina: 1,1; EQU: microalbuminúria: 35 mg/24h, sem demais particularidades.

ECG de repouso: FC 76. RS.Normal

CP: Epitélio escamoso/glandular/metaplásico. Lactobacilos. Negativo para neoplasia.

EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, lúcida, orientada, mucosas úmidas e coradas, anictérica, afebril. Altura: 1,65 m, Peso: 94 kg, IMC: 34,52 kg/m²; PA: 125/80 mmHg;; FC: 90 bpm, AC: BNF,2T, RR, sem sopro; AP: MV+ SRA; Demais aspectos de exame físico inalterados com relação à consulta anterior

AVALIAÇÃO:

Obesidade (Perda de 2kg);

Melhora de níveis pressóricos com aumento de IECA;

Diabetes tipo II não compensada;

Risco Cardiovascular (UKPDS): Risco de doença coronariana fatal em 10 anos: 16,63% (aumentado) (risco >10% de DCV em 10 anos);

Citopatológico de colo uterino normal. Aguarda Mamografia.

CONDUTA

Reforço orientações sobre importância de dieta, redução de peso, atividades físicas (pelo menos, cinco vezes por semana, com duração de 30 minutos em cada dia).

Reforço importância de uso correto e diário de medicações e parabenizo pela melhora na adesão as medicações e dieta;

Mantenho orientação sobre controle rigoroso de pressão arterial e HGT. Estabeleço meta de PAS<130 e PAD<80.

Oriento paciente realizar exames periódicos dos pés;

Recomendo: vacina influenza (anual), vacina pneumococo (reforço após 65 anos).

Solicito: microalbuminúria; glicemia de jejum e HbA1c em 3 meses.

Mantenho: Hidroclorotiazida 25mg 1cp pela manhã; Enalapril 20mg 1cp 12/12h

Início: AAS 100mg 1cp no almoço (risco DCV aumentado); Sinvastatina 40mg 1cp à noite (risco DCV aumentado) (estabeleço meta de LDL: <100mg/dl); Metformina 500mg 1cp após café e jantar (estabeleço meta de HbA1c: < 6,5%)

Marco retorno para três meses, trazer exames solicitados em próxima consulta. Retorno antes desse período se necessário conforme orientações.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Estou desenvolvendo minhas atividades práticas na Estratégia Saúde da Família Vila Block (ESF Vila Block) no município de São Sepé e uma das peculiaridades que notei quando iniciei a trabalhar foi a dificuldade dos usuários em acessar os serviços da ESF devido à falta de uma organização estruturada de agendamento e resolução da demanda espontânea diária. Decorrente dessa situação notou-se que um grupo especial de pacientes, crianças de todas as faixas etárias, dirigia-se à unidade em acometimentos agudos de saúde, por exemplo, infecção aguda de vias aéreas superiores, ou quando a mãe achava que o paciente em questão necessitava de “*remédio para vermes*”, “*vitamina porque está muito fraco*” e ainda “*exames para ver se não está com anemia*”.

Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) os profissionais que praticam a Puericultura, por meio de revisões periódicas, devem desempenhar seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade. O profissional deve oferecer apoio constante à família, auxiliando na minimização dos efeitos sociais e emocionais das doenças sobre a criança e seus familiares.

Dentre os vários papéis desempenhados pelo puericultor destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona à mãe e à família. Esta, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua autoestima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança.

A assistência materno-infantil inicia com pré-natal adequado, passa pelo setor hospitalar no momento do parto e na Atenção Primária à Saúde (APS) continua uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Segundo o Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (nº 33, 2012), na APS espera-se garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de

todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

Assim, juntamente à equipe, os atendimentos visam de uma forma geral:

- 1) vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor;
- 2) ampliar a cobertura vacinal;
- 3) promover a educação alimentar e nutricional;
- 4) promover a segurança e a prevenção de acidentes;
- 5) promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico;
- 6) estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade;
- 7) promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias;
- 8) propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social.

