

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
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Angélica Seidel

**REFLEXÃO ACERCA DO ATENDIMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ESF DE
PINHEIRINHO DO VALE/RS**

PORTO ALEGRE/RS

2017

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Angélica Seidel

**REFLEXÃO ACERCA DO ATENDIMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ESF DE
PINHEIRINHO DO VALE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFCSPA, como requisito parcial para conclusão da Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Rodolfo Souza da Silva

PORTO ALEGRE/RS

2017

RESUMO

Este portfólio tem o objetivo de abordar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante um ano de trabalho em Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Centro Municipal de Saúde de Pinheirinho do Vale – RS, conjuntamente com as atividades do curso de especialização em saúde da família regido pela UNASUS/UFSCPA. Durante esse período foi possível introduzir atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças junto à população adscrita à unidade. Também, por meio das atividades da especialização, foi possível ampliar conhecimentos na área da saúde pública, além de rever os principais princípios e diretrizes do SUS que norteiam o atendimento em saúde na atenção primária, primando sempre pelo melhor acesso da população ao sistema de saúde e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Em sintonia com a equipe da unidade, foi realizado o Projeto de Intervenção (em anexo): “Gestão do acesso e do atendimento de promoção à saúde na ESF de Pinheirinho do Vale/RS – cuidado continuado”. Para melhorar o atendimento à população foi criado o agendamento de consultas (seguindo as diretrizes operacionais da atenção básica). Para a boa organização do sistema de agendamento e acolhimento na unidade, foi necessário um trabalho multidisciplinar, envolvendo equipe médica e de enfermagem. Para a realização deste projeto, utilizou-se como base o “Manual de Acolhimento do Caderno de Atenção Básica” e fontes literárias junto à plataforma ARES.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família. Promoção da saúde. Acolhimento. Gestão em saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	12
4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	15
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	20
6 REFERÊNCIAS.....	23
7 ANEXO A - PROJETO DE INTERVENÇÃO	26

1 INTRODUÇÃO

Este portfólio tem a intenção de abordar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante um ano de trabalho em Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), conjuntamente com as atividades do curso de especialização em saúde da família desenvolvido pela UNASUS/UFSCPA.

Sou graduada em medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em dezembro de 2015. Inicialmente trabalhei como plantonista na emergência do Hospital Santo Antônio de Tenente Portela – RS. Em seguida atuei como médica de uma unidade de ESF no município de Cruz Alta – RS até maio de 2016, quando então ingressei no PROVAB, pelo 10º ciclo, no município de Pinheirinho do Vale – RS, minha cidade natal.

Quanto à localização, Pinheirinho do Vale situa-se na região norte do estado do RS, limitando-se ao norte com o estado de Santa Catarina, a oeste com o município de Vista Gaúcha, a leste com o município de Caiçara e ao sul com Palmitinho. O município foi emancipado no dia 20 de março de 1992, e sua instalação efetivou-se no dia 10 de janeiro de 1993.

Conta com uma população de 4.497 habitantes (segundo último levantamento das agentes comunitárias de saúde), sendo que deste total, em torno de 1.700 pessoas moram na zona urbana e 2.700 na zona rural. Seu IDH é de: 0,78 (IBGE, 2010). A economia baseia-se na agricultura (milho, soja, fumo, mandioca, batata, feijão, cana-de-açúcar), pecuária (criação de suínos, aves, gado de leite e de corte) e produção de citros. Também a indústria e o comércio se fazem presentes em menor escala. Em olarias (fabricação de tijolos furados, maciços e tabelas), destilarias de cachaça, marcenarias, pré-moldados, agroindústria de açúcar mascavo, metalúrgica e comércio em geral.

No tangente à área da Educação, o município conta com 03 escolas municipais de Ensino Fundamental, 02 escolas de educação infantil, 01 escola de educação especial e 01 escola estadual de ensino médio.

Como auxílio na área da saúde, o município conta com a secretaria da saúde, a secretaria da Assistência Social, o Conselho Tutelar e o Centro de referência em assistência social (CRAS). Além disso, possui o programa dos agentes comunitários de saúde (ACS), contando com 10 agentes, vigilância epidemiológica e sanitária, atendimento com psicóloga, nutricionista e fisioterapia.

Quanto à Secretaria da Saúde, conta com duas unidades que abrangem em sua totalidade a população local. A principal delas localiza-se no centro do município, chamado “Centro Municipal de Saúde” (CMS), que concentra a maior parte dos atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, além da farmácia municipal. A outra unidade de saúde, de menor tamanho, situa-se no distrito do Basílio da Gama, interior do município, chamado “Unidade do Interior”, que recebe atendimento médico e odontológico dos mesmos profissionais da unidade do centro, em dias alternados. Até a incorporação do PROVAB, em maio de 2016, o município contava com uma médica 40 horas e um médico 8 horas/semanais.

Cabe lembrar que o município não conta com unidades de pronto-atendimento nem hospitais, sendo este atendimento inicial de emergências feito na unidade básica de saúde. A partir do atendimento médico, realizam-se então os encaminhamentos necessários aos municípios de referência.

No tocante aos problemas mais frequentes de saúde, salienta-se que o município apresenta uma população com 17% de hipertensos e 2,3% de diabéticos, sendo a principal causa de morte as doenças cardiocirculatórias seguida por problemas respiratórios.

Observa-se que os principais agravos que levam os pacientes ao atendimento médico são patologias agudas como, quadros algícos (dor lombar, torácica, gonartrose, lesão por esforço repetitivo - LER), resfriados, ansiedade, entre outros, sendo que uma menor parte dos atendimentos é destinado à promoção e prevenção de saúde. Além disso, atende-se puericultura, pré-natal, pacientes adultos, idosos e crianças. Também, conjuntamente com as ACS e a enfermeira da ESF, são realizadas visitas domiciliares semanalmente, com busca ativa daqueles pacientes que apresentam dificuldade para deslocar-se até a unidade de saúde local.

Como anexo deste trabalho, encontra-se o Projeto de Intervenção. Este surgiu após avaliar a forma de organização dos atendimentos médicos na unidade e refletir quanto aos fundamentos do atendimento em saúde projetados para as ESFs, intitulando-se: “GESTÃO DO ACESSO E DO ATENDIMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ESF DE PINHEIRINHO DO VALE/RS – CUIDADO CONTINUADO”. Nele aborda-se a necessidade de realizar um atendimento programado e organizado, com acolhimento aos pacientes, inicialmente pela equipe de enfermagem, delimitação de riscos e então encaminhamento ao atendimento médico, sempre que necessário. Por meio dele foi introduzido o agendamento de consultas, com vistas à longitudinalidade dos pacientes, com o principal objetivo de promoção

de saúde e prevenção de doenças, evitando assim, a procura tão intensa à unidade para atividades curativas.

Para a melhor organização do sistema de agendamento de consultas e acolhimento aos pacientes na unidade, foi necessário um trabalho multidisciplinar, envolvendo equipe médica e de enfermagem e reeducação da população local.

Sendo assim, neste Portfólio, apresentar-se-á a experiência durante o trabalho na ESF de Pinheirinho do Vale/RS e especialização em Saúde da Família pela UNASUS/UFCSPA.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Conforme descrito inicialmente, aborda-se neste trabalho a experiência durante um ano de participação no programa PROVAB do Ministério da Saúde (MS). Refere-se ao tangente de sua parte prática, com os atendimentos na unidade de saúde (32 horas), e também à parte de ensino e especialização.

Sendo assim, como parcela importante deste processo, abordam-se os casos complexos, provenientes da especialização, e relaciona-se com o trabalho na ESF, pondo em prática os assuntos revisados junto aos casos descritos.

Tais discussões servem de reflexão a cerca dos atendimentos realizados e das patologias encontradas junto aos pacientes. Além disso, promovem um aprimoramento do manejo dos pacientes, por meio de aulas, artigos, sugestões de bibliografias, discussão de casos e atividades avaliativas.

Desta forma, abaixo, far-se-á uma revisão sobre os casos complexos do Eixo 2 da especialização, bem como, apresentar-se-á um caso vivenciado com uma paciente na ESF que pôde ser melhor manejado após revisão minuciosa do assunto.

Nos casos apresentados nesta unidade da especialização, obteve-se contato com diversos assuntos importantes do cotidiano das ESFs, abordando as mais variadas patologias, queixas e sintomas, muitas delas bem prevalentes no atendimento diário nas unidades de saúde.

Entre tais casos, destacam-se assuntos como hipertensão, diabetes, doença obstrutiva pulmonar crônica (DPOC), pré-natal, depressão, enfim, os mais variados, sendo que neste Portfólio destaca-se o *caso 3*, que aborda o quadro clínico e a evolução da gestante Marcela de 20 anos, com 32 semanas de gestação, previamente hígida, que iniciou pré-natal com 6 semanas. Esteve internada por 2 dias, devido ao quadro de elevação da pressão arterial (PA:180/100); teve investigação de pré-eclâmpsia, apresentando proteinúria discreta, sendo então medicada com metildopa 250 mg 12/12 horas. Após manejo inicial, foi liberada com o anti-hipertensivo e retorno ao pré-natal na ESF. Em seguida, foi solicitado proteinúria de 24 horas e ultrassom (US) obstétrico e encaminhada ao pré-natal de alto risco.

Nesse caso também se destaca a realização dos grupos de gestantes, nos quais se abordam os mais diversos temas de interesse das mesmas, tanto médicos, odontológicos, cuidados durante o pré-natal e também orientações para após o nascimento do bebê e puerpério.

Semelhante ao caso descrito acima, realizou-se o pré-natal de uma gestante, S.M., previamente hígida, 19 anos, G2P0A1 (há 1 ano – não sabia causa e nem em qual período gestacional estava). Vinha em acompanhamento irregular de pré-natal, tendo feito apenas 3 consultas até as 30 semanas (sendo a última há 2 meses). Até então, não apresentou nenhuma alteração ao exame físico. Todavia, na consulta de retorno, após busca ativa feita pela agente comunitária de saúde (ACS), estava sem queixas, mas apresentando elevação da pressão arterial: PA: 170/100 mmHg; peso: 101 kg, batimento cardio-fetal (BCF): 135, sem outra alteração ao exame físico.

Foi então encaminhada ao hospital de referência, para investigar elevação da pressão arterial e possibilidade de quadro de pré-eclâmpsia. Realizaram-se exames laboratoriais, todos sendo negativos. Também realizou US obstétrico que demonstrava bom desenvolvimento do bebê (sem restrições do crescimento). Após controle da PA foi liberada com metildopa 250 mg 1 cp 12/12 horas.

A paciente acima mencionada retornou ao pré-natal em nossa unidade de saúde, sendo quinzenalmente solicitados exames laboratoriais (entre eles, proteinúria de 24 horas), consultas semanais com controle da PA e orientações quanto a sinais de alarme. Durante esse acompanhamento, a paciente não teve nenhuma intercorrência, nem comprovação de pré-eclâmpsia, sendo diagnosticada com hipertensão gestacional. Com 37 semanas, iniciou com sinais de trabalho de parto sendo encaminhada à maternidade de referência para realização do parto. Uma vez que, tanto mãe quanto bebê estavam bem, foi possível a realização de parto normal, nascendo uma menina de 3.020 kg. A paciente e seu recém-nascido (RN) seguem em acompanhamento na ESF sem necessidade de medicações ou internações, até o momento da elaboração deste trabalho.

Cabe lembrar que a paciente é mãe solteira e vive com sua mãe, no interior do município. Vem de uma família humilde, que depende da ajuda da secretaria de saúde para despesas de locomoção durante o pré-natal e encaminhamento ao hospital.

Para melhor acompanhamento de nossa paciente e evolução de seu pré-natal, elaboramos, junto a ela, um projeto terapêutico singular. Para isto, foi buscado apoio junto à enfermeira da unidade, agente comunitária de saúde e psicóloga. Essa gestante foi atendida, inicialmente em separado, depois a mãe da paciente, para avaliar o que estava acontecendo, encontrando assim, alternativas para que a paciente viesse regularmente às consultas de pré-natal. Buscou-se junto à família, o apoio para o tratamento necessário, com o objetivo de colocar a usuária no centro da atenção e sua saúde e de seu bebê como fim desta abordagem.

Dessa forma, após a primeira intervenção, buscou-se fortalecer o vínculo com a paciente e também conhecer melhor sua realidade, por meio de visita domiciliar, entre médica, enfermeira e ACS da unidade. Além disso, organizou-se um cronograma de atendimentos da equipe da ESF, exames, bem como, programou-se seus retornos à ESF, além dos cuidados que a mesma iria tomar com sua saúde e de seu bebê.

Sabe-se que até o surgimento das ESFs (antigo PSF: Programa Saúde da Família), o principal foco de atenção nas unidades de saúde era a doença. Todavia, esse modelo vem sofrendo modificações, desde a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários, como também das famílias na construção do projeto terapêutico (SILVA et al, 2013).

Salienta-se que a humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são metas que vêm sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública atualmente.

Humanizar significa valorizar o usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, compreendendo a possibilidade de dar condições para que ele seja participante no processo terapêutico. Para tanto, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado que coloquem o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular (SILVA et al, 2013).

Quanto à hipertensão arterial (HA), conforme revisão bibliográfica realizada percebe-se que é um problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico-social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Nas mulheres em idade procriativa, a prevalência varia de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos (FREIRE; TEDOLDI, 2009), (CARVALHO; GIORGI, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre as doenças hipertensivas ligadas à gestação, a pré-eclâmpsia (PE) afeta de 2% a 3% de todas as gestações no mundo, sendo responsável por, aproximadamente, 60 mil mortes a cada ano (CORDOVIL, 2003), (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Vale ressaltar que um estudo realizado no Rio Grande do Sul demonstrou que, dentre as causas de mortes obstétricas diretas, a principal é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), ocorrendo em 18,5% dos casos. Estudo brasileiro realizado entre 1991 e 1995 demonstrou uma incidência de 7,5% de doenças hipertensivas ligadas à gestação (CARVALHO; GIORGI, 2008).

Quanto à classificação da doença hipertensiva na gestação, a mais aceita em nosso meio é a adotada pelo grupo de estudo da hipertensão arterial na gravidez do Programa Nacional de Hipertensão Arterial (EUA) e pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (BR). Além de utilizada como uma base de acesso à grávida hipertensa, também guia o planejamento de seus cuidados, a saber: hipertensão crônica; pré-eclâmpsia/eclâmpsia; pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Como o caso da paciente apresentado acima, a hipertensão gestacional é o aumento da pressão arterial que surge após as 20 semanas de IG e sem proteinúria. Pode representar uma pré-eclâmpsia (PE) que não teve tempo de desenvolver proteinúria, ou uma hipertensão transitória se a pressão arterial (PA) retornar ao normal após 12 semanas do parto, ou ainda uma hipertensão crônica se a PA persistir elevada. Como a grande importância do tratamento é evitar a morbimortalidade materna e perinatal, principalmente até o momento do parto, mesmo quando diagnosticadas como portadoras de quadros leves, as pacientes devem ser monitoradas continuamente (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Como rotina, inicialmente deve-se descartar casos mais graves e inicia-se dessa forma, a investigação de pré-eclâmpsia. Para isso, são realizados exames laboratoriais, avaliação do crescimento fetal por meio de US obstétrico, controle da PA e avaliação dos sintomas da paciente. Isto tudo porque a prole de mulheres com hipertensão durante a gravidez está em maior risco de baixo peso ao nascer, parto prematuro, doenças de prematuridade e morte (RAY et al, 2001).

Os fatos demonstram que a maioria das hipertensas de baixo risco não necessita de medicação anti-hipertensiva durante a primeira metade da gestação devido à redução fisiológica da PA neste período. O tratamento deve ser iniciado quando houver aumento pressórico que possa provocar complicações maternas, como AVC, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Infere-se que a falta de estudos randomizados que possam avaliar os riscos e benefícios dos anti-hipertensivos na gestação faz com que a escolha se baseie mais na experiência pessoal e no consenso de especialistas. Não existe uniformidade de conduta nas sociedades nacionais nem internacionais. A metildopa é a droga mais utilizada na gestação, seguida pela nifedipina e o labetalol (FREIRE; TEDOLDI, 2009); (WANNMACHER, 2004).

O objetivo do tratamento é manter a PAS (pressão arterial sistólica) entre 140-150 mmHg e a PAD (pressão arterial diastólica) entre 90-100 mmHg. Na maioria das vezes, as

pacientes necessitam de acompanhamento multidisciplinar, além de unidades especializadas e atendimento terciário por ocasião do parto (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Já em hipertensas crônicas, o uso de anti-hipertensivos e a manutenção da PA dentro dos níveis adequados colaboram para se evitar complicações cardiovasculares, mas não modificam o risco de PE sobreposta. Além disso, apesar dos vários estudos que tentaram identificar marcadores a fim de predizer ou detectar a PE, nenhum ainda é isoladamente específico ou preditivo para ser utilizado na prática clínica (FREIRE; TEDOLDI, 2009); (WANNMACHER, 2004).

Desta forma, a revisão de artigos sugeridos pela especialização, assim como os demais acima citados, promoveram um aprimoramento no conhecimento médico a cerca do caso clínico descrito, bem como da conduta a ser tomada, possibilitando um melhor manejo dos sintomas apresentados pela paciente, em seu benefício e de seu RN.

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

Em conformidade com a Constituição Federal:

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”; e de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Sendo assim, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade (BRASIL, 2004).

Sabe-se que a ESF preconiza especialmente as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Desta forma, neste módulo do EAD vários casos clínicos destacaram a promoção de saúde, abordando a puericultura, a saúde mental (em especial a abordagem da ansiedade), a polifarmácia, osteoartrite, doenças cardíacas, entre outros, muito prevalentes no dia-a-dia nas unidades de saúde. Infelizmente, muitos pacientes ainda são medicalizados sobremaneira ao invés de buscarem a prevenção dos agravos. Devido a isso, neste capítulo abordar-se-á um destes assuntos em especial, que merece destaque, a puericultura.

No que tange a promoção da saúde das crianças, surge a puericultura. Esta área tem como objetivo acompanhar de maneira sistemática a criança, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta, a fim de promover e manter a saúde, reduzir a incidência de doenças nesta faixa etária e aumentar as chances desta crescer e se desenvolver de modo a alcançar todo o seu potencial (LIMA et al, 2013).

Sob a óptica da legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, reforça-se o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos. Responsabilidade esta que não é apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo (BRASIL, 2004).

Conforme apresenta o Ministério da Saúde, na puericultura temos a oportunidade de demonstrar práticas no dia-a-dia que mantêm a avaliação integral da saúde da criança de 0 a 6 anos, evitando patologias comuns nessa faixa etária. Dentre estas medidas se destaca a correta orientação à amamentação, a realização da profilaxia da anemia, avaliação das medidas antropométricas e da hidratação do bebê, seu desenvolvimento neuropsicomotor, orientações quanto à correta higiene e alimentação, entre outros (BRASIL, 2012), (YAMAMOTO; CAMPOS, 2006).

Nesta perspectiva, as consultas devem envolver sistematicamente, enfermeira e médica, abordando a criança de maneira educativa e humanizada, abrangendo todo o seu aspecto biopsicossocial e não apenas ações curativas (LIMA et al, 2013).

Infelizmente, nem todas as famílias comparecem às consultas de puericultura, mesmo sendo realizada busca ativa por meio dos agentes comunitários de saúde; ainda há muitos faltosos. Devido a isso, sempre que possível, tem-se que aproveitar a procura do paciente à unidade de saúde para oportunizar ações e mudanças no estilo de vida do paciente e de sua família que proporcionem melhorias à saúde da criança e orientá-los quanto à necessidade do seguimento correto às consultas de rotina.

Como apresenta o caso 17 do EAD, “*Inês e Daiane*”, Daiane é uma criança faltosa às consultas, que não realizava corretamente profilaxia para anemia, nem mantinha seguimento às consultas de puericultura. Na última visita à ESF, tinha sido trazida pela avó materna devido a um quadro de desidratação por diarreia. Nesta ocasião foi otimizado pela equipe da ESF a abordagem junto à avó da criança para que a mãe da mesma retornasse às consultas de puericultura, para as devidas orientações.

Semelhante ao caso clínico citado acima, em nossa unidade de saúde, teve uma paciente criança que sofreu negligência por parte da mãe; quem acabava cuidado do RN era a avó materna. Esta recebeu a guarda da criança. A mãe foi diagnosticada com depressão pós-parto e não teve condições de dedicar atenção e cuidado ao seu filho, acabando por afastar-se da criança. Para esta família tem-se dado atenção especial, com atendimento por meio de visita domiciliar com psicóloga, assistente social, enfermeira e ACS.

Nesse sentido, conforme orientação do Ministério da Saúde *no Caderno da Atenção Básica*, as consultas de puericultura são muito importantes para o bom desenvolvimento da criança. Idealmente, até o 5º dia de vida o RN deve receber acompanhamento com visita domiciliar para avaliar: sucção, presença de icterícia, hidratação, secreções, temperatura, frequência respiratória, carteira de vacinação, testes de triagem realizados e sinais de alarme. Após, então, as consultas devem ser: mensal até o 6º mês de vida; trimestral do 6º ao 12º mês; semestral no 2º ano e uma consulta anual a partir do 3º ano de vida. Até cinco anos se preconiza uma visita mensal do ACS, onde se avalia dados antropométricos e sinais de alarme (BRASIL, 2012). Isso nos permite dizer que o acompanhamento do nascimento até os cinco anos de idade, do seu crescimento e desenvolvimento, é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências (BRASIL, 2002).

Todavia, ações aparentemente simples, como pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e realização de vacinas nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde. Para que estas ações tragam melhorias à saúde infantil, torna-se necessária a capacitação técnica dos profissionais assim como o trabalho integrado das equipes, articulando as ações básicas à saúde das crianças (BRASIL, 2002).

Conforme apresentado no capítulo anterior deste TCC, as aulas do módulo EAD proporcionam um aprimoramento ao nosso conhecimento teórico e auxiliam na melhora do atendimento prático aos pacientes, ao passo que nos apresentam casos clínicos (a consulta na íntegra) e após, revisão do assunto.

Muitas vezes, devido à grande demanda de pacientes diariamente é difícil manter-se consultas específicas de puericultura entre enfermeira e médica; acaba-se com frequência atendendo mais crianças na demanda espontânea do que na puericultura. Todavia, deve-se organizar o atendimento da forma correta, com consultas regulares, intercaladas entre equipe de enfermagem e médica, para a correta orientação dos pacientes e seu seguimento adequado. Com base nas revisões literárias envolvendo a puericultura, pode-se realizar um protocolo deste atendimento e, por meio dele, um melhor seguimento a todas as crianças do município.

Infelizmente, conforme dados do Ministério da Saúde, os indicadores de saúde demonstram que ainda há um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Os índices de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe preparada para atender com eficiência e agilidade. As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia (como o caso apresentado em nosso EAD) são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção de destaque (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde,

o nascimento, o crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude, porque certamente proporcionam grande ganho à qualidade da saúde das crianças (BRASIL, 2004).

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Como citado anteriormente, nos demais capítulos, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, como também na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Com base nisso, e em especial no princípio da territorialização, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas à área da ESF (FONSECA; CORBO, 2007).

Neste âmbito, encontra-se a atenção domiciliar, atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, onde os profissionais devem estar preparados para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, adequando alguns aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregando tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012).

Sabe-se que a proposta de atenção domiciliar, conforme apresentada pelo *Caderno da Atenção Domiciliar*, inclui a reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens às famílias. Espera-se que a equipe seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e também reabilitação em saúde (BRASIL, 2012). O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito a uma parcela de práticas do cuidado domiciliar, particularmente àquelas implicadas em uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (FEUERWERKERL; MERHYL, 2008), (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que a atenção domiciliar surge como alternativa, fornecendo a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” (FEUERWERKERL; MERHYL, 2008), (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que a visita domiciliar sempre esteve presente no contexto histórico brasileiro, assumindo características diferentes de acordo com os diferentes cenários sociais, políticos e ideológicos pelos quais perpassou. Mas, atualmente, mesmo que não seja

uma estratégia inédita na saúde pública brasileira, as visitas domiciliares (VDs) apresentam finalidades mais amplas e complexas.

Na segunda década do século XX, voltavam-se mais para o cuidado do doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família. Já na proposta da ESF, a visita deve se articular com os desafios presentes, tendo as famílias e os cuidadores como unidade central de atenção (CRUZ; BOURGET, 2010).

As VDs se destacam como intervenção capaz de promover ações preventivas, curativas, de promoção e também de reabilitação dos indivíduos em seu ambiente familiar, uma vez que permitem uma maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida e a dinâmica das famílias (CRUZ; BOURGET, 2010), (ABREU, 2013). Isso nos permite dizer que a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde dos pacientes (BRASIL, 2013).

No caso 25 do EAD, *Dona Margarida*, uma senhora viúva, de 75 anos, que morava com a filha, pôde-se ter uma visão da otimização das visitas domiciliares pela equipe, com cronograma, reais necessidades, seleção de pacientes para as VDS, planejamento e organização, abordando os cuidados domiciliares.

Da mesma forma, na unidade de saúde *Centro Municipal de Saúde de Pinheirinho do Vale*, até a implementação do PROVAB, as visitas domiciliares eram realizadas somente quando solicitadas pelos familiares de pacientes, em geral pela equipe de enfermagem, uma vez que a demanda de atendimentos na ESF era muito grande e a médica responsável pela unidade não tinha disponibilidade para dias programados de VDs. Também a equipe da assistência social e psicologia (dentro do NASF), realizam visitas a pacientes, em geral àqueles em seguimento com psiquiatra, visitas solicitadas por familiares ou então casos judiciais.

Com um olhar mais atento em torno da necessidade de tornar a atenção domiciliar rotina dentro da agenda da ESF, organizou-se um cronograma de visitas. Após reunião com toda a equipe da unidade, foi criado um turno de visitas domiciliares por semana, contando com médica, enfermeira e agentes comunitárias. Cada ACS solicita as visitas conforme necessidade dos pacientes de sua área em acompanhamento. Também foi aberto à população, quando necessário, solicitar visitas à enfermeira do ESF, que junto à médica e ACSs, avalia a possibilidade da realização de visita aos pacientes.

Numa destas visitas, teve-se a oportunidade de conhecer um paciente de 55 anos, previamente hipertenso, diabético, tabagista (1 maço/dia), já em tratamento com: metformina 500 mg 1 cp VO de 12/12 hrs, glibenclamida 5 mg 1 cp VO de 12/12 hrs, losartana 50 mg 1 cp VO de 12/12 hrs, hidroclorotiazida 25 mg 1 cp VO 1 x dia, AAS 100 mg 1 cp VO 1 x dia. O paciente não ia muito às consultas na ESF, apenas buscava suas medicações. Já fazia algum tempo que não realizava medição da pressão arterial nem teste de glicemia capilar. Quanto aos exames laboratoriais de seguimento, já não os realizava há mais de 2 anos. A consulta então foi solicitada pela ACS responsável pela área do paciente, devido à má aderência do paciente às consultas e também por quadro respiratório.

Dessa forma, o paciente apresentava-se com quadro de tosse com catarro amarelado há mais de 3 semanas, tendo 1 episódio de hemoptise, além de perda de apetite e sudorese eventual. Negava dor torácica ou dispneia. Sem outras queixas. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, com PA: 140/90; HGT: 200 mg/dl (em jejum); aparelho respiratório: murmúrio vesicular diminuído difusamente, roncosp difusos, FR:18 irpm; Saturação de O₂: 95% AA; aparelho cardiovascular: BNF, RR, 2T, FC:85 bpm; Abdome: sem alterações.

Para obter um diagnóstico mais preciso, foi solicitado coleta de escarro (2 amostras) e raio x de tórax. Além disso, devido às patologias de base, foram solicitados exames laboratoriais de rotina, sorologias e controle de PA. Nos exames, foi firmado o diagnóstico de Tuberculose bacilífera pulmonar. Foram descartadas patologias associadas como HIV, sífilis e hepatites virais. O tratamento foi iniciado com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE), assistido e mantido por 2 meses, e após seguido pela terapia de manutenção com rifampicina e isoniazida (RH) (que será mantida por mais 4 meses). O paciente apresenta melhora dos sintomas, negatificação do escarro e pequena melhora do aspecto do raio x de tórax. No momento, segue na fase de manutenção do tratamento frequentando a ESF mensalmente, (BRASIL, 2011). Quanto ao DM, aumentou-se a dose de metformina para 500 mg 8/8 hrs e glibenclamida 5 mg 8/8 hrs (BRASIL, 2006). Quanto à pressão arterial, esta se manteve estável com o tratamento em uso.

Quanto à implementação das VDs, inicialmente foi possível perceber uma resistência de alguns pacientes para receber a equipe de saúde em suas casas. Todavia, com o passar do tempo, muitos vinham até a ESF solicitar visitas e retorno às casas. Percebe-se que os pacientes que receberam as visitas sentiram-se valorizados pela equipe de saúde, que dessa forma, faz busca ativa aos pacientes, mostrando o quanto é importante que o mesmo cuide-se, tome corretamente suas medicações e faça seus exames de rotina conforme cada necessidade.

Além disso, indo até as casas, podem-se recolher medicamentos velhos, organizar o uso dos remédios, dar orientações sobre cuidados com a casa e com os animais (BRASIL, 2012).

Certamente, para a equipe também se mostrou muito importante a realização das visitas, uma vez que, vendo a realidade em que vivem os pacientes pôde-se abordar de forma mais efetiva as patologias, demonstrando fatores que interferem nas comorbidades, sempre se adaptando às possibilidades de cada família. Também visitando as casas, tornou-se possível fornecer orientações simples, mas que fizeram muita diferença para os pacientes. Como no caso relatado acima, a simples orientação de arejar a casa, uso correto das medicações, e formas de transmissão, promoveram melhorias no tratamento do paciente e diminuição da disseminação da doença (BRASIL, 2011).

Na maioria dos casos das VDs tivemos pacientes acamados, com poucas condições de dirigirem-se até a ESF devido ao transporte ou locomoção, pacientes com doenças psiquiátricas que não vão até a unidade de saúde, carências no cuidado aos idosos e necessidade de otimização dos tratamentos. Em alguns casos, solicitou-se também a visita em conjunto com a psicóloga da equipe, para melhor abordagem do paciente. Nesses casos, percebeu-se uma melhor resposta aos tratamentos e também se ampliou o conhecimento das famílias quanto a melhor forma de abordagem do cuidado ao familiar.

No momento, realizam-se as visitas semanalmente, um turno na semana, com carro da secretaria da saúde, com presença da ACS responsável pela área, enfermeira e médica da ESF, tendo bons resultados com os atendimentos.

Quanto à relação com as famílias, pôde-se perceber que encontraram na equipe de saúde que visita suas casas um apoio para melhorar a qualidade do cuidado aos pacientes do lar, o aperfeiçoamento de ambientes e ainda, proporcionaram tratamento a diversas patologias sem a necessidade de internações hospitalares.

Assim, como nos apresenta LOPES et al,

a VD se constitui como um momento rico, onde se estabelece o movimento das relações, com escuta qualificada, vínculo e acolhimento, fazendo com que os grupos familiares e comunidades tenham melhores condições de se tomarem mais independentes na sua própria produção de saúde (LOPES et al, 2008).

Deste modo, a construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica e do conhecimento, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos e interações fazem

parte do universo familiar e intervém diretamente na saúde de seus membros. Por isso, assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade (BRASIL, 2013).

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O período de participação e formação na Especialização em Saúde da Família pela UNASUS/UFCSPA amplia conhecimentos, melhora a formação médica e em especial, promove uma visão mais clara da organização da unidade de saúde, primando substancialmente pela prevenção de agravos e a promoção da saúde.

Ao iniciar os trabalhos na ESF, como descrito no Projeto de Intervenção (em anexo), os atendimentos aconteciam apenas na forma de livre demanda, com um número de fichas distribuídas conforme ordem de chegada dos pacientes, não sendo realizado acolhimento pela equipe de enfermagem. Também não se realizavam reuniões de equipe, sendo que as informações ou discussões quanto à forma de trabalho ou casos especiais de pacientes, não aconteciam, ou então eram discutidos pontualmente entre alguns membros da equipe.

Quanto aos prontuários médicos, já se tinha introduzido o sistema eletrônico e-sus, mas ainda não abrangiam a longitudinalidade, uma vez que constava neles apenas a queixa principal do paciente e de forma bem resumida, a conduta médica. Não havia a organização no sistema SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano), abordado nas aulas do EAD.

Então, foi necessário organizar reuniões entre a equipe da ESF e instruir seus membros quanto às novas diretrizes do SUS, seus princípios, seus objetivos, para melhorar o atendimento à população. Em especial, buscava-se introduzir o princípio da longitudinalidade e equidade, fornecendo seguimento aos pacientes e “tratando desigualmente os desiguais”, com trabalho conjunto entre equipe de ACSs, médica e enfermagem.

Após amplas reuniões entre a equipe da ESF, foi organizada então, uma agenda para os atendimentos médicos, reservando um número de consultas para a livre demanda, o dia especial para as gestantes e para puericultura, visitas domiciliares e as consultas agendadas. Além disso, a equipe de enfermagem (enfermeira e técnicas de enfermagem) passou a realizar o acolhimento, abordando as queixas dos pacientes, os motivos que o levaram até o posto de saúde, realizava a coleta dos sinais vitais e avaliava a necessidade do paciente ser atendido pelo médico no mesmo dia ou então o agendamento de consulta.

Também foram organizados e delimitados, conforme as diretrizes do SUS, os grupos prioritários com direito a menor tempo de espera e atendimento imediato. Como o município não tem unidades de pronto-atendimentos foi delimitado também os casos de urgência e emergência que necessitem atendimento prioritário.

Como descrito no PI, através do agendamento de consultas e realização de acolhimento, envolvendo toda a equipe de saúde, espera-se atender com melhor equidade os pacientes, dando prioridade aos atendimentos de urgência, mas também permitindo espaço disponível para atendimentos à população que busque promoção de saúde e prevenção de doenças.

Inicialmente houve bastante resistência por parte dos pacientes, que até então tinham conhecimento majoritário do sistema de livre demanda e de tratamento de patologias agudas, sem realização de promoção de saúde. Abordando esse assunto nas consultas, em palestras e em reuniões com representantes da comunidade, foi possível, aos poucos, introduzir esta nova forma de atendimento médico, sempre buscando melhorar o acesso dos pacientes a ESF e fazendo com que os mesmos se sintam seguros e bem acolhidos, tendo confiança na equipe de saúde que o acolhe.

Quanto aos grupos de hipertensos e diabéticos, estes aconteciam apenas a cada dois meses e neles era apenas feita a entrega de medicamentos. Após reuniões de equipe, organizaram-se os grupos de forma a acontecer inicialmente a cada mês, sendo que em cada mês um profissional diferente da área da saúde faz-se presente para abordar assuntos pertinentes à promoção de saúde e prevenção de doenças. Como se trata de uma grande área de abrangência da ESF, com 10 ACSs, não se conseguiu ainda diminuir o intervalo entre as reuniões dos grupos.

Também nos grupos HIPERDIA, tenta-se introduzir a realização de atividade física. Contamos com uma educadora física e um fisioterapeuta na equipe do NASF, que juntamente com a equipe do ESF, promovem atividades junto à academia do idoso, nos grupos e também na unidade de saúde, junto à sala de fisioterapia. Também atua conjuntamente, vinculada a equipe do NASF, a nutricionista, tanto em atendimentos individuais quanto com participação nos grupos.

Em relação aos casos de saúde mental, tenta-se abordar conjuntamente com a psicóloga, que realiza atendimentos individuais quando necessário e também em grupos, que são realizados a cada 15 dias, nas quais, além desta profissional também atua uma artesã, que trabalha com os pacientes.

Conforme pontua Figueiredo, na ESF,

“o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que

interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (FIGUEIREDO; 2012).

Deste modo, certamente assuntos abordados no curso EAD, como doenças prevalentes, abordagem da visita domiciliar, puericultura, saúde mental, saúde da criança e do adolescente, entre outros, promoveram uma melhora importante na visão da ESF como um local estratégico para a promoção de saúde. Por meio dela, foi possível introduzir a equipe a ideia da prevenção de agravos e a melhor forma de organizar os atendimentos na unidade de saúde, buscando um melhor acesso dos pacientes a unidade, além de melhorar também a abordagem da puericultura e das visitas domiciliares, promovendo longitudinalidade.

Isso posto, acredito que o curso de especialização junto a UNASUS/UFCSPA e o atendimento na unidade de saúde CMS através do PROVAB, proporcionaram um aprimoramento importante em minha formação acadêmica, promovendo uma visão mais ampla da forma com que os pacientes devem ser acolhidos na ESF, pondo em prática os princípios e diretrizes do SUS e em especial, da APS, sempre objetivando a melhoria do acesso ao sistema e também da saúde dos pacientes.

6 REFERÊNCIAS

- ABREU, Kenia Cristina Silva; **A importância da visita domiciliar a pacientes hipertensos.** Trabalho de Conclusão de Curso. Lagoa Santa – MG, 2013; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4137.pdf> Acesso em: 25 de março 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf Acesso em: 10 de fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil,** 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf Acesso em 10 de fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **DIABETES MELLITUS.** Cadernos de Atenção Básica - n.º 16, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF Acesso em: 17 de abril 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde,** 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_tuberculose11.pdf Acesso em: 17 de abril 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento;** Cadernos de Atenção Básica, n. 33 Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf . Acesso em: 09 de fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Volume 1, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_voll.pdf Acesso em: 25 de março de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar, “Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar”.** Volume 2, abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf Acesso em: 26 de março de 2017.
- CARVALHO, Maria Helena C. de; GIORGI, Dante Marcelo A.; **HIPERTENSÃO,** Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão, São Paulo, Brasil, 2008. Disponível em: http://www.sbh.org.br/revistas/2008/revistahipertensao1_2008.pdf Acesso em: 05 de jan. 2017
- CORDOVIL, Ivan; **Hipertensão arterial na gravidez: aspectos práticos, Artigo de Revisão;** Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro; 2003. Disponível em: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2003_v16_n01_art01.pdf Acesso em 05 de jan. 2017.

CRUZ, Mariene Mirian; BOURGET, Monique Marie Marthe; **A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias**; Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010. Disponível em: [file:///D:/Bibliotecas/Downloads/29674-34477-1-PB%20\(3\).pdf](file:///D:/Bibliotecas/Downloads/29674-34477-1-PB%20(3).pdf) Acesso em 25 de março 2017.

FEUERWERKERL, Laura C. M.; MERHYL, Emerson Elias; **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**; Rev Panam Salud Publica. 2008;24(3):180–8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf> Acesso em: 26 de março 2017.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de; **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Especialização em Saúde da Família - UNASUS/ UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf Acesso em: 26 de março 2017.

FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea; **O Território e o Processo Saúde-Doença**; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf> Acesso em: 17 de abril 2017.

FREIRE, Cláudia Maria Vilas; TEDOLDI, Citânia Lúcia; **Hipertensão arterial na gestação**; Arquivos Brasileiros de Cardiologia, volume 93; São Paulo; Dezembro de 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001300017> Acesso em 05 de jan. 2017.

LIMA, Kamila Ferreira; FERNANDES, Nataly Tavares; COUTO, Camila Santos do; CASIMIRO, Cintia Freitas; FROTA, Mirna Albuquerque; **A RELEVÂNCIA DA PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**, 17º SENPE, Natal, Rio Grande do Norte, 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0160po.pdf. Acesso em 11 de fev. 2017.

LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline; **VISITA DOMICILIAR: TECNOLOGIA PARA O CUIDADO, O ENSINO E A PESQUISA**; Cienc Cuid Saude 2008 Abr/Jun; 7(2):241-247 Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5012/3247> Acesso em: 17 de abril 2017.

Prontuário eletrônico do cidadão (e-sus).

RAY JG; BURROWS RF; BURROWS EA; VERMEULEN MJ; **MOS HIP: McMaster outcome study of hypertension in pregnancy**; Early Hum Dev. 2001 Sep; 64(2):129-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11440825> Acesso em 13 jan. 2017.

SILVA, Esther Pereira da; MELO, Francisco de Assis Brito Pereira de; SOUSA, Mailson Marques de; GOUVEIA, Roberta de Araujo; TENÓRIO, Andrea Andrade e; CABRAL, Andrea Fábila Freitas et al. **Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde**; Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 17, 2013. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Projeto_Terap%C3%AAAutico_Singular_como_E

[strat%C3%A9gia de Pr%C3%A1tica da Multiprofissionalidade nas A%C3%A7%C3%B5es de Sa%C3%BAde.pdf](#) Acesso em 14 jan. 2017.

WANNMACHER, Lenita; **Manejo da hipertensão na gestação: o pouco que se sabe - Ministério da Saúde**; Brasília, BRASIL, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_HIP_1004.pdf Acesso em 14 jan. 2017.

YAMAMOTO, Renato Minoru; CAMPOS, Dioclésio Júnior; **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**; Sociedade Brasileira de Pediatria; BRASIL, 2006. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/ManPraticaAtend.pdf> Acesso em 11 fev. 2017.

7 ANEXO A - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

**GESTÃO DO ACESSO E DO ATENDIMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ESF
DE PINHEIRINHO DO VALE/RS – CUIDADO CONTINUADO**

Aluna: Angélica Seidel

Orientador: Alexandre Teixeira Trino

PORTO ALEGRE

2016

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	29
2.OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	32
4.MÉTODOS	35
5.CRONOGRAMA	38
6.RECURSOS NECESSÁRIOS	39
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	39
6.2 RECURSOS MATERIAIS	39
7.RESULTADOS ESPERADOS.....	40
8.REFERÊNCIAS	41

RESUMO

Este projeto de intervenção tem por objetivo abordar a organização do atendimento em saúde da família na unidade “Centro Municipal de Saúde”, localizado em Pinheirinho do Vale – RS. O mesmo é composto por uma equipe mista, com UBS e ESF. Contava, até a incorporação do PROVAB, em maio de 2016, com uma médica 40 horas e um médico 8 horas. Até então, havia atendimentos apenas na forma de livre demanda, sem agendamento de consultas, acolhimento ou delimitação de riscos. Assim, era necessário que os pacientes procurassem a unidade de saúde em horários precoces pela manhã, enfrentando filas, para a obtenção de fichas. Com isto, muitos pacientes acabavam não sendo atendidos e ficavam frustrados com o serviço da unidade. Além disso, na maioria das vezes, a unidade de saúde acabava sendo procurada apenas para a resolução de doenças agudas, e não com a finalidade de promoção de saúde e prevenção de doenças, deixando de realizar um dos principais objetivos como estratégia de saúde. Com a percepção deste problema, após debates entre a equipe de saúde, foi criado o agendamento de consultas (seguindo as diretrizes operacionais da atenção básica). Para a boa organização do sistema de agendamento e acolhimento na unidade, foi necessário um trabalho multidisciplinar, envolvendo equipe médica e de enfermagem. Para a realização deste projeto, utilizamos como base o “Manual de Acolhimento do Caderno de Atenção Básica” e fontes literárias junto à plataforma ARES.

DESCRITORES: Acolhimento. Agendamento de consultas. Promoção à saúde. Gestão no atendimento em saúde.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o *Caderno de atenção básica*, a atenção primária enquanto um dos eixos estruturantes do SUS vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão e coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, MS, 2013; BRASIL, MS, 2012). Em encontro a isso, vê-se a importância de melhorar o acesso e o acolhimento à população em cada unidade de saúde, com vistas ao bom atendimento dos pacientes, com ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, e não só visão curativa.

Nossa unidade de saúde se localiza em Pinheirinho do Vale, município situado ao norte do Rio Grande do Sul, com uma população de 4497 habitantes (segundo último levantamento das agentes comunitárias de saúde), sendo que deste total, 1727 moram na zona urbana e 2770 na zona rural. Seu IDH é de: 0,78 (IBGE, 2010). Sua economia se baseia principalmente na agricultura familiar e na suinocultura.

Em relação à saúde, conta com duas unidades, que abrangem em sua totalidade a população local. A principal delas é localizada no centro do município, chamado “Centro Municipal de Saúde”, que concentra a maior parte dos atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, além da farmácia municipal, serviço de assistência social, vigilância epidemiológica e secretaria de saúde. Também conta com uma unidade de menor tamanho e abrangência no interior do município, chamado “Unidade do Interior”, que recebe atendimento médico e odontológico dos mesmos profissionais da unidade do centro, em dias alternados.

Apresenta uma população com 17% de hipertensos e 2,3% de diabéticos, sendo a principal causa de morte as doenças cardiocirculatórias seguida por problemas respiratórios.

Quanto aos atendimentos médicos, as consultas eram distribuídas na forma de livre demanda, sendo que os pacientes deviam chegar cedo à unidade de saúde para retirar fichas para o atendimento médico. Os primeiros pacientes recebiam as fichas conforme número liberado para cada profissional. Todavia, a fila e a cota de “consultas do dia” (senhas limitadas), além de submeter as pessoas à espera em situação desconfortável e sem garantia de

acesso, são muitas vezes o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada (BRASIL, MS, 2013)

Além disso, foi observado que os principais agravos que levavam os pacientes ao atendimento médico eram patologias agudas como quadros álgicos, sendo que o atendimento preventivo era feito na minoria dos casos.

Assim, percebemos que a unidade de saúde estava atuando mais na área curativa que preventiva, sem proporcionar o acesso com equidade à população local. Baseado nisso, foi delimitado nosso problema: “dificuldade de acesso ao atendimento médico de promoção à saúde e prevenção de doenças na unidade de saúde de Pinheirinho do Vale” e a partir dele, elaborado um plano de intervenção que pudesse melhorar as condições de saúde local.

Com o objetivo de resolução do mesmo, baseado no “Manual de Acolhimento do Caderno de Atenção Básica”, reorganizamos o atendimento médico relativo aos horários de trabalho do PROVAB, e criamos o agendamento de consultas. Foi delimitado que 40% dos atendimentos dos turnos seriam reservados para consultas agendadas e os outros 60% para a consulta de livre demanda, após avaliação inicial de triagem e delimitação de riscos pela equipe de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Melhorar o acesso ao atendimento médico de promoção à saúde e prevenção de doenças na unidade de saúde de Pinheirinho do Vale.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fornecer consultas com agendamento prévio;
- Direcionar os atendimentos para a prevenção de doenças e promoção de saúde;
- Evitar a busca frustrada às consultas médicas;
- Diminuir a morbimortalidade das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes;
- Delimitar com mais equidade os atendimentos de livre demanda;
- Promover um trabalho multidisciplinar no atendimento em saúde na ESF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Baseado nos princípios doutrinários do SUS e na “*Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde*”, sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS), hoje representada pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF), deve ser a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (secundária e terciária). Sendo assim, é muito importante que todas as pessoas sejam acolhidas nas unidades de saúde, tanto quando buscam atendimento de urgência como em casos de prevenção de doenças (SOUZA, 2015), (BRASIL, 2013).

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do RS (Rio Grande do Sul), no estado existem 2.411 unidades de saúde, das quais 1.871 são equipes de saúde da família (dados de julho/2015) (RIO GRANDE DO SUL, SES, 2016), (IBGE, 2016).

Conforme nos demonstra o manual da atenção primária, mesmo que a APS não seja capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias. Para isto ela deve ter disposição e capacidade de identificar as variadas demandas e necessidades de saúde e ser capaz de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, não basta que a ESF seja resolutiva apenas em casos agudos; ela também deve promover, tanto coletiva quanto individualmente, saúde e evitar o adoecimento ou mesmo a incapacidade. Deve abordar o atendimento voltado para a prevenção de doenças, buscando a população exposta a fatores de risco e trabalhando junto a ela maneiras de melhorar os hábitos de vida da população adstrita. Tudo isso com vistas a diminuir a prevalência de hipertensos, tabagistas, diabéticos e pacientes com doenças cardiovasculares; patologias estas em crescimento nas últimas décadas (BRASIL, 2013), (CURITIBA, Secretaria de Saúde de Curitiba, 2005).

Diante disso, uma APS forte e resolutiva depende especialmente de um acesso facilitado, em que as pessoas vinculadas àquela equipe consigam atendimento quando necessitam, no horário mais adequado e com a forma de agendamento mais confortável para o paciente. Para tanto, dois objetivos centrais da APS são: ampliar o acesso e manter a continuidade do cuidado. Dessa forma, muitas unidades de saúde lutam para atingir esses objetivos, mas se sentem pressionadas pela demanda, apresentando dificuldade principalmente nos atendimentos agendados, uma vez que a população, na maioria das vezes,

procura atendimento devido patologias agudas e não prevenção de doenças (CURITIBA, Secretaria de Saúde de Curitiba, 2005).

Sendo assim, é preciso ter uma equipe qualificada e que desenvolva um trabalho multidisciplinar e interligado, em que se faça atendimento com agendamento para aqueles pacientes hígidos, expostos a fatores de risco ou com doenças crônicas controladas; mas que também seja feito um acolhimento efetivo aos pacientes da demanda espontânea, com delimitação de riscos com qualidade e equidade. Para isso, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível, ou mesmo necessário, encaminhar todas as pessoas ao médico; ou seja, o acolhimento não deve se restringir apenas a uma triagem para atendimento médico. O acolhimento deve sim promover maior organização dos serviços de saúde, uma vez que permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabilize a utilização da agenda, com organização da demanda espontânea e programada. O simples fato de escutar um paciente seja para esclarecer uma dúvida, ou para dar uma informação já é uma forma de acolher, e isso pode ser feito por qualquer profissional que trabalha na unidade, desde os serviços gerais até o médico (BRASIL, 2013), (BRASIL, 2012).

Conforme nos apresenta o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma diretriz da *Política Nacional de Humanização (PNH)*, que não tem local, nem hora e nem profissional certo para fazê-lo. Diz ainda que é uma postura ética que implica na escuta das queixas dos pacientes pelo profissional. Acolher é um compromisso de respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2013), (SOUZA, 2015).

Desta forma, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. Tal princípio se baseia na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva); tratar cada um de acordo com a sua necessidade, evitando diferenciações injustas e negativas. Para orientar o atendimento, a equipe de enfermagem pode adotar a estratificação de risco, que então vai orientar o tipo de intervenção necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer e a prioridade que tal atendimento deve receber em relação aos outros pacientes (BRASIL, 2013), (CARVALHO, 2015).

É importante salientar que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima, porque muitas vezes, é neste momento de sofrimento e fragilidade dos usuários do sistema de saúde que se criam e fortalecem os vínculos com a equipe. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles

recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento (BRASIL, 2013).

Portanto, o trabalhador da saúde que irá receber o usuário que chega a unidade deve saber avaliar o risco e a vulnerabilidade desse paciente; delimitar o que deve ser feito de imediato e principalmente quando deve ser feito, seja encaminhamento ou agendamento de consulta médica para ele. Por isso, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada o usuário que chega à unidade e reconhecer riscos e vulnerabilidades para então realizar as intervenções necessárias (BRASIL, 2013), (CURITIBA, Secretaria de Saúde de Curitiba, 2005).

Nessa perspectiva, para organizar os atendimentos, o caderno de atenção básica do MS nos sugere que seja elaborada uma agenda programada para grupos específicos, abrangendo o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, em datas definidas, porque isto facilita seu retorno à unidade de saúde e amplia o vínculo com os profissionais locais (BRASIL, 2013).

Ainda, sugere-se a agenda de atendimentos agudos, identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea pela equipe de enfermagem. Esses usuários devem ser atendidos, de preferência, de acordo com a estratificação de risco realizada pela equipe do acolhimento. Também se deve deixar parte dos atendimentos de cada profissional para marcação de retornos de pessoas que precisam vir com maior brevidade para a ESF, como por exemplo, quando é necessário avaliar a eficácia de um tratamento prescrito ou mesmo reavaliar a evolução de um quadro clínico (como no caso de uma criança em tratamento ambulatorial de pneumonia) (BRASIL, 2013), (BRASIL, 2012).

Deduz-se que a atenção qualificada se faz necessária para garantir ampliação do acesso, humanização da assistência, fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, equidade e integralidade nas unidades de saúde. Assim, busca-se otimizar o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, oferecer um atendimento resolutivo e satisfatório aos pacientes (SOUZA, 2016), (BRASIL, 2012).

4 MÉTODOS

Este trabalho diz respeito a um Projeto de Intervenção que busca trazer melhorias ao atendimento médico na unidade de saúde *Centro Municipal de Saúde* do município de Pinheirinho do Vale – RS, em que desde maio de 2016 foi incorporado o PROVAB.

Busca-se, através deste projeto, melhorar a organização nos atendimentos médicos da unidade, tanto em relação aos atendimentos programados, com agendamentos prévios, quanto aos atendimentos de livre demanda; pois, apesar de ser um município de pequeno porte, apresenta uma grande demanda de pacientes.

Num primeiro momento, junto com a equipe de profissionais da unidade, observa-se que em sua grande maioria, os pacientes procuravam a unidade devido a patologias agudas, como queixas álgicas, sendo que a promoção de saúde e prevenção de doenças ficava em segundo plano. Então, com a percepção e delimitação de nosso problema, foram discutidas e pesquisadas maneiras para melhorar e facilitar o acesso dos pacientes à ESF; para que aqueles pacientes em busca de atendimento de promoção de saúde tivessem acesso garantido à unidade sem ter de “disputar” fichas de atendimento médico com os pacientes da demanda espontânea.

Após debates entre a equipe de saúde e revisão de bases literárias citadas ao final deste projeto, criou-se o agendamento de consultas (isto para o atendimento pelo PROVAB). Foi delimitado que 40% dos atendimentos dos turnos seriam reservados para consultas agendadas e os outros 60% para atendimento de livre demanda. Os pacientes podem agendar as consultas a qualquer horário e dia da semana, conforme disponibilidade da agenda, e aqueles que necessitam atendimento mais precoce são triados pela equipe de enfermagem e atendidos pelo médico conforme necessidade. A agenda foi reservada para atendimento de pacientes com patologias crônicas em seguimento, para aqueles pacientes hígidos em busca de promoção de saúde, retorno e revisão de pacientes tratados na unidade com necessidade de reavaliações com brevidade.

Ainda, as consultas agendadas são divididas conforme turno do dia, e não por horários, uma vez que a maioria dos pacientes chega a ESF por meio de transporte público municipal. É orientado que tanto pacientes agendados quanto da livre demanda cheguem no horário de abertura da unidade, para a organização dos atendimentos.

Para poder introduzir nosso PI, desenvolveu-se um trabalho multidisciplinar entre a equipe, uma vez que para obter êxito nesse projeto de intervenção, a base fundamental seria o

sistema de acolhimento, realizado essencialmente pela equipe de enfermagem. Para isto, foi necessário reunir toda a equipe e abordar essa intervenção, para que todos pudessem participar e colaborar para sua efetivação.

Dessa forma, com nosso PI, acredita-se que alcançar-se-á um desses objetivos iniciais e principais, que é a diminuição da incidência de doenças crônicas no município de Pinheirinho do Vale, bem como HAS e DM. Através do rastreio precoce e adequado dos fatores de risco, orientações e mudança de hábitos de vida, busca-se diminuir estes índices. Nas consultas agendadas, aborda-se principalmente a prevenção, uso correto de medicações, acompanhamento regular à unidade de saúde e participação em atividades preventivas como atividade física (com educador físico e fisioterapeuta) e de nutrição.

Também, através dos agendamentos, objetiva-se diminuir as filas para atendimento médico na unidade, deixando um número maior de consultas para a demanda espontânea (60% das fichas) para aquelas patologias que demandam atendimento imediato ou precoce (após serem acolhidas e avaliadas pela equipe de enfermagem, responsável pela delimitação de risco das patologias), uma vez que não há unidade de Pronto Atendimento/emergência no município.

Dessa forma, o fluxo de atendimento ficou organizado da seguinte maneira: inicialmente os pacientes são recebidos pela secretária/recepcionista, então encaminhados à técnica de enfermagem, enfermeira e se necessário, por fim, ao médico. Quanto aos pacientes agendados, são passados inicialmente para a técnica de enfermagem e em seguida para o médico.

Como se trata de uma grande mudança na unidade, no momento em instalação e sujeita a mudanças conforme forem sendo observados erros e possíveis melhorias, a equipe de enfermagem e médica permanece em constante diálogo durante os turnos.

Vale notar que foram utilizadas como bases principais para orientação e elaboração desse projeto: o *Caderno de Atenção Básica do MS*, “*Acolhimento a demanda espontânea*”, a “*Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde*”, além de outros projetos de intervenção já postos em prática em outros municípios (apresentados ao final do projeto na bibliografia) e artigos publicados nas bases de dados *ARES* e *PubMed*.

Cabe lembrar que foi importante a participação das Agentes Comunitárias de Saúde no esclarecimento e orientação à população quanto à nova forma de atendimento na ESF. Quanto aos atendimentos dos outros médicos do município, seguem por meio da demanda

espontânea, com distribuição de fichas por ordem de chegada (mas são priorizados atendimentos de urgência).

Neste momento, o projeto de intervenção encontra-se na fase de execução e análise do mesmo. Em seguida avaliar-se-á, junto aos usuários e profissionais da unidade de saúde, os pontos positivos e negativos desta intervenção, para que possam ser feitas melhorias, buscando sempre se adequar às necessidades da população local. Ao término deste ciclo de trabalho, apresentar-se-á seus resultados, para que o mesmo possa ser mantido na unidade para os próximos profissionais que trabalharem nela.

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

a. RECURSOS HUMANOS:

Equipe da Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde de Pinheirinho do Vale, composta por dez agentes comunitárias, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem e uma médica (somente a médica do PROVAB foi envolvida no agendamento de consultas).

b. RECURSOS MATERIAIS:

- agenda;
- folhas A4;
- computadores;
- impressoras;
- prontuários eletrônicos dos pacientes;
- cadernos da atenção básica (Acolhimento);

7 RESULTADOS ESPERADOS

Após a implementação do Projeto de Intervenção, busca-se, principalmente, facilitar o acesso da população à unidade de saúde, promovendo com isto, um dos principais princípios das diretrizes doutrinárias do SUS, a universalidade.

Através do agendamento de consultas e realização de acolhimento, envolvendo toda a equipe saúde, esperamos atender com melhor equidade os pacientes, dando prioridade aos atendimentos de urgência, mas também permitindo espaço disponível para atendimentos à população que busca promoção de saúde e prevenção de doenças.

Ainda, uma vez que toda a equipe da unidade estará responsável pelo acolhimento à população, teremos um aprimoramento dos profissionais na qualidade dos atendimentos aos pacientes para que os mesmos se sintam seguros e bem acolhidos, tendo confiança em nossa equipe.

8 REFERÊNCIAS

BRASIL; Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Acolhimento à Demanda Espontânea**. n. 28, Volume I 1ª edição 1ª reimpressão Brasília – DF 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 13 de agosto de 2016.

CARVALHO, Fausto José Solis. **Projeto de Intervenção mediante estratégias para controle e redução da elevada demanda espontânea no centro de saúde VILA CEMIG - BELO HORIZONTE/MG**, 2015. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Projeto_de_intervencao_mediantees_trategias_para_controle_e_reducao_da_elevada_demanda_espontanea_no_centrode_saude_Vila_CEMIG_Belo_Horizonte_MG/338 Acesso em: 14 de agosto de 2016.

CAVALHEIRO, Gislene Machado. **Acolhimento e Humanização: UBSF Tarumã** (2016-07-18). Disponível na Plataforma *ARES* – Acervo de Recursos Educacionais em Saúde: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1/browse?type=title&value=Acolhimento+e+Humaniza%C3%A7%C3%A3o%3A+UBSF+Tarum%C3%A3++Mato+Grosso> Acesso em: 06 de agosto de 2016.

GUTIÉRREZ, Adriana Coser; MOTTA, Carolina Steinhauser; ENGSTROM, Elyne Montenegro; ROMANO, Valéria Ferreira; FRANCO, Túlio Batista; TORRES, Aline Arrussul. **Acolhimento e demanda espontânea na atenção básica**. BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 05 de setembro de 2015.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431449&search=rio-grande-do-sullpinheirinho-do-vale> Acesso em: 14 de agosto de 2016.

PARANÁ; Secretaria de Saúde de Curitiba – PR. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf Acesso em: 07 de agosto de 2016.

PINHEIRINHO DO VALE – RS. **Secretaria Municipal de Saúde** – Prefeitura Municipal. Disponível em: http://pinheirinhodovale.rs.gov.br/novo/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=172 Acesso em: 14 de agosto de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Estadual de Saúde**. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/93/Principal_porta_de_entrada_do_SUS Acesso em: 13 de agosto de 2016.

SOUZA, Vanessa Domiciano de. **Acolhimento em classificação de risco na unidade básica de saúde Arco Íris de Brasnorte** – MT/CAMPO GRANDE; Publicado em: 2015. Disponível na Plataforma *ARES* – Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3427>) Acesso em: 06 de agosto de 2016.