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 ressignificação 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

ACOLHIMENTO NA ESF BELA UNIÃO

Discente: Paola Roehrs Colpo

Santa Maria (Rio Grande do Sul)

2017

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ACOLHIMENTO NA ESF BELA UNIÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFCSPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Professora Ana Amélia Nascimento da Silva Bones

Discente: Paola Roehrs Colpo

Santa Maria (Rio Grande do Sul)

2017

Sumário

1 Introdução 04

2 Estudo de Caso Clínico 07

3 Promoção da Saúde, educação e níveis de prevenção 10

4 Atenção domiciliar 14

5 Reflexão conclusiva 17

6 Referência bibliográficas 19

7 Anexo – Projeto de Intervenção 21

1 Introdução

Meu nome é Paola Roehrs Colpo, natural e procedente de Santa Maria, município localizado no centro do estado do Rio Grande do Sul que possui aproximadamente 277.309 habitantes conforme dados do IBGE, sendo a quinta cidade mais populosa do estado. As bases econômicas do município podem ser comprovadas pelos empregos ofertados. Os dados disponíveis revelam alta importância do setor terciário, destacando-se o comércio, os serviços públicos, incluindo os da Universidade Federal de Santa Maria e os militares.

Formada pela Universidade Federal de Santa Maria em Julho de 2015, atuei como plantonista em alguns plantões no PA Municipal de Santa Maria e no Hospital Santo Antônio na cidade de São Francisco de Assis no período da formatura até iniciar minhas atividades do PROVAB em maio de 2016.

Estou alocada na ESF Bela União na cidade de Santa Maria. Segundo dados do município, Santa Maria conta com 15 UBS, 14 ESF, 5 Unidades Distritais (localizados junto as subprefeituras), 1 Unidade de Pronto Atendimento, 2 Pronto Atendimentos Municipais, 1 hospital Municipal (Casa de Saúde), 4 Centros de Atenção Psicossocial, 1 ambulatório de saúde mental, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 1 hospital universitário (HUSM), 1 NASF, além dos hospitais e serviços privados.

O município possui uma farmácia municipal localizada no centro da cidade onde são dispensadas todas as medicações da farmácia básica incluindo os medicamentos controlados. Dentro das unidades não são dispensados medicamentos. A população também conta com o programa Aqui tem Farmácia Popular, disponível em diversas farmácias na cidade.

A ESF Bela União está presente na zona norte da cidade e atende seis vilas do Bairro Caturrita (vila Bela União, Jordânia, Portão Branco, Conceição, Negrini e Linha Velha da Fronteira), com aproximadamente 4.500 pessoas divididas em cinco

micro áreas. No momento três micro áreas estão descobertas por agente de saúde. O Bairro possui duas escolas municipais, uma associação comunitária, diversas igrejas, alguns mercados pequenos e nenhuma farmácia. A farmácia mais próxima fica no bairro vizinho.

A ESF possui equipe mínima, constituída por uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde, um recepcionista e um serviços gerais. Possui vínculo com a instituição de ensino UFSM, possibilitando a participação de acadêmicos em suas atividades.

A unidade foi implantada há 11 anos numa casa antiga adaptada. Possui 2 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem com maca ginecológica, 1 sala de espera, 3 banheiros, 1 sala de vacinas, 1 almoxarifado, 1 área de serviços, 1 cozinha, 1 sala de curativos, 1 sala de acolhimento e uma sala da coordenadora/enfermeira. Todos os consultórios e sala de espera são climatizados e possuem computadores para a digitação das consultas e para a recepcionista. Uma vez que a gestão optou por coletas de exames clínicos laboratoriais de forma descentralizada nas unidades, seria importante a construção de uma sala de coletas que, atualmente, utiliza um dos consultórios clínicos na quinta-feira pela manhã, não permitindo atendimento de outros profissionais enquanto estes procedimentos são realizados. O acesso à unidade é feito por escadas e também possui rampa para cadeirantes, apesar de todo o calçamento da rua estar em péssimas condições.

O atendimento médico é realizado de segunda a sexta-feira no período da manhã e na segunda e quinta-feira a tarde. Na quarta-feira à tarde é realizada a reunião de equipe. Na terça e sexta-feira à tarde estou afastada das atividades da ESF Bela União para me dedicar as atividades da Especialização em Saúde da Família através do curso EAD da UNASUS da UFCSPA.

Realizo consultas clínicas, da saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança, saúde do idoso e saúde do homem. Para pacientes acamados ou com dificuldade praticamente limitante de deambular são realizadas visitas domiciliares. Reservo um turno por semana para este fim.

Diariamente são realizadas em média 30 consultas médicas, dentre as agendadas e de demanda espontânea. É muito comum que os pacientes procurem primeiro os profissionais de saúde que possuem mais confiança, devido ao vínculo criando nas consultas de rotina.