Além disso, tendo em vista os pré-adolescentes e adolescentes da comunidade, a equipe realiza atividades do PSE (Programa Saúde na Escola) na Escola Estadual Emilio Reinoldo Block através de encontros mensais. Nesses encontros são discutidos temas como Saúde Sexual e Reprodutiva, Uso de Drogas, Saúde Bucal e são ofertadas aulas com dicas de culinária, dentre outros.

Outro ponto que insistentemente temos solicitado à Gestão Municipal é a abertura oficial da sala de vacinas. A ESF já possui um recinto favorável para vacinação, porém as vacinas ainda não foram disponibilizadas.

Portanto, com a reorganização da atenção à saúde na ESF e implantação do acolhimento, houve o aprimoramento nos atendimentos e a humanização gradual das rotinas, entre elas o devido acompanhamento das crianças por meio da puericultura.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Apesar dos avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e da expressiva ampliação da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de reorientar a forma como vinha sendo produzida a saúde, podemos afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico. A ineficácia desse modelo diz respeito à incapacidade de enfrentar problemas de saúde gerados no processo de urbanização desenfreada e complexificação das sociedades, tais como as doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplasias, violência, entre outras.

A transição demográfica e epidemiológica tem levado ao envelhecimento da população e concomitantemente há o aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumento também do número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. No entanto, com a predominância do modelo de atenção à saúde anteriormente citado, a tendência é a medicalização da vida e do sofrimento e, com isso, da institucionalização dessas pessoas, gerando hospitalizações, por vezes, desnecessárias.

Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a “desospitalização”. Proporciona rapidez no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.

Na ESF Vila Block até pouco tempo atrás não eram realizadas visitas domiciliares (VD) de rotina, apenas consultas na Unidade. Depois de um mês e meio do início das atividades, durante reunião de equipe propus aos colegas profissionais que iniciássemos essa atividade. A partir daí as Agentes de Saúde (ACS) fizeram

um levantamento dos pacientes que necessitavam de supervisão domiciliar contínua. Fizemos análise de cada caso e a frequência das visitas conforme as necessidades de cada usuário.

Uma dificuldade inicial foi a disponibilização de carro para realização das VD. O município de São Sepé enfrenta problemas com os meios de transporte. Têm-se poucos carros e os que existem seguidamente estão em manutenção. Perante essa situação conseguimos, após muitas conversas e insistência com o Secretário de Saúde, que o carro reservado ao CAPS fosse destinado às VD nas quartas-feiras pela manhã. Frequentemente, temos que cancelar as visitas pré-agendadas por falta de condução. Isso não é adequado, pois afeta a longitudinalidade no cuidado do usuário e a equidade, uma vez que o acesso à assistência em saúde desse tipo de paciente fica limitado.

Outro ponto a ser melhorado no atendimento domiciliar é o acompanhamento por profissionais integrantes do NASF, que pelo mesmo motivo (ausência de transporte) não tem sido realizado. Dois pacientes pós-acidente vascular cerebral receberam avaliação inicial da fisioterapeuta, porém não houve seguimento de rotina por essa questão de deslocamento. Além disso, muitos da Vila Block não possuem condições financeiras para irem até à cidade duas a três vezes por semana para realizar sessões de reabilitação, por exemplo.

Em relação aos procedimentos são realizados: aferição de pressão arterial, frequência cardíaca, glicemia capilar para diabéticos e oximetria de pulso. Em alguns casos específicos (pé diabético, avaliação pós-cirúrgica) são realizados curativos durante o atendimento domiciliar.

Nesse momento de contextualização do paciente em seu ambiente, aproveita-se para averiguar se há cuidador para esse doente, o grau de estresse do cuidador e se há responsabilização efetiva por parte da família para suprir a demanda do usuário. Não é incomum, a família/cuidador transferir para a equipe as obrigações no cuidado e sobrecarregar os profissionais. Nas VD, busco sempre explanar aos presentes os encargos atribuídos a cada profissional da equipe e nossas limitações, atentando continuamente a manter o vínculo e boa relação com o usuário e familiares.

No que diz respeito à explanação de uma situação de vulnerabilidade em que foi necessária a VD é o caso da Sra TCP, 56 anos, hipertensa e diabética não compensada que vive em condições subumanas. Ela mora em uma casa bastante afastada da entrada da Vila, junto ao esposo, dois filhos e uma neta. Apenas um dos filhos trabalha como vigia noturno. Nem ela, nem o esposo trabalham ou recebem algum tipo de ajuda/benefício (recebiam Bolsa Família, porém foi suspensa). A casa é composta por três cômodos: o primeiro com sala e cozinha juntos e os outros dois são quartos. O banheiro é anexo à residência e encontra-se em estado precário (Vide lona preta na primeira foto). Há um mês a energia elétrica foi cortada e a água que utilizam é de um poço completamente contaminado.

Quanto a essa situação, já foi acionada assistente social por duas vezes esse ano, sem sucesso. Além disso, a vigilância sanitária também foi chamada para a inspeção da qualidade da água. A situação de saneamento básico é lamentável e o acompanhamento e tratamento de doenças crônicas dessa paciente acabam sendo delicado pelo contexto social (vide fotos). Nessas situações de risco, a equipe busca acionar outros profissionais para dar um suporte maior à família e as ACS realizam visitas domiciliares mais frequentes para monitorização e seguimento adequados.

Apesar de todas as adversidades, TCP que reside há 17 anos na Vila, gosta de morar lá por ser um local não muito agitado. A mesma relata que, algumas vezes, as casas da região e o posto de gasolina foram assaltados e que devido à distância do centro da cidade falta policiamento efetivo no local. Ela dificilmente sai de casa e quando o faz, vai à UBS para pedir todo tipo de ajuda (desde medicação a alimentos). Assim, como essa moradora, muitos outros permanecem o dia inteiro em casa, sem terem atividades rotineiras, sendo muito frequentes queixas relativas à saúde mental nas consultas.

Para mim tem sido impactante trabalhar na ESF Vila Block. É uma tarefa árdua, pois a fronteira entre problema social e de saúde são tênues, se é que existe uma fronteira entre ambas. Muitas vezes me vejo impotente perante situações como a descrita. Tenho tantas outras para contar em um ano de trabalho. Até o momento, tem sido uma experiência enriquecedora tanto para o meu crescimento pessoal como profissional.



Foto 1. Fonte: Acervo pessoal



Foto 2. Fonte: Acervo pessoal



Foto 3. Fonte: Acervo pessoal



Foto 4. Fonte: Acervo pessoal



Foto 5. Fonte: Acervo pessoal



Foto 6. Fonte: Acervo pessoal

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A oportunidade de participar do Curso de Especialização em Saúde da Família foi uma experiência rica e desafiadora ao mesmo tempo. No breve espaço em que se passou a especialização nesse ano de 2016 é muito difícil contar todos os conhecimentos adquiridos. Nesse ano que se passou, de certa forma, me acostumei a enfrentar alguns desafios que não foram muito tranquilos, com implicações em cumprir diversas atividades que não faziam parte de minha rotina. Trabalhar com diversos tipos de atividades, interagir com mídias, leituras, fóruns, tutores, foi muito importante no processo de reflexão e aprendizagem. Apesar das dificuldades impostas durante esse período, tudo valeu a pena.

Acredito que mesmo com a grande quantidade de informações que são transmitidas ao longo do curso, muito tem a ser realizado ainda. Não penso que nós profissionais que lutamos por melhores condições de trabalho e atendimento a população podemos nos acomodar. A busca por novos conhecimentos deve ser constante e a vontade pelo saber deve ser permanentemente inquietante.

De maneira geral, achei os conteúdos ao longo do curso bem distribuídos. Os casos complexos são muito bem apresentados da maneira como se relacionam com a realidade, aproximando de forma bastante considerável teoria e prática. A forma como alguns casos são expostos, principalmente, por interpretação de profissionais, que atuam diariamente na prática em saúde torna a aceitação e a fixação dos conteúdos mais realista e mais fácil. Por diversas vezes, me vi na mesma posição dos “atores”, enfrentando algumas das questões abordadas nos casos complexos e isso foi uma experiência única.

Os temas apresentados são todos relevantes, tanto os mostrados no eixo de saúde coletiva, como os do eixo profissional. Porém, em minha opinião, a ordem de apresentação dos eixos ao longo do curso deveria ser invertida. Explico. Acredito que a exposição do eixo profissional no primeiro momento do curso nos auxiliaria numa melhor prática de atividades e seriam melhores aproveitadas ao longo do ano,

teríamos mais tempo para aplicar os conhecimentos estudados. Acredito que o núcleo de saúde coletiva deveria ser mais curto, mais sintético, sem deixar de abordar nenhum tema. Outra possibilidade é que o tema de saúde coletiva estivesse inserido junto aos casos complexos. Poderiam ser apresentados como problemas a serem resolvidos no contexto dos casos, para melhor fixação e visualização de algumas práticas que às vezes parecem tão longe de nossa realidade.

Frente a todas essas questões, quero destacar que, na maioria das vezes, foi estimulante participar do curso de especialização e que com certeza os conhecimentos adquiridos se relacionaram com as vivências diárias da prática médica na unidade básica de saúde onde atuei. Pude fortalecer conhecimentos, rever outros tantos e adequar a prática cotidiana aos diversos assuntos abordados e debatidos ao longo do curso, principalmente no que se refere aos casos complexos.

Com certeza os estudos foram estimulantes para melhoria das práticas e reflexões a cerca de diversas condutas. Fomentaram melhores ações e benefícios para as pessoas atendidas, para melhor funcionamento da equipe na unidade de saúde e para meu crescimento pessoal.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. **Standard of medical care in diabetes** – 2014. Diabetes Care 2014;37:14-80

BRASIL, **Caderno de atenção básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. BÁSICA, M. D. S. S. D. A. À. S. D. D. A.: Ministério da Saúde. 18 p. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em casa: A segurança do hospital no conforto da sua casa**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 9-11, 26 p.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. 1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em casa: A segurança do hospital no conforto da sua casa**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 45 p.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. 2).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 37 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

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. 137 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica nº 27)

Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus.

Caderno de Atenção Primária: Rastreamento. Estratificação de risco. Páginas 43, 68 e 71.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al . **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, Sept. 2006. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=en&nrm=iso>. Access on 14 Mar. 2017.

Issler H, Leone C, Marcondes E. **Pediatria na atenção primária**. 1ª ed. São Paulo: Editora Sarvier; 1999.

OLIVEIRA, F.; BERGER, C. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. **Momentos e perspectivas em saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 69-74, jul./dez. 1996.

Recomendações sobre Diabetes Mellitus de 2015 da Sociedade Americana de Diabetes, "Standards of Medical Care in Diabetes".

V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia

VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Gisely Fonseca Carrião Cravo

**ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**São Sepé
Fevereiro/2017**

Resumo

O acolhimento, parte da Política Nacional de Humanização, é a diretriz central do atendimento à população, garantidor da acessibilidade universal ao serviço de saúde de forma resolutiva, condizente às condições do usuário. O trabalho apresentado é de natureza intervencionista, em forma de projeto e visa implantar o acolhimento em uma unidade de atenção básica e assim aprimorar o atendimento, especificamente em Estratégia de Saúde de Família. Os usuários dos serviços de saúde têm dificuldade de acesso devido à falta de uma organização estruturada de agendamento e resolução da demanda espontânea diária. O acolhimento vem para humanizar o atendimento entre o profissional de saúde e o usuário, além de aperfeiçoar o encaminhamento de demandas agendadas e espontâneas. A implantação ocorrerá com a apresentação da proposta à equipe de saúde e capacitação dos profissionais. Após, será realizada uma pesquisa com os usuários para elaborar fluxogramas e protocolos específicos das queixas principais. A implementação terá duração de quatro meses e será necessário reorganizar a unidade de forma a disponibilizar uma sala para o acolhimento e realização da pesquisa. Espera-se o aprimoramento e a humanização gradual das rotinas de atendimento na unidade básica, e dessa forma, melhorar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde em atenção primária.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção primária à saúde. Saúde da família.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	4
2. PROBLEMA	6
3. JUSTIFICATIVA	7
4. OBJETIVOS	8
4.1 <i>Objetivo geral</i>	8
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	8
5. REVISÃO DE LITERATURA	9
6. METODOLOGIA.....	12
7. CRONOGRAMA.....	14
8. RECURSOS NECESSÁRIOS	15
9. RESULTADOS ESPERADOS.....	16
REFERÊNCIAS	17
APÊNDICE A – Questionário sobre o perfil do usuário em atenção primária de saúde – ESF Vila Block.....	18

1 INTRODUÇÃO

O município de São Sepé, com cerca de 24 mil habitantes, possui 138 anos de emancipação política administrativa. Tem a economia voltada para atividades agropastoris. São Sepé é um município da região central do Rio Grande do Sul, distante 265 km da capital do estado, Porto Alegre. (SÃO SEPÉ, 2016)

A Estratégia de Saúde da Família Vila Block (ESF Vila Block), situa-se a 25 km do centro da cidade de São Sepé, no Distrito da Vila Block, o qual possui em torno de 950 habitantes, destes 600 na área urbana e 350 na área rural, aproximadamente. Esta é o único acesso a serviço de saúde da região; funciona com equipe mínima, um médico, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem, dois agentes comunitárias de saúde, um dentista e uma auxiliar em saúde bucal, suprimindo a atenção primária desta área.

Assim como em outras regiões do Brasil, os serviços de saúde na região sul passaram por importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este conta com os princípios organizacionais que apontam “como” deve ser montado o “sistema” que se quer organizar, tais princípios são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. É o processo de descentralização que tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais. (SUS, 2007)

Nesse contexto, a atenção primária assume um grande destaque local-regional sendo responsável por um conjunto de ações a favor da saúde, tanto na parte individual quanto coletivo, envolvendo promoção e proteção da saúde, bem como vigilância de agravos. Como parte essencial da atenção primária em saúde, surge uma ferramenta para auxiliar o atendimento e a organização das demandas e encaminhamentos, o acolhimento. Este é a humanização do atendimento entre o profissional de saúde e o usuário, o que implica na garantia de acesso a todos, de forma distinta, sempre com resposta positiva e assumindo a solução do problema.

Para a implementação deste sistema é necessário organizar o processo de trabalho da unidade de saúde, ter conhecimento do perfil do usuário em

saúde da região e aplicar a ferramenta de forma sistemática e técnica. O seguinte trabalho destacará a definição do acolhimento e seu aporte na literatura, assim como uma forma de implementação desta tecnologia.

2 PROBLEMA

Como programar o acolhimento em uma equipe de saúde da família a fim de aperfeiçoar o atendimento ao usuário e garantir o acesso de forma organizada de acordo com os princípios do SUS.

3 JUSTIFICATIVA

Muitas e corriqueiras são as reclamações de usuários quanto à dificuldade de buscar algumas Estratégias de Saúde da Família (ESF) devido à ausência de um sistema de marcação de consultas previamente formado que permita a organização da demanda agendada e o fornecimento de vagas para a recepção à demanda espontânea de cada dia. Isso implica na criação de filas em horários muito inconvenientes, prejuízo ao bem estar da população, da equipe e no comprometimento do alvo da longitudinalidade recomendado para a ESF. (HUMANIZASUS, 2013)

Nesta conjuntura, se encaixa esta importante ferramenta da atenção básica, o acolhimento. Este pode ser definido como um cuidado urgente ou potencialmente urgente, considerando que o paciente busca o atendimento e necessita, em seu entendimento, ser atendido no mesmo dia. (CARSON; CLAY; STERN, 2009).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Aprimorar o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde com a implantação de acolhimento na ESF.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil do usuário que busca a ESF e tem dificuldade ao acesso, principais queixas/motivos da demanda espontânea e padrão de distribuição das demandas;
- *Reorganizar o serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho em acolhimento.*
- *Elaborar planos de ação para as principais queixas dos usuários*
- Realizar capacitação da equipe de saúde em acolhimento e no encaminhamento de demandas

5 REVISÃO DE LITERATURA

Proposta em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) salienta colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, trazendo mudanças nos modos de cuidar e gerir. A PNH promove a conversação entre gestores, trabalhadores e usuários para arquitetar processos grupais de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes causam atitudes e métodos desumanizadores que bloqueiam a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde no trabalho e dos usuários no cuidado de si. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015)

Neste contexto, o acolhimento surgiu das discussões sobre a reorganização da atenção à saúde, sendo artifício fundamental para a reestruturação da assistência em vários serviços de saúde, ligando a modificação do modelo tecno-assistencial (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). O acolhimento pode ser considerado uma das conexões mais fortes à PNH. AS definições de acolhimento seguem:

O acolhimento, mais do que uma simples prática de atendimento à população [...], é considerado uma diretriz central [...] que atravessa estruturalmente o processo de trabalho. Implantado no ano de 2001, do ponto de vista operacional, procurou reduzir a fragmentação dos atendimentos prestados pelas diversas áreas, resolver o problema da demanda e evitar as “listas de espera”, substituindo a triagem pela intervenção, buscando resgatar princípios fundamentais da prática em saúde: integralidade, humanidade e cuidado. (HENNINGTON, 2005, p. 259)

Aponta-se o acolhimento como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários. (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3571)

O que se deve procurar não é a definição que se avalie certa ou que tenha somente acepção verdadeira, mas sim explicitar a noção de acolhimento para os que serão os atores ativos, mostrando perspectivas e intencionalidades. Pode-se dizer que o acolhimento é uma prática universal em todo o cuidado, entre o profissional de saúde e o usuário, e pode acontecer de formas variadas. (BRASIL, 2013)

Na prática, assim como os pressupostos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o processo de acolhimento ainda não está inteiramente sistematizado nos padrões de atenção à saúde, podendo ser esta um comprovante para as dificuldades expostas, tanto por profissionais quanto por usuários. Os melhoramentos da prática acolhedora acabam ficando sem a devida importância quando se observa que há mais barreiras para a realização dessa atividade do que questões positivas e apoiadoras da mesma. (COUTINHO et al., 2015).

E por que realizar o acolhimento da demanda espontânea na atenção básica: o usuário de saúde também relata, com formas e graus variáveis, o que é imperativo de saúde para ele, os vários tipos de pleito podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, esses períodos de sofrimento dos usuários são essenciais para a criação e fortalecimento de vínculos. (BRASIL, 2013). Viabiliza uma análise crítica do fluxo de entrada na ESF, revela seu processo de trabalho e, ao mesmo tempo, serve para a mudança do cenário atual. (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007)

O acolhimento dimensiona-se como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, funciona como postura, atitude e tecnologia de cuidado, atua como dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe. (BRASIL, 2013)

O acolhimento se apresenta imperativo na área de saúde e depende dos atores participantes, da produção e da forma como o processo realiza-se. Não existe simplicidade nesse processo e não se pode apelar para a boa consciência dos profissionais, deve-se tentar é a constituição de ambientes públicos para a transação de necessidades, garantindo a disputa dos sentidos do meio de ação dos profissionais (CAVALCANTE FILHO et al., 2009)

As experiências de acolhimento de fato vividas, sentidas ou notadas pelos utentes são mais eficazes do que o discurso ou a arguição racional, ainda que isso seja imperativo. Se a vivência do acolhimento for fabricante de cuidado e aprovação para os usuários, com o tempo, possivelmente, eles irão proteger mais esse aparelho, aumentando suas oportunidades de sustentabilidade e, portanto, a validade da atenção básica. (BRASIL, 2013)

Ademais, o acolhimento não é apenas uma maneira de recepcionar a demanda espontânea e tem seu sentido pleno quando visto como porta de entrada para os processos de produção de saúde. Assim, diferencia-se o acolhimento da triagem, porque não é apenas um processo burocrático, mas uma ação que deve acontecer em todas as ocasiões e locais dos serviços de saúde. (BRASIL, 2008)

Quanto ao processo de trabalho, é necessária uma mudança nesse paradigma, de forma a acolher todos os que buscam os serviços de saúde, admitindo uma atitude capaz de acolher, ouvir e dar a resposta apropriada a cada usuário, devolvendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a concludente constituição de conexões entre os profissionais e a população. (BREHMER; VERDI, 2010)

Além disso, a prática do acolhimento não deve ficar limitada às unidades de saúde e outras portas de entrada do sistema, mas envolve o receber bem e resolver o problema do usuário de saúde, tendo em vista as principais diretrizes do SUS: universalidade, integralidade e equidade. (CARVALHO et al., 2008)

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-intervenção organizacional, a partir da prática na Atenção Básica no município de São Sepé. Constitui-se na execução das orientações vigentes em acolhimento no Brasil, principalmente as propostas pelos Cadernos de Atenção Básica, para as equipes de Atenção Básica, no sentido de aprimorar o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde com a implantação de acolhimento na ESF Vila Block.

Primeiramente o projeto de intervenção será apresentado para a equipe da ESF Vila Block, de forma a compartilhar os objetivos, revisão de literatura, metodologia, cronograma e resultados esperados. Organizar-se-á juntamente com a coordenação da unidade de saúde uma pauta para tratar da questão do acolhimento na ESF Vila Block.

Em um segundo momento, a equipe de saúde levantará os materiais necessários para o cumprimento dos objetivos, solicitando os mesmos para a gestão em saúde do município, como os Cadernos de Atenção Básica, fluxogramas de atendimento em acolhimento impressos e outros modelos e qualquer literatura que se julgue necessária. Serão realizadas, no mínimo, duas reuniões extraordinárias para a discussão desta pauta e capacitação da equipe sobre acolhimento.

Então, para identificação do perfil do usuário será realizado um questionário simples, com perguntas objetivas e fechadas, acordadas com a equipe da ESF. Será feito um treinamento da aplicação do questionário com os profissionais realizadores do acolhimento e um estudo piloto com duração de três dias, com o mesmo questionário, destinado à adaptação e qualificação da equipe. (BARALDI; SOUTO, 2011)

Após a análise do perfil será reorganizado o serviço de saúde da ESF baseado principalmente nos Cadernos de Atenção Básica, nos quais estão presentes modelagens de acolhimento, fluxogramas e protocolos para o atendimento das queixas / patologias mais comuns vistas em atenção primária. Estes protocolos podem ser uma referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados. (BRASIL, 2013)

Neste próximo momento, será realizada a capacitação da equipe na implantação dos fluxogramas e protocolos montados a partir da análise do perfil dos usuários da ESF Vila Block e de atenção básica em seu âmbito geral.

Em seguida, após pelo menos quatro semanas do estabelecimento do acolhimento, será realizada uma avaliação dos protocolos e fluxogramas em reunião extraordinária, discutindo o retorno dos pacientes e opinião da equipe.

A prática do acolhimento na ESF Vila Block se dará de forma progressiva e metódica, visando a excelência do serviço na unidade. Baseando-se na literatura e com dedicação esta tecnologia será implantada com fluidez e segurança.

7 CRONOGRAMA

		2016		2017	
Atividade	Responsável	nov.	dez.	jan.	fev.
Apresentação do projeto de intervenção à equipe	Médica	X			
Capacitação da equipe de saúde em acolhimento	Equipe	X			
Aplicação do estudo piloto	Equipe		X		
Aplicação dos questionários aos pacientes	Equipe		X		
Organização e elaboração dos fluxogramas	Médica e enfermeira			X	
Capacitação da equipe de saúde na implantação dos fluxogramas	Médica e enfermeira			X	
Avaliação dos protocolos e fluxogramas pela equipe de saúde	Equipe				x

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários para intervenção são divididos em recursos humanos e recursos materiais. Dentre os recursos humanos está toda a equipe de saúde, médica, enfermeira, técnicos em enfermagem, agentes comunitárias de saúde, dentista e a técnica em saúde bucal. Nos recursos materiais, estão folhas de questionário, canetas e pranchetas fornecidas pela médica da unidade. Além disso, serão necessários os Cadernos de Atenção Básica e fluxogramas em forma de cartaz para fixação em locais estratégicos da unidade. Esses serão solicitados à secretaria de saúde do município.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Ao final da intervenção em acolhimento, espera-se que, primeiramente, a equipe de saúde da estratégia de saúde de família esteja capacitada a realizar o acolhimento de forma efetiva e humana, assim como habilitada para realizar o encaminhamento de demandas.

Em decorrência disso, acredita-se que o serviço seja reorganizado, reduzindo a fragmentação dos atendimentos, resolvendo o problema da demanda espontânea e “listas de espera”, e assim atingindo os princípios fundamentais da prática em saúde. Neste momento de reorganização, espera-se que sejam criados e fortalecidos os vínculos entre os trabalhadores e usuários de saúde.

Com a aplicação dos questionários, almeja-se a identificação do perfil do usuário que utiliza o serviço da ESF e assim encontrar a melhor intervenção neste processo, com o auxílio de fluxogramas objetivos e condizentes com a realidade da unidade.

Assim, se a existência de acolhimento instituir um cuidado e inclusão dos usuários em saúde, espera-se que os mesmos considerem um dispositivo eficaz e real, de forma que iniciem a defender o acolhimento, auxiliando na sua implantação e aprimoramento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: Uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 106-115, jul 2007 2007.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo^{ipt}

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. SAÚDE, S. D. A. À.: Ministério da Saúde: 44 p. 2008.

_____. **Caderno de atenção básica: Acolhimento à demanda espontânea**. BÁSICA, M. D. S. S. D. A. À. S. D. D. A.: Ministério da Saúde. 1: 62 p. 2013.

BREHMER, L. C. D. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3569-3578, 2010.

CARSON, D.; CLAY, H.; STERN, R. **Urgent Care - A practical guide to transforming same-day care in general practice**. Primary Care Foundation, p.36. 2009

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde^{ipt}. **Arq. ciênc. saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-95, 06 2008.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 315-328, 2009.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. D. M. D. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 514-524, 2015.

HENNINGTON, É. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 256-265, 2005.

HUMANIZASUS. Agendamento de consultas + acolhimento a demanda espontânea: valorizar a atenção é o objetivo desta soma. <http://www.redehumanizadasus.net>, 2013. Disponível em: < <http://www.redehumanizadasus.net/category/tags/marcacao-de-consultas> >. Acesso em: 18/08/2016.

SEPÉ, S. O município, localização e história 2016. Disponível em: < <http://www.saosepe.rs.gov.br/> >. Acesso em: 21/08/2016.

SUS. **Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS**. SAÚDE, M. D.: 291 p. 2007.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL DO USUÁRIO EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – ESF VILA BLOCK

1. Data: ___/___/_____
2. Sexo: M () F ()
3. Idade: _____
4. Escolaridade:
 - a. Não se aplica (menor de 7 anos) ()
 - b. Fundamental incompleto ()
 - c. Fundamental completo ()
 - d. Médio incompleto ()
 - e. Médio completo ()
 - f. Superior incompleto ()
 - g. Superior completo ()
5. Ocupação: _____
6. Renda familiar (Salário mínimo 2016 - R\$880,00):
 - a. Até 2 salários ()
 - b. Entre 2-4 salários ()
 - c. Acima de 4 salários ()
 - d. Não declarado ()
7. Tipo de atendimento:
 - a. Urgente (atendimento no mesmo dia) ()
 - b. Não-urgente (agendamento) ()
8. Tipo de queixa ou solicitação:
 - a. Sintomas e sinais gerais (febre...) (): _____
 - b. Sistema osteomuscular (): _____
 - c. Sistema digestivo (): _____
 - d. Aparelho respiratório (): _____
 - e. Aparelho cardiovascular (): _____
 - f. Aparelho geniturinário (): _____
 - g. Sistema neurológico (): _____
 - h. Saúde mental (): _____
 - i. Afecções da pele e tecido subcutâneo (): _____
 - j. Afecções do ouvido (): _____

- k. Saúde bucal (): _____
- l. Prevenção (Exames de rotina, saúde do homem, da mulher, puericultura...) () _____
- m. Renovação de receitas (): _____
- n. Encaminhamento para especialista (): _____
- o. Outros (): _____

9. Destino:

- a. Agendamento de consulta médica ()
- b. Consulta médica imediata ou do dia ()
- c. Agendamento de consulta de enfermagem ()
- d. Consulta de enfermagem imediata ou do dia ()
- e. Encaminhamento para visita domiciliar ()
- f. Encaminhamento ao serviço de emergência ()

10. Profissional responsável pelo questionário:

- a. Médica ()
- b. Enfermeira ()
- c. Técnico de enfermagem ()
- d. Agente comunitário de saúde ()
- e. Dentista ()
- f. Auxiliar de saúde bucal ()



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde