



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



KAROLINE DE ALMEIDA LEITE

**TRAJETÓRIA E MEMÓRIAS DE UMA RESIDENTE DE ENFERMAGEM NA SAÚDE
DA FAMÍLIA: ATENÇÃO NADA BÁSICA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ramon Andrade

Camaçari

2017

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

R2 – Residente do 2º ano

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 O CURSO DE ENFERMAGEM	4
2 MEMÓRIAS DE UMA RESIDENTE DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA ..6	
2.1 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PHOC CAIC	6
2.2 QUANDO NÃO TEMOS A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ESF	7
2.3 A ACOLHIDA FAZ A DIFERENÇA: IMPLATAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA	9
2.4 VISITA DOMICILIAR: UM OLHAR PARA ALÉM DO INDIVÍDUO	11
3 O R2: NOVOS CENÁRIOS E AS NOVAS APRENDIZAGENS	14
4 CONSIDERAÇÕES NÃO-FINAIS	15
REFERÊNCIAS	16
APÊNDICE A	17
APÊNDICE B	20
APÊNDICE C	22

1 O CURSO DE ENFERMAGEM

Lembro-me do momento que dei a seguinte notícia aos meus pais: fui aprovada para cursar enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) na turma de 2011.2, o campus fica na cidade de Santo Antônio de Jesus. Eles perguntaram se eu iria, respondi que sim e que, finalmente, me sentiria iniciando minha vida acadêmica, pois era um curso, a princípio, desejado. Na hora de irmos dormir, me deparei com minha mãe chorando, afinal sua filha estava começando o processo de 'sair de casa', literalmente. Cancelei o curso de bacharel em biologia, que cursava na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e iniciei todo o processo de matrícula na UFRB e mudança para a nova cidade.

Meus pais não possuem ensino superior, sempre se esforçaram para dar uma boa educação para mim e meu irmão. Recebi total apoio da minha família. A escolha do curso de graduação em enfermagem aconteceu no período do ensino médio. Fatores como afinidades com a matéria de biologia e área de saúde, inúmeros testes vocacionais realizados, conversas com amigos, familiares, professores e leituras sobre a profissão colaboraram com essa escolha.

O início da formação acadêmica foi acompanhado por um misto de novos sentimentos, relacionamentos e contextos. Como apoio para o começo dessa trajetória, Deus colocou na minha vida, no primeiro dia de aula, uma nova 'amiga de infância' (nossa amizade é caracterizada assim pelos nossos familiares), nos apoiamos uma na outra e no momento continuamos caminhando juntas, porém separadas geograficamente.

As primeiras disciplinas e os primeiros semestres trouxeram informações novas, construção de conhecimentos, amadurecimento intelectual. Entretanto, por volta do quarto e quinto semestre, encontrava-me aflita e angustiada por não conseguir enxergar qual era o meu foco, objetivo e afinidade dentro dessa graduação. Surgiram algumas crises existenciais e a vontade de trancar o curso. Diálogos com a família, amigos próximos e o apoio em Deus amenizaram esses sentimentos e deram impulso para seguir em frente.

A partir do sexto semestre, começamos a vivenciar a teoria e práticas de matérias mais específicas na área de enfermagem, aos poucos consegui definir os âmbitos que tenho mais afinidade e as possíveis especializações na área após o

término da graduação. A trajetória no curso de enfermagem proporcionou experiências, vivências e construção de conhecimentos únicos para a minha formação acadêmica e pessoal. A grade curricular, as ementas das matérias e o corpo docente sempre focaram na saúde coletiva, a mesma está presente tanto na atenção básica como na área hospitalar.

As diversas práticas em unidades de saúde, setores hospitalares, elaboração e execução de atividades de educação em saúde, projetos de intervenção, projetos de pesquisa, organização e participação de simpósios e eventos científicos referentes a variados temas e voltados para os públicos docente, discente e comunidade, oportunizaram o entendimento de como acontecem e a vivência das interfaces da saúde. Algumas dessas interfaces vivenciadas foram: teoria-prática; universidade-extensão-comunidade; gerência-liderança-equipe; saúde coletiva-promoção de saúde-comunidade; unidade de saúde da família-escola. Essas experiências serviram de base e oportunizaram a produção acadêmica, através da elaboração de relatórios, artigos científicos e relatos de experiência.

O conjunto de aspectos da graduação, situações pessoais e acadêmicas experienciadas, colaboraram para que eu definisse as áreas que possuo mais afinidade e que teria possibilidade de segui-las na vida profissional, foram elas: enfermagem do trabalho e auditoria em enfermagem. Não pensava em fazer Residência e cheguei a iniciar um curso de pós-graduação em enfermagem do trabalho. Porém, ao me formar no 2º semestre de 2016, as oportunidades de seleção para os Programas de Residências batiam na porta.

Comecei a me dedicar aos estudos voltados para as provas de residência. Tinha preferência pela área hospitalar, cheguei a realizar seleção para a área intensivista, mas a Residência Multiprofissional em Saúde da Família acabou me escolhendo. Hoje me vejo surpresa com o quanto estou gostando, aprendendo e me enxergando como uma peça importante e proporcionadora de mudanças e melhorias para a saúde da família e ao cuidado do indivíduo.

As experiências positivas e os acertos são contribuintes importantes para a minha formação acadêmica e pessoal, mas as experiências negativas e as falhas, além de colaborarem com essas formações, instigam reflexões mais profundas a respeito das atitudes e que nada acontece por acaso, tudo tem um propósito. Espero que todas as experiências e aprendizados que obtive e os que estão por vir sirvam de

base para proporcionar uma realização profissional e um retorno financeiro agradável, para que eu possa viver com conforto, satisfeita com as escolhas profissionais, rodeada de energias positivas, sempre amadurecendo e aprendendo com as experiências acadêmicas, profissionais e pessoais.

2 MEMÓRIAS DE UMA RESIDENTE DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PHOC CAIC

A semana introdutória na unidade de saúde PHOC CAIC foi de grande valia e gerou expectativas. Ocorreram momentos de entrosamento e apresentação entre os colegas residentes que iriam atuar nessa USF e com a equipe de funcionários já existente.

A USF PHOC CAIC surgiu em 2015, a partir do desmembramento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família. Parte dos usuários da antiga UBS foi remanejada para acompanhamento da saúde na USF e o processo de trabalho foi iniciado com a territorialização ainda indefinida, o que acarretou em sobrecarga de trabalho e interferência na longitudinalidade do cuidado.

A territorialização possibilita o planejamento de ações com impacto nas situações e determinantes de saúde das pessoas adstritas a um território específico. Logo, subsidia que a Atenção Básica atue de forma contínua na relação do cuidado, criação de vínculos e responsabilização entre profissionais e a população por longos períodos, permitindo o conhecimento do contexto histórico dos usuários, acompanhamento e avaliação da promoção e intervenções em saúde (BRASIL, 2017).

Portanto, o fato da territorialização da USF PHOC CAIC encontrar-se fragilizada no início dessa trajetória, situação que foi se fortalecendo ao longo dos dois anos de residência, interferiu na coordenação do cuidado. Sou integrante da 3ª turma de Residência, ano de 2017. A estrutura da USF PHOC CAIC ainda não está adequada para comportar 4 equipes mínimas de saúde, a territorialização encontra-se em andamento, a estimativa da população adscrita é de aproximadamente 14.000 usuários (2017), além disso enfrentamos outras dificuldades quanto ao suprimento de recursos materiais e também de recursos humanos.

Entretanto, apesar das condições não terem sido, muitas vezes, propícias, nossa turma conseguiu desenvolver um bom vínculo com a equipe de funcionários da USF, com a população e, principalmente, construção de união e amizade entre nós, residentes. Essas relações favoreceram o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, e melhor atenção à saúde individuais e coletivos.

O fortalecimento das relações de vínculo com os usuários ocorreu devido, inclusive, ao andamento da adstrição da população, propiciando afetividade e confiança entre indivíduos e/ou famílias com profissionais/equipes de saúde, passando a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Na preferencial porta de entrada do sistema de saúde, a Atenção Primária em Saúde, as ações iniciam-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, amenizando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, mesmo que este seja compartilhado em outros pontos de atenção da rede, garantindo a integralidade (BRASIL, 2011). Para isso é imprescindível que o trabalho seja realizado em equipe, agregando saberes e transformando-os em cuidados.

Como citei anteriormente, a atenção básica me escolheu e algo que me conquistou na Saúde da Família foi a criação de vínculo. Além da humanização da assistência e estabelecimento de vínculos com a população, tive o privilégio de vivenciar a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde.

2.2 QUANDO NÃO TEMOS A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ESF

A minha equipe ficou desfalcada após meses iniciais da Residência devido ao desligamento da médica do programa. E agora? O que fazer quando a equipe mínima está incompleta?

Não se desesperar! O primeiro passo mais sensato é reunir-se com sua equipe, organizar o planejamento da agenda, as necessidades da população das microáreas e elencar quais são as prioridades. Nesse caso de contexto de residência é muito importante manter a preceptoria informada acerca do cenário da equipe e solicitar apoio sempre que necessário.

A parceria das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) foi de fundamental importância. Elas representam peças fundamentais para o andamento da promoção e assistência de saúde aos usuários, pois conhecem o território e realizam a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde, trazendo o perfil e as principais demandas das microáreas. A preservação do espaço na agenda para as reuniões de equipe semanalmente foi crucial para a organização das atribuições e discussões de casos, algumas vezes com a colaboração de profissionais das outras equipes e do NASF.

A construção de parceria e bom relacionamento interpessoal é imprescindível para o fortalecimento da equipe. Apesar de algumas dificuldades e contratempos conseguimos dar suporte à população e realizar momentos de planejamento e execução de atividades coletivas com êxito.

O acolhimento foi o espaço mais desgastante durante essa trajetória em relação ao desfalque de equipe. Passei por momentos complicados de sobrecarga, por conta da saída da médica da equipe, e foi dificultoso escalar outros residentes para dar suporte, já que tinham agendas programadas. Houve dias em que fiquei sozinha em plena segunda-feira, dia de “acesso universal” da população aos serviços de saúde e saía desse espaço ao final do serviço sem querer ouvir a palavra “acolhimento”. Após muitas conversas e pedidos de “socorro”, esse tipo de desfalque na equipe do dia de acolhimento ficou mais escasso, graças ao bom Deus! E aos momentos de reflexão da prática que subsidiaram propostas de organização do processo de trabalho a partir das demandas e necessidades apresentadas no espaço de acolhimento.

No segundo semestre do primeiro ano de residência, o preceptor de Medicina, que na verdade era um preceptor que abraçava a todos, articulou a agenda para estar escalado nos dias de acolhimento da minha equipe e para dar suporte no atendimento médico aos usuários da minha área. Porém, a sua atribuição principal era a preceptoria, então, no intuito de otimizar a situação e não prejudicar o suporte de preceptoria para a categoria médica, remodelamos as responsabilidades após alguns meses.

As médicas R1s das outras equipes disponibilizaram-se para dar suporte médico aos usuários da minha área para preservarem espaços da preceptoria. Logo, as ruas da equipe 4 foram redistribuídas entre as outras médicas, espaços nas

agendas foram reservados para esses atendimentos e o preceptor de medicina permaneceu dando suporte no acolhimento e nas visitas domiciliares.

Passei por algumas dificuldades e sobrecargas de trabalho, mas as médicas das outras equipes, os profissionais das demais categorias prestaram suporte tanto para a população de responsabilidade da minha equipe como também para mim, profissional e pessoalmente. Outra parceria muito importante foi a gerente da unidade de saúde, que, também enfermeira, não mediu esforços para colaborar nas questões administrativas e no apoio às atribuições assistenciais.

Percebi o quão é crucial a atuação do trabalho em equipe e análise das dificuldades para propor mudanças, melhorias para qualificar a assistência. Aliás, crescemos a partir das diversidades. Tive a honra de vivenciar a criação de laços de compromisso e de amizade, a união é um ponto essencial entre os profissionais e que nos fortalece a cada dia. Tenho sentimento de muita gratidão por esse presente que foi a “família CAIC”.

2.3 A ACOLHIDA FAZ A DIFERENÇA: IMPLATAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Meu primeiro contato com uma “modelagem” de acolhimento foi durante a Residência. Antes, em estágios durante a graduação, atuei em unidades de saúde nas quais aconteciam modos de acolher a demanda espontânea de forma aleatória durante o dia, sem trabalhadores de saúde ou local específicos para realizar essa escuta. O acolhimento caracteriza-se como uma atividade existente em todas as relações de cuidado, entre profissionais de saúde e outros indivíduos, nos atos de receber e escutar a população, podendo acontecer de formas distintas (BRASIL, 2011b).

Quando cheguei na USF PHOC CAIC não havia modelagem de acolhimento há um ano, devido a decisões dos profissionais que ali estavam. Montamos nossa agenda com as respectivas atribuições de cada categoria e nela incluímos turnos para acolhimento. Optamos por realizar uma modelagem de acolhimento diariamente, exceto na sexta-feira, pois haviam turnos destinados à educação permanente, matriciamento e reunião geral da unidade de saúde. Entretanto, nos revezávamos

para acolher os usuários da demanda espontânea desse dia, o fluxo era muito baixo, mas a população não escolhe hora ou dia que demandará de cuidados de saúde.

A discussão da agenda antes da implantação do acolhimento faz-se necessário, pois conseguimos organizar os turnos para atendimento às consultas agendadas/programáticas e à demanda espontânea, assim como quais equipes realizarão o acolhimento de acordo com o dia da semana. Esse momento, conseqüentemente, serviu como aprendizado e exercício sobre como gerenciar uma agenda associado à reflexão de qual a melhor maneira para atender/acolher os usuários. Nesse sentido, esse aprendizado permitiu avaliação acerca de qual seria a melhor opção de modelagem de acolhimento para ser aplicada de acordo como o contexto, baseado em preconizações do Ministério da Saúde.

Optamos por realizar acolhimento por equipe do dia, pois havia uma demanda reprimida e ainda não tínhamos vínculo com a população. Essa modelagem de acolhimento nos ajudou a conhecer o perfil da população adscrita e quais eram as principais demandas.

Equipe de acolhimento do dia: em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do **acolhimento do dia** fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do **acolhimento do dia**. (BRASIL. 2011b).

No início enfrentamos algumas dificuldades, houve sobrecarga de trabalho devido à demanda reprimida, nem sempre a escuta se resume à queixa-conduta, algumas situações requerem encaminhamentos para outros serviços da rede, continuidade do cuidado em consultas posteriores ou acompanhamento com o apoio matricial. Apesar das dificuldades, com o tempo conhecemos o perfil da demanda da USF CAIC e percebemos a necessidade de criar fluxos para organizar os atendimentos e “filtrar” a sobrecarga do acolhimento, deixando-o com o perfil de escuta, na sua maior parte, para demandas mais agudas.

O vivenciado resultou na construção da linha de cuidado dos hipertensos e diabéticos da unidade, a partir do acolhimento conseguimos captar usuários que estavam sem plano de acompanhamento, e sistematizar seu cuidado entre consultas de enfermagem, medicina e do NASF, assim como rastrear usuários que ainda não possuíam diagnóstico.

Muitos usuários compareciam ao acolhimento sem apresentar queixas agudas, com demandas de consulta odontológica, marcação de preventivo, puericultura ou pré-natal, por exemplo. A equipe do dia do acolhimento realizava uma conversa prévia e se essas fossem as reais necessidades, realizam o agendamento ou encaminhavam para a equipe de referência. Entendi a necessidade de repensar sobre os modelos assistenciais que muitas vezes regem o processo organizacional do serviço, e pautar para o usuário reflexão que nem sempre a solução é a prescrição ou solicitação de exames.

No decorrer do tempo, conseguimos chegar a um acolhimento menos sobrecarregado, com maior perfil de demandas agudas e conseqüentemente o fluxo da USF ficou mais organizado, apesar do alto fluxo de procura da população. Segundo o caderno 28 do Ministério da Saúde, uma das desvantagens dessa modelagem de acolhimento é não criação de vínculos, porém na nossa prática, eu e outros profissionais conseguimos criar muitos vínculos com a população.

Apesar dos momentos de enfrentamentos de dificuldades e adaptação, o acolhimento é muito gratificante. Hoje percebo o quanto evolui em aprendizado, agilidade e aperfeiçoamento em ouvir, escutar e acolher a população. É fundamental para a relação equipe/população que estejamos abertos e preparados para acolher o que não é programado, as eventualidades. Afinal, não sabemos o que está por vir.

2.4 VISITA DOMICILIAR: UM OLHAR PARA ALÉM DO INDIVÍDUO

Na atenção domiciliar é comum deparar-se com situações complexas, não só devido ao quadro clínico do paciente, mas também pelo contexto socioeconômico e familiar. Esse contexto exige o gerenciamento do cuidado que envolve o desenvolvimento de saberes e habilidades para promover assistência de acordo com as necessidades do usuário (BRASIL, 2013).

A família é constituída pelas suas relações, portanto é imprescindível conhecer o contexto familiar e interpessoal, as pessoas que fazem parte desse sistema e se as que representam um pilar familiar estão presentes.

Durante o R1 realizei uma visita domiciliar juntamente com a preceptora e uma ACS a uma idosa que reside com seu esposo e possuem o apoio de uma cuidadora. A princípio o motivo da solicitação da visita foi o quadro de HAS e DM sem acompanhamento há algum tempo e dificuldade de locomoção até à USF.

Descrição da cena: primeira narrativa.

“Chegando ao local nos deparamos, além da situação relatada anteriormente, com o fato do impacto emocional, psicológico e biológico por conta da perda do filho há 15 dias devido a um assassinato por arma de fogo dentro do mesmo ambiente no qual residem. O esposo relatou que seu filho estava na praça em frente a sua casa, entrou repentinamente na sala fechando a porta e levou vários tiros através da janela, referiu que estava lavando os pratos, ouviu os tiros, correu e se deparou com seu filho morto no chão da sala. No dia do ocorrido, a esposa estava na igreja e ao receber a notícia começou a passar mal, "espumar pela boca" e foi levada ao hospital. O susto fez com que o nível da glicemia elevasse subitamente, descompensando o quadro da DM. Posteriormente fomos informadas que antes da fatalidade o filho do casal estava preso devido ao envolvimento com drogas. A cuidadora referiu que o quadro de DM sempre foi descompensado, por mais que tentasse administrar as medicações corretamente e cuidar da alimentação da idosa dentro das possibilidades econômicas do casal...”

~

Essa visita deixou claro o quanto os determinantes sociais, ambientais, econômicos, psicológicos, dentre outros, podem interferir no processo saúde/doença de um indivíduo. Diante dos relatos, essa senhora teve o seu quadro de doença instável por muitos anos por causa das interferências emocionais. Renovamos receitas, orientamos uso dos medicamentos e alimentação. Por mais que todos os cuidados necessários sejam realizados, a lembrança, tristeza e angustia continuarão presentes, devido a história trágica do filho e de outras que não conhecemos. Ela e seu esposo continuarão vivendo no mesmo espaço, na mesma sala que seu filho foi morto. Será que o quadro de DM um dia ficará compensado?

Outro caso de visita domiciliar que chamou a atenção acerca da relação “impacto emocional versus comorbidade” foi de uma senhora com diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial.

Descrição da cena: segunda narrativa.

“ Meu primeiro contato foi na visita domiciliar, ela já apresentava necrose gangrenosa seca em 5º pododáctilo do pé direito. Renovamos receita, orientamos uso dos medicamentos e encaminhamos para angiologista para avaliação vascular. A marcação dessa consulta não chegou a acontecer devido à falta de importância da própria família para a situação. Houve piora da lesão em pé diabético e a paciente foi internada. A mesma já estava muito abalada emocionalmente com a possibilidade de amputação do dedo, o que dificultou a sua coparticipação no tratamento desde o início. Após a internação, a usuária se recusou a amputar, essa protelação piorou a sua condição e o comprometido vascular. Quando a paciente resolveu aceitar a sua condição e a realizar a cirurgia, a extensão da área comprometida tinha aumentado e consequentemente a área da amputação, que foi até a região poplítea. Em visita subsequente realizei o curativo pós cirúrgico, o ferimento encontra-se limpo e seco. Orientei a família como realizá-lo diariamente em casa e marquei retorno em 2 dias...”

A usuária apresentou melhora da sua condição emocional, o que a tornou mais consciente do seu quadro e colaborativa. Esse caso mostrou o quanto é importante deixar o usuário ciente da sua situação, fazer o possível para sensibilizá-lo a aderir ao tratamento e quais as consequências da não colaboração. Não é um trabalho fácil e nem podemos obrigar o usuário a fazer o que é o melhor para ele, mas é de grande valia deixá-lo ciente dos benefícios e do ônus do não comprometimento com o seu respectivo tratamento.

Após a vivência com essas experiências compreendi com mais clareza que cada paciente está inserido em um contexto com determinadas particularidades de acordo com seu meio social, familiar e cultural. O entendimento do usuário em relação ao diagnóstico e as consequências da adesão ou não ao tratamento vai depender do conjunto dos fatores desse contexto e da linguagem que o profissional utiliza, se é adequada ou não. Paralelo ao entendimento do paciente vem a autonomia do mesmo, que é um dos princípios da bioética, na qual podemos interferir fazendo nossa parte de sensibilização, porém, não de obrigá-lo acerca da adesão ao tratamento.

3 O R2: NOVOS CENÁRIOS E AS NOVAS APRENDIZAGENS

O segundo ano de residência trouxe novos olhares e experiências em cenários com complexidades distintas da Atenção Básica, porém interligados. A tal Rede de Atenção à Saúde. Tive a oportunidade de conhecer a gestão e a linha de urgência e emergência, perpassando pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Durante o estágio na gestão foi possível conhecer o outro lado da moeda e compreender que nem sempre ela é a “vilã” da história. Atuei na Central de Regulação Municipal de Saúde, conheci diferentes perfis profissionais: aqueles que estão em conformidade com a situação seja ela qual for e os que estão dispostos a trabalhar e proporcionar mudanças, as quais nem sempre chegam a ser postas em prática, devido à dependência de outros setores do governo, como o financeiro.

O estágio em urgência e emergência trouxe inúmeras oportunidades como acompanhar e atuar em ocorrências ímpares do SAMU e conhecer mais de perto o trabalho entre redes de diferentes complexidades, além de fortalecer e construir conhecimentos acerca de primeiros socorros e manejo a pequenas urgências na Atenção Básica.

Alguns produtos foram desenvolvidos durante esse percurso do R2 nos distintos cenários percorridos. Dentre eles gostaria de destacar 3 produtos elaborados com o intuito de qualificar os processos de trabalho na Unidade de Saúde da Família: a Planilha de Visita Domiciliar (apêndice A); Processo de Dispensação de Insumos de Curativo para Pacientes de Visita Domiciliar (apêndice B) e o Checklist de Insumos para atendimento de Pequenas Urgências na Atenção Básica (apêndice C).

A Planilha de Visita Domiciliar foi construída com o propósito de otimizar atribuições multidisciplinares muito potentes no quesito aprendizado e amadurecimento no espaço da Residência que acontece no momento da Visita Domiciliar. Essa planilha foi elaborada e aperfeiçoada juntamente com algumas sugestões da residente que acompanhou mais de perto a minha equipe durante o R2.

Muitos pacientes que se encaixam nesse perfil demandam de curativos e na USF ainda não existia um controle e planejamento para dispensação dos materiais necessários, seja para utilização da própria equipe durante a VD ou para fornecimento

para parentes ou cuidadores, a partir dessa necessidade foi elaborado o Processo de Dispensação de Insumos de Curativo para Pacientes de Visita Domiciliar.

Fazendo uma ligação entre a vivência no estágio na linha de urgência e emergência e a USF, eu, outros profissionais que atuaram nessa linha e apoiadoras percebemos a necessidade de desenvolver um instrumento que auxiliasse na previsão e provisão de insumos para que a unidade de saúde tenha um mínimo de suporte para o atendimento às pequenas urgências. Logo, foi desenvolvido o Checklist de Insumos para atendimento de Pequenas Urgências na Atenção Básica a partir de referências do SAMU, PMAQ e do Caderno 28 do Ministério da Saúde.

A construção desses produtos me fez perceber o quanto podemos ser peças colaboradoras e qualificadoras do serviço, cooperando para o crescimento da equipe e do local de trabalho. O processo de especialização e docente-assistencial tem essa característica de tentar estimular o seu melhor.

4 CONSIDERAÇÕES NÃO-FINAIS

Fazendo uma retrospectiva da profissional recém-formada que entrou nesse programa para a profissional que sou hoje, vejo o quanto evoluí profissional e pessoalmente, as potencialidades que desenvolvi e o que ainda preciso lapidar para continuar seguindo nessa linha de crescimentos e evoluções.

Esse processo foi um misto de fases boas e outras nem tanto, mas a depender do olhar que damos para as diversas situações podemos extrair experiências. As palavras que levarei e também deixo para reflexão, os sentimentos que afloraram e o que vou levar desse ciclo são resiliência, amadurecimento, aprendizados, referências de bons profissionais e muita gratidão.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

APÊNDICE A - Planilha de Visita Domiciliar



PLANILHA DE VISITAS DOMICILIARES

EQUIPE _____ ACS _____ MICROÁREA _____

Apêndice B - Processo de Dispensação de Insumos de Curativo para Pacientes de Visita Domiciliar



FORMULÁRIO DE RECEBIMENTO DE INSUMOS PARA CURATIVOS EM DOMÍLIO

Nº do processo: _____

Data: ____/____/____

DADOS DO(A) PACIENTE

NOME: _____ SEXO: F () M ()

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TELEFONE: _____

RG: _____

CARTÃO SUS: _____

ENDEREÇO: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL

NOME: _____ RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ TELEFONE: _____

FATORES DE RISCO (para cronificação da ferida)

() DM () HAS () Doenças vasculares () Neoplasia () Outras _____

() Tabagismo - Quantidade diária: _____

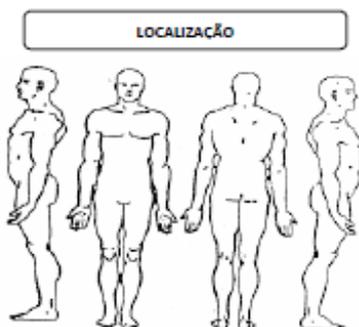
() Etilismo - Quantidade diária: _____

DADOS DO CURATIVO

TIPO DA FERIDA: () Ulcerativa () Traumática () Cirúrgica () Outro: _____

QUANTO AO TEMPO: () Aguda () Crônica Tempo: _____

PERIODICIDADE DA TROCA DO CURATIVO: _____



OBS.: _____

MATERIAIS NECESSÁRIOS	QUANTIDADE (quinzenal)

PREENCHIDO POR: _____
 (Assinatura e carimbo)

Apêndice C - Checklist de Insumos para atendimento de Pequenas Urgências na Atenção Básica

CHEKLIST DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DO KIT PARA PEQUENAS URGÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PHOC CAIC

INSUMOS PARA URGÊNCIAS- punção venosa	QUANTIDADE	UTILIZADO	REPOSTO	INSUMOS PARA URGÊNCIAS- vias aéreas	QUANTIDADE	UTILIZADO	REPOSTO
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	02			AMBU ADULTO	01		
SORO GLUCOSADO 5% 500ML	02			AMBU PEDIÁTRICO	01		
AMPOLAS DE ÁGUA DESTILADA 10ML	10			CATETER PARA OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS	02		
AMPOLAS DE SORO FISIOLÓGICO 0,9%	10			MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO ADULTA	02		
AMPOLAS DE SORO GLUCOSADO 25% E 50%	10 (CADA)			MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO PEDIÁTRICA	02		
GARROTE	01			APARELHO DE NEBULIZAÇÃO	01		
ROLO DE ESPARADAPRO COMUM	01			OXÍMETRO DE PULSO	01		
EQUIPOS PARA SORO SIMPLES	02			GUEDEL	01		
CONEXÃO DE DUAS VIAS	02			LARINGOSCÓPIO ADULTO	01		
CATETER PARA PUNÇÃO PERIFÉRICA(GELCO) TAMANHO 24	03			MEDIDORES DE PICO DE FLUXO (PEAK FLOW) REUTILIZÁVEIS	01		
CATETER PARA PUNÇÃO PERIFÉRICA(GELCO) TAMANHO 22	03			CONEXÃO PARA O ₂	02		
CATETER PARA PUNÇÃO PERIFÉRICA(GELCO) TAMANHO 20	03			TORREDO DE OXIGÊNIO DE 1 M3, COM VÁLVULA, FLUXÓMETRO, UMIDIFICADOR DE 230 ML E 2 M DE TUBO DE INTERMEDIÁRIO DE SILICONE	01		
CATETER PARA PUNÇÃO PERIFÉRICA(GELCO) TAMANHO 18	03			EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	QUANTIDADE	UTILIZADO	REPOSTO
CATETER PARA PUNÇÃO PERIFÉRICA(GELCO) TAMANHO 16	03			MÁSCARAS DESCARTÁVEIS	01 (CAIXA)		
CATETER PARA PUNÇÃO PERIFÉRICA(GELCO) TAMANHO 14	03			LUVAS DE PROCEDIMENTO	01 (CAIXA)		
SERINGAS DE 10ML E 05ML	05 (CADA)			ÓCULOS DE PROTEÇÃO	02		
AGULHAS 40X12, 30X8	10 (CADA)			AVENTAL	05		
PACOTE DE GAZES ESTÉREIS	03						

**CHEKLIST DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DO KIT PARA PEQUENAS URGÊNCIAS
DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PHOC CAIC**

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	UTILIZADO	REPOSTO
AMPOLAS DE EPINEFRINA/ADRENALINA	10		
AMPOLAS DE ATROPINA	10		
FRASCOS DE HIDROCORTISONA 100MG	05		
FRASCOS DE HIDROCORTISONA 500MG	05		
FRASCOS/AMPOLAS DE PROMETAZINA	05		
AMPOLAS DE DIAZEPAM	05		
AMPOLAS DE FENOBARBITAL	05		
AMPOLAS DE HALOPERIDOL	05		
AMPOLAS DE FENERGAN	05		
AMPOLAS DE FUROSEMIDA	05		
AMPOLAS DE DÍPIRONA	05		
AMPOLAS DE PLASIL	05		
FRASCOS DE INSULINA REGULAR E NPH	05		
FRASCO DE IPRATRÓPIO	01		
DINIDRATO DE ISOSSORBIDA 05MG SUBLINGUAL	01 (CARTELA)		
AAS 100MG	01 (CARTELA)		
CAPTOPRIL 25MG	01 (CARTELA)		
METFORMINA 25MG	01 (CARTELA)		