Devido a demanda maior que o número de vagas disponíveis, o acolhimento deve ser realizado, levando em consideração classificação de risco e vulnerabilidade, a fim de organizar o atendimento no serviço de saúde, ou seja, os pacientes de demanda espontânea deverão ser atendidos de acordo com suas prioridades e não por ordem de chegada.

Dessa forma, optei por realizar meu projeto de intervenção (PI) sobre o acolhimento, com o objetivo de organizar e melhorar o atendimento dos pacientes da ESF Bela União do município de Santa Maria/RS, com o objetivo de implantar o acolhimento com classificação de risco na unidade, com apoio dos cadernos da atenção básica sobre Acolhimento à Demanda Espontânea do Ministério da Saúde. Este PI consta nos anexos.

Foto 1 – ESF Bela União do município de Santa Maria, RS (Fonte: Jornal A Razão, 28/03/2014)

2 Estudo de caso clínico

O acompanhamento da criança nos seus primeiros meses de vida é importante papel da equipe de saúde da família. Uma fase do ciclo de vida que precisa de muita atenção cuidados. Principalmente no que diz respeito a imunizações, amamentação/alimentação e vínculo da mãe com o bebê, como mostrado no caso Danrley.

Tive oportunidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento de diversas crianças na ESF em que atuo, mas uma menina chamada Manuela me chamou atenção, pois aos 16 meses ainda não deambulava, apresentava peso baixo para idade (7,8kg); comprimento baixo para a idade (74cm) na primeira consulta comigo. Estava acompanhada de sua mãe Joana, de 19 anos, e sua irmã Rafaela, de 4 anos. Joana é separada e mora com sua mãe Liana, o companheiro de sua mãe, Paulo, os quais tiveram dois filhos, Gabriel e Mateus, e seu irmão Carlos.

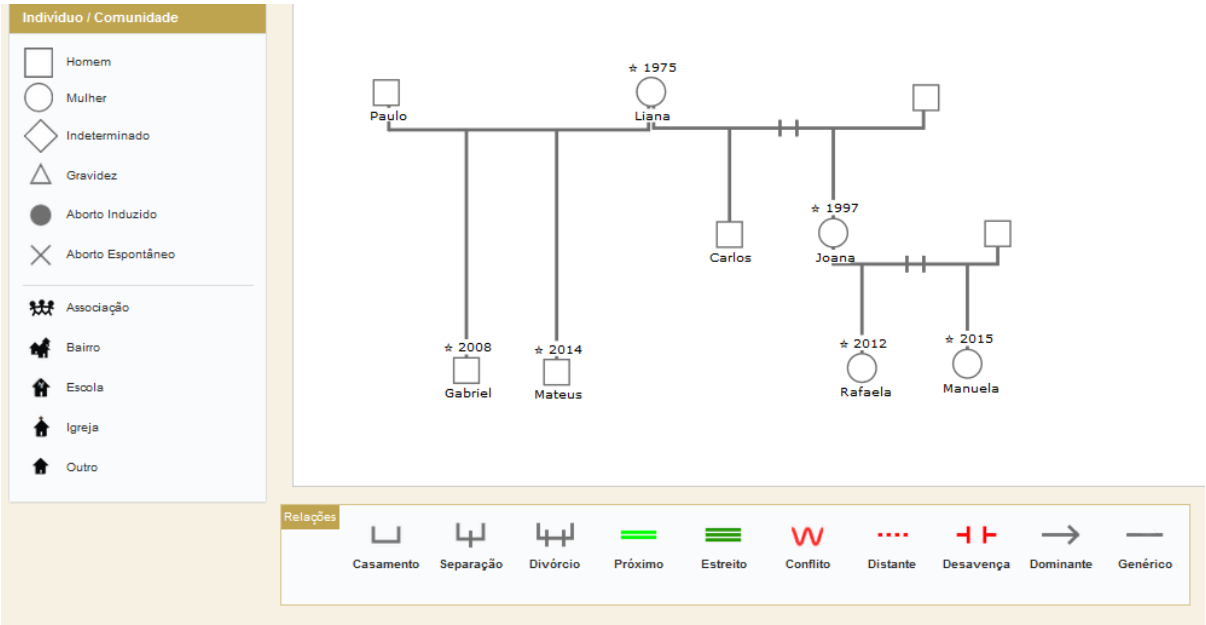

Figura 1 – Genograma da Família da Manuela. (Autoria: Paola Roehrs Colpo)

Manuela estava com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, hipocorada, desnutrida. Estava também com diversas vacinas atrasadas e não estava recebendo a suplementação de ferro dada pela outra médica nas consultas anteriores. Alimentava-se basicamente de leite materno e comia muito pouco outros alimentos.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses (a partir dos 4 meses para as que não estiverem em aleitamento materno exclusivo) e mais cedo para as de baixo peso ao nascer e as prematuras (com menos de 37 semanas) (5).

Por essa razão, não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação de ferro para a prevenção.

Como a paciente estava sem suplementação de ferro para prevenção, hipocorada e com atraso no desenvolvimento, solicitei exames laboratoriais para investigar anemia, além de sorologias e função tireoidiana, pois não havia no prontuário os dados do teste do pezinho e a mãe não sabia informar.

Orientei a mãe a estimular mais a criança, diminuir o número de mamadas no peito e oferecer mais alimentos ricos em ferro, frutas e legumes. Levei à sala de vacinas para garantir a sua atualização e orientei sobre a importância de mantê-las e dia.

Os exames mostraram anemia ferropriva, então iniciei imediatamente suplementação de ferro terapêutico conforme a tabela de suplementação do Ministério da Saúde.

Nas demais consultas pude perceber o desenvolvimento da criança, que já está caminhando, com mais peso e maior estatura, além das vacinas em dia.

Notei que a mãe da Manuela estava apenas precisando dessas orientações para corrigir essas falhas, pois estava morando novamente com sua mãe em uma casa cheia de pessoas e crianças, diferente quando teve sua primeira filha, quando ainda era casada e podia se dedicar exclusivamente a filha, diferente de agora que ela precisa ajudar a cuidar de suas duas filhas e seus irmãos pequenos. Ela era uma

boa mãe, e com a ajuda da equipe de saúde da família ela conseguiu cuidar melhor do desenvolvimento de sua caçula. Senti muita felicidade em poder fazer diferença na vida dessa família.

3 Promoção da saúde, educação em saúde e níveis de prevenção

A alimentação saudável é fundamental para garantir a saúde e o bom crescimento e desenvolvimento das crianças. Ela também previne doenças e evita deficiências nutricionais, como a anemia. Pesquisas recentes demonstram que muitas crianças deixam de ser amamentadas nos primeiros meses de vida e recebem alimentos não saudáveis ao invés dos alimentos caseiros e regionais. Essas escolhas prejudicam a formação de hábitos alimentares saudáveis e podem favorecer o aparecimento de doenças, ainda na infância, como obesidade, pressão alta e diabetes. (6)

Na rotina de pré-natal puericultura na ESF em que atuo, costumamos abordar bastante a questão da alimentação dos pequenos, principalmente da importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade. Também utilizamos a cartilha dos Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos do Ministério da Saúde que auxiliam as famílias brasileiras quanto às escolhas alimentares saudáveis, higiene, preparo adequado dos alimentos e explicar dúvidas mais comuns sobre a alimentação no dia a dia das crianças.

O livro Amamentação Exclusiva de Elsa Giugliani, diz que a ênfase na amamentação exclusiva é um fato relativamente recente. Somente no final da década de 80 ficou evidente que a suplementação precoce do leite materno com água, chás e alimentos à base de água, leite ou cereais pode trazer prejuízos à saúde da criança.

Em virtude da crescente conscientização da importância da amamentação exclusiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1991, estabeleceu categorias bem definidas de aleitamento materno. Assim, uma criança é considerada em aleitamento materno exclusivo quando ela recebe somente leite de peito, diretamente da sua mãe ou ama-de-leite, ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos vitamínicos ou medicamentos. (8)

Apesar dos esforços em divulgar a definição precisa de aleitamento materno exclusivo, ainda persiste alguma confusão sobre o conceito de exclusividade na amamentação. Muitos consideram amamentação exclusiva o que a OMS classifica como aleitamento materno predominante, ou seja, a criança recebe água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, além do leite materno. Esse conceito equivocado pode subestimar o real impacto da amamentação exclusiva na saúde da criança. (7)

A OMS recomenda amamentação exclusiva por 6 meses. Essa recomendação foi adotada recentemente (março 2001) embasada numa revisão sistemática da literatura sobre a duração ótima do aleitamento materno exclusivo. Essa revisão mostrou que a amamentação exclusiva por 6 meses traz benefícios para a mãe e o seu filho, sem prejudicar o crescimento da criança. (9)

O principal argumento contra a introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno é o aumento da morbi-mortalidade, especialmente em locais com condições precárias de higiene. O consumo precoce desses alimentos diminui a ingestão do leite materno e, consequentemente, a oferta de fatores de proteção contra infecções existentes no mesmo. Além disso, os alimentos podem ser uma importante fonte de contaminação das crianças. (7)

Muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros meses, pois o efeito protetor do leite materno contra diarréias e doenças respiratórias pode diminuir substancialmente quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento, incluindo água ou chás. Isso se deve ao fato de que a criança não amamentada exclusivamente recebe menos fatores de proteção existentes no leite materno, além de receber alimentos ou água, com frequência, contaminados. (7)

O aleitamento materno exclusivo oferece a vantagem adicional de diminuir os custos das famílias, dos estabelecimentos de saúde e da sociedade em geral, ao eliminar os gastos com leites artificiais e mamadeiras, e ao reduzir os episódios de

doenças nas crianças e, como consequência, as faltas ao trabalho dos pais por doença da criança. (7)

Por todas as vantagens citadas, a promoção do aleitamento materno, e em especial do aleitamento materno exclusivo, é considerada uma das estratégias de saúde de maior custo-benefício. (10)

Apesar da importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses para a saúde da criança pequena, apenas uma minoria das mulheres o pratica. Qualquer esforço no sentido de aumentar as taxas de aleitamento materno deve levar em consideração os fatores que influem negativamente nesta prática. Alguns obstáculos que têm sido identificados incluem: falta de conhecimento da população em geral, dos profissionais de saúde e dos políticos; condutas inapropriadas e falta de habilidades dos profissionais de saúde com relação ao aleitamento materno; práticas e crenças influenciadas pela cultura; falta de suporte e orientação provenientes de mulheres com experiência em aleitamento materno nas comunidades; trabalho da mulher; e promoção inapropriada de substitutos do leite materno. (7)

A amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida cada vez mais tem sido valorizada na promoção da saúde da criança. No entanto, ela ainda é muito pouco praticada. Nenhum programa que vise à melhoria da saúde da população infantil pode deixar de contemplar a promoção do aleitamento materno e, em especial, do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses. As várias experiências descritas na literatura mostram que é possível aumentar as taxas de amamentação exclusiva de forma substancial, desde que sejam levados em consideração os obstáculos que dificultam a prática do aleitamento materno exclusivo. Assim, faz-se necessário educar a população em geral quanto ao valor dessa prática, melhorar as práticas dos serviços de saúde, dar suporte às mães na comunidade e em seus locais de trabalho e restringir a promoção inadequada dos substitutos do leite materno. Uma vez que informações e suporte dados às mães individualmente têm se mostrado bastante eficazes na promoção do aleitamento materno exclusivo, é de crucial importância o treinamento adequado de profissionais de saúde, agentes de saúde e pessoas leigas que se propõem a dar suporte às

mães que estão amamentando. Políticas nacionais são necessárias para implementar, com urgência, projetos de larga escala que promovam a amamentação exclusiva bem como a amamentação em geral, e, consequentemente, promovam a saúde da criança. Não há desenvolvimento em uma nação se o seu povo e, em especial, as suas crianças não são saudáveis. (7)

4 Atenção Domiciliar

As mudanças das sociedades, caracterizadas por uma transição epidemiológica e uma transição demográfica, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades de saúde resultantes desse cenário. (11).

Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a “desospitalização”. Proporciona celeridade 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. (11).

A AD possibilita, assim, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização. (11).

Dessa forma, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (11).

Na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado. (11).

Na atenção domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença. (11).

A organização da atenção domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios da atenção básica/SUS. As diferenças locais devem ser observadas uma vez que o número de profissionais que atuam o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, bem como o aporte de referência e contra referência do sistema de saúde, pode ser determinante da qualidade da atenção. (11).

Na ESF em que atuo, todos os moradores recebem regularmente visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde. As visitas também são realizadas pela enfermeira, técnica de enfermagem, médica e, eventualmente, pela fisioterapeuta, psicóloga e fonoaudióloga do NASF aos usuários que necessitem de ampliação da rede de apoio.

As visitas são agendadas em um turno da semana, por solicitação do próprio paciente e/ou familiar, assim como são solicitadas pelas agentes comunitárias caso observem algum caso importante que necessite de atendimento domiciliar.

Todos os casos são discutidos em reunião de equipe por todos os profissionais para que todos possam se envolver e ajudar da sua maneira o paciente e sua família, além de discutirmos a necessidade de acompanhamento e a frequência das visitas de cada membro da equipe.

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. (11).

5 Reflexão conclusiva

A atenção básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (4)

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. (4)

Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (4)

O curso de especialização em saúde da família da UFCSPA contribuiu positivamente para minha prática profissional. Através do curso, ampliei meu conhecimento sobre questões de Saúde Coletiva como Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Abordagens em Saúde individual, familiar e comunitária;

Epidemiologia aplicada a APS; questões relacionadas ao Trabalho em Equipe, como Ética e Situações de Violência.

Através da realização dos casos complexos, me aprofundei nas questões mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde (APS) relacionadas a Assistência Integral da Saúde da Criança e Adolescente, da Mulher, do Adulto e Idoso, além da Saúde Mental e Urgências na APS. Fui acompanhada por tutores com experiência na área que me auxiliaram nas discussões de cada unidade de conteúdo.

Com o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no formato de um portfólio, através de atividades de reflexão sobre o meu aprendizado no Curso e o meu trabalho na Unidade de Saúde da Família, pude refletir sobre como está meu cotidiano com minha equipe e meus pacientes e o que posso fazer para tentar melhorar esta relação.

Acredito que evolui bastante neste período, e com o suporte que tive, tenho planos de me aprimorar cada vez mais na pratica da atenção primária no meu município.

6 Referências

1. IBGE. Informações estatísticas de Santa Maria, RS. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690&search=rio-grande-do-sul%7Csanta-maria. Acesso em 03 nov.2016.

2. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Postos de Saúde. Disponível em: http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude. Acesso em 03 nov.2016.

3. Jornal A Razão: http://www.arazao.com.br/noticia/60140/comunidade-passa-dificuldades-devido-a-falta-de-profissionais-em-esf/, acessado em 15/12/2016

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Caderno de Atenção Básica. n 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos Brasília – DF 2010

7. Livro Amamentação - Bases Científicas para a prática profissional. Capítulo 2: Amamentação Exclusiva e sua Promoção. Por: Elsa R. J. Giugliani - Disponível em: http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=181, em 16/01/2016

8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicatorsfor assessing breastfeeding pratices. Geneva: World HealthOrganization, 1991. WHO/CDD/SER/91.14

9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Consulation on Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva: march 2001

10. SANGHVI, T.G. Melhora da eficácia em função dos custos da promoção do aleitamento materno em maternidades. Resumo do USAID/LAC HNS na América Latina (1992-1995); 1996.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília – DF 2012

7 Anexo – Projeto de Intervenção

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Paola Roehrs Colpo

Acolhimento na ESF Bela União

Santa Maria
Novembro/2016

Sumário

1 Introdução 03

2 Problema 04

3 Justificativa 05

4 Objetivos 06

4.1 Objetivo geral 06

*4.2Objetivos específico*s 06

5 Revisão de Literatura 07

6 Metodologia 09

7Cronograma 14

8 Recursos necessários 15

9 Resultados esperados 16

10 Referências bibliográficas 17

1 Introdução

O município de Santa Maria, localizado no centro do estado do Rio Grande do Sul possui aproximadamente 277.309 habitantes conforme dados do IBGE.

Segundo dados do município, Santa Maria conta com 15 UBS, 14 ESF, 5 Unidades Distritais (localizados junto as subprefeituras), 1 Unidade de Pronto Atendimento, 2 Pronto Atendimentos Municipais, 1 hospital Municipal (Casa de Saúde), 4 Centros de Atenção Psicossocial, 1 ambulatório de saúde mental, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 1 hospital universitário (HUSM), 1 NASF, além dos hospitais e serviços privados.

A ESF Bela União atende o Bairro Caturrita com aproximadamente 4.500 pessoas divididas em 5 micro áreas. Diariamente são realizadas em média 30 consultas médicas, dentre as agendadas e de demanda espontânea. É muito comum que os pacientes procurem primeiro os profissionais de saúde que possuem mais confiança, devido ao vínculo criando nas consultas de rotina.

Devido a demanda maior que o número de vagas disponíveis, o acolhimento deve ser realizado, levando em consideração classificação de risco e vulnerabilidade, a fim de organizar o atendimento no serviço de saúde, ou seja, os pacientes de demanda espontânea deverão ser atendidos de acordo com suas prioridades e não por ordem de chegada.

Este projeto de intervenção (PI) tem como objetivo organizar e melhorar o atendimento dos pacientes da ESF Bela União do município de Santa Maria/RS, implantando o acolhimento com classificação de risco, com apoio dos cadernos da atenção básica sobre Acolhimento à Demanda Espontânea do Ministério da Saúde.

2 Problema

Grande demanda espontânea na ESF Bela União em Santa Maria.

3 Justificativa

Necessidade de organizar o atendimento da demanda espontânea, através da utilização dos cadernos da atenção Básica sobre Acolhimento à Demanda Espontânea do Ministério da Saúde para o acolhimento.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Organizar o atendimento dos usuários da ESF Bela União do município de Santa Maria/RS implementando o acolhimento com classificação de risco.

4.2 Objetivo específico

Capacitar a equipe de saúde de família para o atendimento com classificação de risco baseados nos Cadernos de Atenção Primária sobre Acolhimento à Demanda Espontânea do Ministério da Saúde.

5 Revisão de Literatura

A partir da constituição Federal do Brasil de 1988, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, o qual foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142 em 1990, culminando com a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), causando importantes mudanças no setor de saúde do Brasil. Desde então, s

e tem buscado sua superação e a construção de ações que concretizem os seus princípios e diretrizes, incluindo propostas como ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção de saúde. (1,2,3)

O sus é norteado pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade (todos têm direito a assistência); equidade (dar atenção de acordo com a necessidade) e integralidade (oferecer ações de promoção, proteção e recuperação de saúde). (4)

Há 20 anos foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) que é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica (AB) que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. (5)

A procura dos serviços de saúde pela população para obter acesso para resolver uma necessidade e ser beneficiado com atendimento recebido chama-se demanda. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) trabalham com agendas programadas e com o atendimento de casos com queixas agudas, conhecidas por demanda espontânea. Observa-se com frequência, cartazes na porta da UBS informando o número limitado de consultas e, às vezes, falta de profissionais, atendimento por ordem de chagada e sem avaliação de risco; e as respostas tradicionais: "não tem consulta", o "doutor não pode atender", enfim a "cultura do não".

O acolhimento promove maior organização dos serviços de saúde, pois permite a classificação dos indivíduos conforme o risco e viabiliza a utilização da agenda, organizando a demanda espontânea e programada. Somente o fato de escutar uma pessoa seja para esclarecer uma dúvida, ou para dar uma informação já é uma maneira de acolher, e isso pode ser feito por todos os profissionais que trabalham na unidade, desde os serviços gerais até o médico.

O Ministério da Saúde diz que 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 pelo profissional. O profissional que faz a escuta deve ajudar o cliente a se reconhecer como responsável pelo seu próprio processo de saúde e adoecimento e como principal responsável pela solução. Acolher é um compromisso de respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (6)

6 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Primária no município de Santa Maria. A metodologia constitui-se na execução das orientações vigentes no Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde sobre o Acolhimento à Demanda Espontânea na ESF Bela União.

A implantação do processo de acolhimento com classificação de risco na ESF Bela União do município de Santa Maria/RS surgiu a partir das diversas discussões realizadas nas reuniões de equipes que ocorrem semanalmente a fim de melhorar o ambiente de trabalho e melhor atender a população que frequenta a ESF.

Na tabela abaixo é apresentada a rotina de atendimento na ESF Bela União:

Agenda semanal ESF Bela União

Turno	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
Manhã	- Consulta Idosos - Acolhimento	- Pré-Natal - Consulta clínica - Acolhimento	- Consulta clínica - Teste do pezinho - Acolhimento - Agendamento para idosos e PNE também por telefone	- Visita domiciliar pela médica - Preventivo - Vacinas - Acolhimento - Grupo tabagismo	- Consulta clínica - Acolhimento - Agendamento para a população geral
Tarde	- Consulta clínica - Vacinas - Acolhimento - Grupo gestante (mensalmente)	- Preventivo - Acolhimento	- Reunião de Equipe	- Puericultura - Consulta clínica - Vacinas - Acolhimento	- Visita domiciliar pela enfermeira - Acolhimento

*O acolhimento é realizado por todos os membros da equipe conforme suas possibilidades/capacidades

*O agendamento é realizado semanalmente, exceto para puericultura e pré-natal, que são agendados com a antecedência necessária para manter o vínculo

* Nas terças-feiras e sextas-feiras no turno da tarde não há atendimento médico na ESF, pois conforme o Programa de Valorização Profissional corresponde às 8 horas destinadas as atividades acadêmicas.

Figura 1 – Demonstrativo da rotina semanal de atendimento na ESF Bela União no ano de 2016.

A primeira etapa do PI será a discussão das atribuições de cada profissional da ESF e a escolha de um protocolo para definir o fluxo da triagem

e após encaminhar o usuário para classificação de risco a Política de Humanização do SUS através de um sistema de cores.

As reuniões de equipe são realizadas semanalmente nas quartas-feiras, no turno da tarde. A capacitação da equipe será realizada nesses momentos, afim de esclarecer todas as dúvidas que surgirem. As ACS devem orientar a população assistida sobre a nova forma de atendimento nas visitas domiciliares. A classificação de risco será responsabilidade da enfermeira e quando esta estiver ausente e/ou impossibilitada, ficará a cargo da médica da ESF.

O papel principal do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a ESF.

A classificação de risco e vulnerabilidade são ferramentas geradoras de equidade e boa prática clínica. É importante que a equipe discuta o papel de cada membro em relação a esses instrumentos, de forma que seja possível em ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais no cuidado à demanda espontânea.

As intervenções serão realizadas segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação do risco e vulnerabilidades), classificadas em “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia).

As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário.

No quadro abaixo é apresentada a Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica:

Situação não aguda

Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Situação aguda ou crônica agudizada

Condutas possíveis:

- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratoria, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Figura 2 – Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde, Brasil, (2012). Fonte: Brasil (2012, pág.19)

A segunda etapa constitui na escolha de um Fluxograma para ser seguido. O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos clientes na ESF, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o cliente. Nas situações em que avaliação e definição de oferta (s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção – a sala de acolhimento.

Este fluxograma deve ser tomado como um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na ESF, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com

equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

O fluxograma para organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea está representado na figura 3:

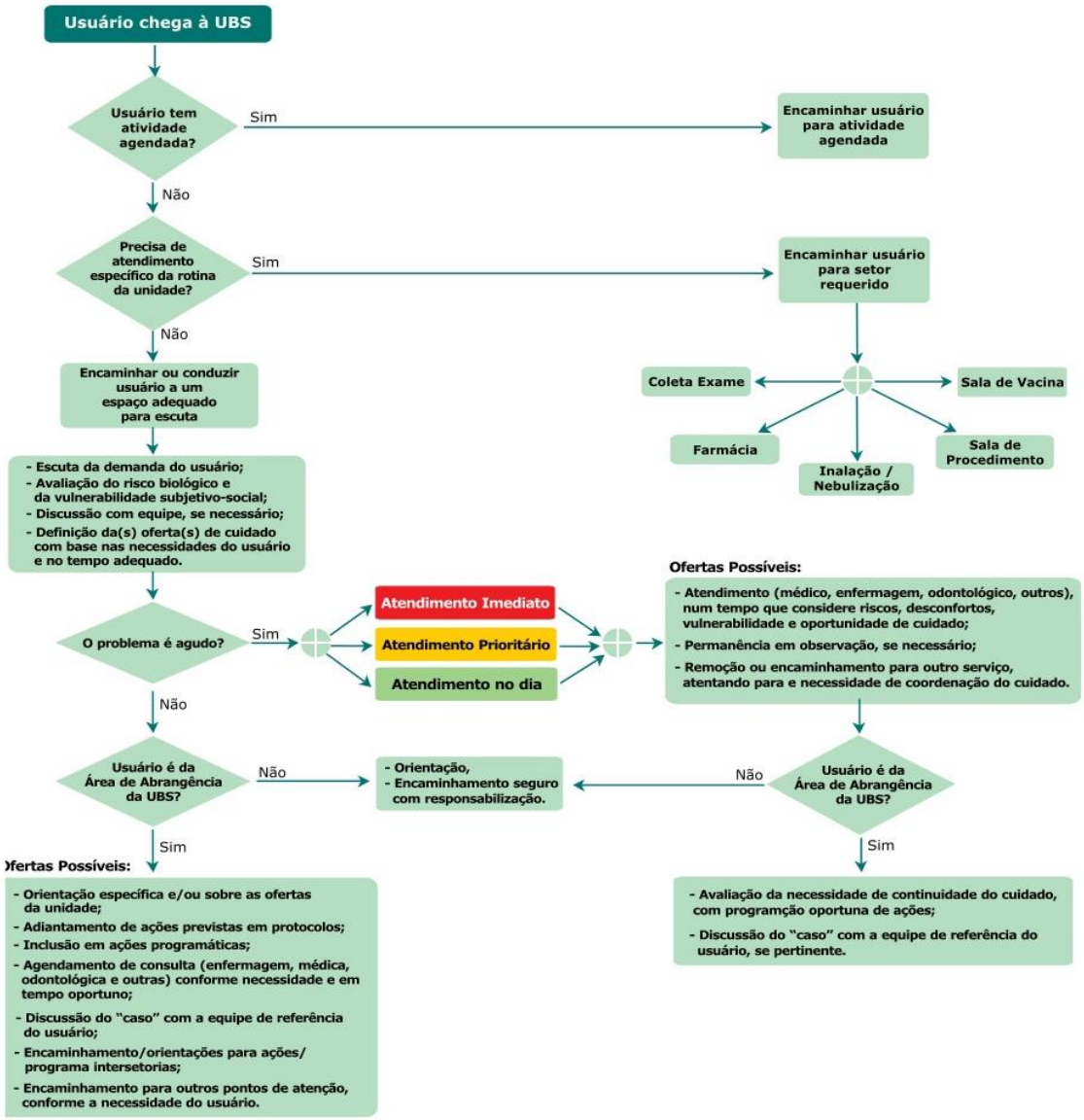

Figura 3 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea. Fonte: Brasil, (2012, pág 24).

Com base no fluxograma proposto pelo ministério da saúde acima e nas características da ESF Bela União foi adaptado o fluxograma a ser seguido pela equipe da ESF Bela União, que é apresentado na figura 4:

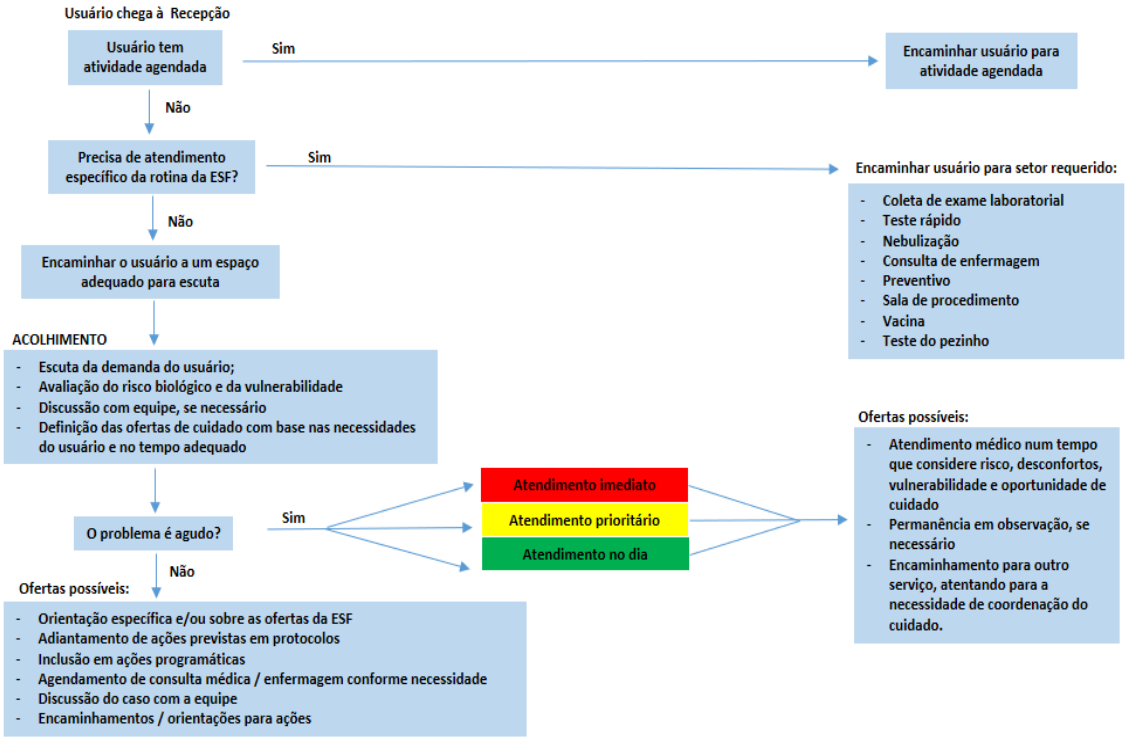

Figura 4 - Fluxograma de Acolhimento à demanda espontânea na ESF Bela União.

É importante não burocratizar o acolhimento e o fluxo do cliente na ESF, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na atenção básica, os clientes geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adscritos à ESF) e que o efetivo trabalho em equipe produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

7 Cronograma

Procedimento	Jan 2017	Fev 2017	Mar 2017	Abr 2017
Apresentação da proposta à equipe de saúde	x			
Capacitação da equipe	x			
Organizar material para sala do Acolhimento	x			
Realização do acolhimento com classificação de risco		X	x	
Registrar e monitorar o acolhimento		X	x	
Avaliar o processo em reuniões de equipe				X

8 Recursos necessários

- Sala para realização da escuta (acolhimento)
- Computador para acesso ao prontuário
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Técnico Enfermagem, ACS, Secretária
- Bloco de anotações
- Caneta
- Esfignomanômetro
- Oxímetro
- Balança
- Termômetro
- Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde

9 Resultados esperados

- Organizar o processo de trabalho da ESF
- Melhorar o atendimento ao usuário
- Diminuição das filas
- Priorização da atenção aos mais vulneráveis e com maior risco
- Esclarecer a equipe e a comunidade sobre o que é emergência/urgência e a rotina de consultas programadas e/ou eventuais sem a designação de urgência/emergência.

10 Referências

1. Brasil. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

2. Brasil. Diário Oficial da União. **Lei n° 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências.** Brasília – DF, 19 setembro de 1990. Disponível em: < http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>

3. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília – DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis//8142.htm>

4. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família.** Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, 2000.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

6. Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento a Demanda Espontânea.** Queixas Mais Comuns na Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica.** n 28; Vol.II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

7. IBGE. Informações estatísticas de Santa Maria, RS. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690&search=rio-grande-do-sul%7Csanta-maria. Acesso em 03 nov.2016.

8. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Postos de Saúde. Disponível em: http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude. Acesso em 03 nov.2016.

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

FIOCRUZ

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde