



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE POTENGI, ÁREA 50.

DANIELLE ALBUQUERQUE SOUSA

NATAL/RN
2018

A SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE POTENGI, ÁREA 50.

DANIELLE ALBUQUERQUE SOUSA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Isaac Alencar Pinto.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial meu companheiro, pais, irmão e cunhada. Amo vocês.



AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que colaboraram para a conclusão deste projeto, participando de reuniões, compartilhando informações e sendo compreensíveis com o tempo dedicado a realização deste trabalho.

RESUMO

Visando a melhoria do serviço de estratégia de saúde da família na unidade de Potengi, equipe de estratégia de número 50, na zona norte do município de Natal, estado do Rio Grande do Norte, foram realizadas microintervenções baseadas nos estudos realizados através do curso de especialização em saúde da família, com o objetivo de avaliar o trabalho atual da equipe e elaborar planos de monitoramento e melhorias. Listamos seis temas para o desenvolvimento deste trabalho, dentre eles o processo de trabalho da nossa equipe, o acolhimento realizado na nossa unidade, saúde reprodutiva e gestação, saúde mental, saúde da criança e doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, obesidade e doença pulmonar obstrutiva crônica. Foi elaborado um capítulo para cada tema, onde é descrito o trabalho na nossa unidade, as intervenções efetuadas no decorrer do estudo deste curso de especialização, e a conclusão desta atividade, destacando os resultados obtidos e os planos futuros de melhoria. Dessa forma, podemos ver o quanto é importante se especializar na estratégia de saúde da família, e como é fundamental avaliar as nossas ações, buscando sempre melhorias para a população que busca o nosso serviço, assim como também é necessário harmonizar e padronizar o trabalho em equipe, promovendo a saúde para todos. Acompanhamos as gestantes no pré-natal, depois realizamos as consultas de crescimento e desenvolvimento do seu filho, e após acompanhamos a fase de adolescente e vida adulta, prevenindo doenças e promovendo a saúde. Este é o encanto da saúde da família. Neste trabalho de conclusão de curso, vamos ter uma noção de como funciona a estratégia na nossa unidade, o que fazemos de efetivo e recomendado, e o que foi preciso melhorar para aperfeiçoar o nosso trabalho na unidade, elaborando um plano de continuidade.

Palavras-Chaves: Atenção Primária a Saúde, Saúde da Família, Cuidados.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO I: ORGANIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO	10
CAPÍTULO II: ANALISANDO O ACOLHIMENTO PARA A IMPLANTAÇÃO DO APERFEIÇOAMENTO	14
CAPÍTULO III: CUIDANDO DA SAÚDE REPRODUTIVA E DA GESTAÇÃO	89
CAPÍTULO IV: A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	22
CAPÍTULO V: O CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	27
CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	31
CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	43
ANEXOS	45

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado em 7 capítulos, onde os capítulos de 1 a 6 listam temas onde foram realizadas as microintervenções, e o capítulo 7 faz um breve resumo dessas intervenções, destacando os resultados obtidos e o plano de continuidade. Este último capítulo é apresentado em forma de tabela para melhorar a compreensão.

As microintervenções tem como objetivo avaliar as atividades realizadas na unidade de saúde da família a fim de elaborar planos de melhoria e adequação do serviço. A metodologia utilizada foi de reuniões de equipe de estratégia da área 50 e exposição da experiência profissional na unidade de Potengi.

CAPÍTULO I: ORGANIZANDO O PROCESSO DE TRABALHO

Utilizando a proposta do AMAQ (Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade), a equipe da qual faço parte teve um momento de reunião para discutir sobre a qualidade dos serviços prestados e de seu registro. Dentro dos temas propostos, no tocante à Organização do Processo de Trabalho, escolhemos um problema que recebeu pontuação insuficiente e só dependia da equipe para melhorar que foi sobre a equipe não fazer registro e monitoramento das suas solicitações, encaminhamentos, bem como os retornos, entre outros. Trabalhamos em cima desse tema para iniciar a nossa microintervenção. A enfermeira da equipe explicou sobre os campos que estavam faltando serem informados no sistema e duas agentes comunitárias de saúde detalharam como tem realizado a inclusão das informações no sistema, a fim de compartilhar experiência.

O registro das nossas atividades é realizado pelo cadastro no e-SUS, na parte de Coleta de Dados Simplificada (CDS), opção Atendimento Individual, onde posteriormente podemos visualizar os relatórios conforme dados inseridos pela equipe, como por exemplo a quantidade de pacientes atendidos no domicílio, quantidade de pacientes com risco cardíaco, entre outros.

Essa defasagem no registro das atividades também ocorreu devido à demora em cadastrar os novos usuários no sistema, no caso dos médicos por exemplo, que tiveram que cadastrar fichas de atendimento retroativa sem precisar desmarcar consultas para esta realização, o que comprometeu os dados inseridos, que não foram completos, para agilizar a inserção dos dados com cumprimento do prazo estabelecido.

Na última reunião com a equipe conversamos sobre a importância de detalhar o atendimento realizado, com informações completas, assim como a conduta realizada, a fim de ter o conhecimento do que está sendo realizado e analisar se estamos suprindo as necessidades dos usuários e os objetivos da equipe de atenção básica.

Assim, além de todos da equipe se comprometerem em melhorar a inserção das informações no sistema, combinamos de realizar reuniões quinzenais para acompanhar o desempenho e comprometimento da equipe a fim de gerar um relatório mais próximo da realidade do nosso trabalho, para assim acompanhar o que pode ser melhorado ou modificado.

Será possível também saber a média de atendimentos realizados pelos profissionais da equipe, assim como verificar dados como quantidade de consultas agendadas versus

consultas de demanda espontânea, quantidade de encaminhamento para serviços especializados, entre outros, para assim acompanhar a continuidade do cuidado com a população e a resolutividade da equipe de atenção básica.

É muito importante a realização desse controle para que possamos sempre observar o que está sendo feito e procurar os pontos onde podemos melhorar nosso trabalho e proporcionar qualidade da prestação de serviço.

O objetivo principal é poder proporcionar acesso e cuidado para a saúde de toda a população da nossa área, assim como a aqueles usuários que não estão adscritos mas moram próximos da nossa unidade de trabalho e de vez em quando aparecem solicitando algum tipo de atenção. Afinal, a unidade básica de saúde é o primeiro local de acesso. Se não pudermos solucionar, o paciente será encaminhado ou orientado para melhor atender as suas necessidades.

Sobre a reunião para a microintervenção, todos da equipe que puderam comparecer participaram com interesse e concordaram com as propostas para melhoria do que não estava a contento.

A dificuldade encontrada foi com relação ao afastamento prolongado de uma agente comunitária de saúde da equipe, estando a micro área designada para a mesma descoberta e sem acompanhamento, prejudicando o relatório final da equipe por falta de inserção de dados por não haver atendimento. A única assistência que os moradores dessa microárea possui é do médico e enfermeiro da equipe, com as visitas domiciliares. Os que não possuem impedimento e procuram atendimento também estão sendo acompanhados.

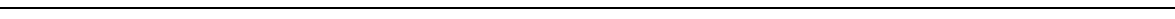
Já foi solicitado junto à gestão municipal a possibilidade de substituir a agente impossibilitada de trabalhar. Mas ainda não é possível essa substituição devido o afastamento ser por motivo de doença. Por isso, os dados da nossa equipe serão sempre incompletos.

Mas apesar dessa defasagem, após a reunião, todos os presentes se comprometeram em realizar a sua parte, inserindo a informação mais detalhada e completa possível, para tornar o nosso relatório de atendimento completo e válido para análise e intervenção objetivando a melhoria no nosso trabalho e atendimento. Concluímos que o prazo para obter o resultado desejado seria de um mês, sendo que antes, na próxima reunião quinzenal, haveria nova verificação do relatório parcial com essas informações para ao concluir um mês, ter esse tópico com pontuação satisfatória, e seguir adiante com os demais tópicos que podem ser melhorados.

Tabela 1 – Pontuação obtida na avaliação da AMAQ realizada pela equipe.

K – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO		
4.4	A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	De 0 a 10, pontuação 10.
4.5	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.	De 0 a 10, pontuação 8.
4.6	A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.	De 0 a 10, pontuação 8.
4.7	A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	De 0 a 10, pontuação 7.
4.8	A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.	De 0 a 10, pontuação 8.
4.9	A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.	De 0 a 10, pontuação 6.
4.10	A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	De 0 a 10, pontuação 8.
4.11	A equipe de Atenção Básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	De 0 a 10, pontuação 10.
4.12	A equipe de Atenção Básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	De 0 a 10, pontuação 9.
4.13	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	Pontuação 10.
4.14	A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	Pontuação 9.
4.15	A equipe realiza reuniões periódicas.	Pontuação 10.
4.16	A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente.	De 0 a 10, pontuação 8.
4.17	A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	De 0 a 10, pontuação 7.





CAPÍTULO II: ANALISANDO O ACOLHIMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DO APERFEIÇOAMENTO

Sabemos que a atenção básica é a porta de entrada para a população, e também é muito importante saber como acolher os usuários do sistema. O objetivo do acolhimento visa atender adequadamente aqueles que procuram a unidade, sabendo atendê-lo e orientá-lo conforme uma estratégia previamente combinada entre os funcionários da unidade.

Para que haja um bom acolhimento, é importante não apenas ter a estratégia definida, como também capacitar os funcionários para tal atividade. Iremos apresentar como funciona nossa unidade e como poderíamos melhorar baseado na nossa experiência e nas sugestões de melhoria do material de referência para estudo desse tema.

Trabalho na unidade de Estratégia de Saúde da Família de Potengi, bairro da zona norte de Natal-RN. Nesta unidade trabalham 4 equipes de estratégia. Ainda não temos uma estratégia de acolhimento, mas no momento funciona da seguinte forma: cada equipe possui cinco agentes de saúde, onde a cada dia da semana um deles fica responsável pela realização do acolhimento. Cada agente realiza o acolhimento da população de sua área. Então, a cada dia ficam quatro agentes de saúde responsáveis por acolher usuários da sua respectiva área.

Na área da qual sou médica, houve uma reunião da equipe onde ficou definido que a maioria dos atendimentos seriam destinados aos clientes com doença crônica não transmissível que necessitem de acompanhamento constante, sendo essas as morbidades que predominam na nossa área adscrita: diabéticos e hipertensos (hiperdia), idosos e saúde mental. Temos um turno na semana destinado ao crescimento e desenvolvimento (CD) da criança, e um turno destinado ao pré-natal das gestantes. Dessa forma, priorizamos o atendimento das morbidades prevalentes e otimizamos o uso de equipamentos necessários para pré-natal e CD, como sonar e régua de estatura respectivamente, pois não dispomos de material permanente para cada equipe.

Nos outros dias, além de hiperdia, idoso, saúde mental, CD e pré-natal, atendemos demanda espontânea e agenda programada de outras queixas específicas que chamamos de atendimento geral. Nesse tipo de atendimento também entra clientes de fora da nossa área.

O primeiro acolhimento é realizado pelo agente comunitário de saúde, profissional responsável pelo mapeamento dos pacientes e encaminhamento para a unidade de atendimento, promovendo também a saúde do paciente e a prevenção de doenças. Em seguida o acolhimento é continuado pelo enfermeiro da equipe. Este último faz as anotações

no prontuário e, sendo necessário, encaminha ou agenda atendimento com o médico. Atualmente seguimos o modelo de 70% de atendimento agendados e 30% de atendimento espontâneo. Utilizamos por turno 12 vagas para agendamento, e 2 vagas para urgência, sendo 14 atendimentos realizados por turno, de modo geral.

Foi percebido pela equipe que esse modelo atualmente utilizado para acolhimento traz algumas desvantagens como: agenda saturada por agendamento prévio, restando poucas vagas para atendimentos do dia, inclusive gerando uso incorreto das vagas de urgência, como renovar receita por exemplo; corredores lotados para agendamento; retorno dos clientes no dia seguinte, entre outros.

O material de referência utilizado para estudo do acolhimento trouxe algumas sugestões que poderiam melhorar esse fluxo. Mas para isso a equipe deve se reunir para discutir o que poderia se adequar para a nossa realidade, trazendo benefícios não apenas para os usuários, como também melhorias de trabalho para os funcionários da unidade.

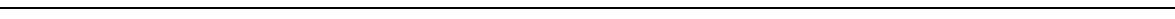
Uma das sugestões inserida no conteúdo estudado é adotar o método de 70% de atendimento espontâneo e somente 30% de agendado, invertendo o que é praticado hoje. Entre as vantagens de adotar essa nova forma de atendimento inclui: tempo de espera para ser atendido de até 48 horas; aumento da capacidade de atendimento no dia em que o cliente procura a unidade; diminuir a diferença entre atendimento de urgência e de rotina; diminuir a quantidade de consultas agendadas, aumentando a capacidade de vagas na agenda para atendimento no dia. Ainda é sugerido estabelecer uma frequência de retorno conforme indicação clínica e não conforme desejo do cliente, liberando vagas para outros usuários com maiores necessidades.

Conversando com a enfermeira da equipe e a direção, vimos que muitas vezes o agente de saúde é responsável por acolher somente pacientes da sua área de atuação, o que não é adequado. A direção deseja que o acolhimento seja realizado por qualquer profissional escalado no dia para tal, independente de qual área pertence o cliente. Porém para que isso ocorra é necessário haver uma estratégia de acolhimento previamente existente e aperfeiçoar a equipe para implantar esse modelo. Também precisamos reunir as equipes para esclarecer a importância dessa medida e cobrar o comprometimento do profissional com tal tarefa.

Para melhorar o atendimento da unidade podemos realizar uma reunião de capacitação explicando a importância de receber o usuário da estratégia de saúde da família, escutando sua queixa com atenção e orientando o mesmo de que sua necessidade será atendida, seja naquele mesmo dia se houver médico e/ou enfermeiro disponível, seja em

outro momento, marcando uma consulta. Caso não seja atendido, orientar o mesmo com atenção e nunca fechar as portas para quem procurar o serviço. Além de orientar no sentido de promover a saúde, também é importante explicar como funciona a unidade para que o paciente se familiarize com o ambiente, explicando os horários de funcionamento, documentos necessários para realização de exames, entre outros.

Uma vez definida a estratégia de acolhimento, esta deve ser seguida por todos os profissionais que trabalham na unidade, assim como também deve ser divulgada para a população ficar ciente das mudanças e até propor opiniões a respeito, a fim de ajudar a melhorar cada vez mais os serviços oferecidos pela nossa unidade, com os recursos disponíveis.



CAPÍTULO III: CUIDANDO DA SAÚDE REPRODUTIVA E DA GESTAÇÃO

Iremos abordar como é realizado o trabalho na nossa unidade. Além das consultas do pré-natal realizadas pela enfermeira e a médica, e as consultas de puerpério, realizadas até 42 dias após o parto, temos uma ação com os moradores onde mensalmente é realizada uma reunião para falar sobre assuntos pré-estabelecidos, quando possível com a presença de palestrante da área referente ao tema, o qual se chama de Tapera da Falação. Nessa ação reunimos idosos, gestantes e jovens, e falamos, entre outros assuntos, de planejamento familiar e cuidados com a saúde.

Na nossa unidade, além das consultas, dispomos de uma farmácia abastecida de métodos contraceptivos básicos como preservativos, anticoncepcional oral combinado, minipílula, e anticoncepcional injetável. Abordamos esse assunto na consulta para orientação de como evitar gestação indesejada e contrair doenças sexualmente transmissíveis. As agentes comunitárias de saúde também reforçam esses cuidados nas visitas domiciliares.

Quando o comportamento é de risco ou trata-se de pacientes sexualmente ativos, oferecemos o teste rápido para investigar doenças sexualmente transmissíveis, realizada no nosso posto. Quando alterado, se necessário, realizamos o exame laboratorial sorológico, e confirmando a infecção é realizada a notificação e o paciente é encaminhado para a unidade responsável para efetuar o tratamento.

Em paralelo com o cuidado da saúde reprodutiva, fazemos busca ativa das gestantes adstritas da nossa unidade. Na última reunião da equipe fizemos o levantamento das gestantes do bairro, porém ainda falta incluir as gestantes que fazem pré-natal em serviço privado. Essa informação é necessária para melhorar a nossa estimativa. A cada consulta de pré-natal, alternadas entre enfermeira e médica, preenchemos o cartão da gestante, efetuamos exame físico e solicitamos exames conforme a idade gestacional da paciente. Também realizamos teste rápido nas mesmas para a detecção de doenças sexualmente transmissíveis e tratamento conforme protocolo.

Ainda sobre as gestantes, a cada consulta damos orientações sobre as alterações fisiológicas na mulher nessa fase e a alimentação adequada, evitando certos alimentos e fracionando as refeições durante o dia. Já aproveitamos para orientar também sobre a importância de vê-la na primeira semana após o parto, a fim de verificar a amamentação, fazer o exame físico e dar orientações, evitando assim as complicações pós-parto.

Sabendo do acompanhamento da equipe com relação a este tema, comparando com o material estudado na especialização, pudemos perceber que o nosso trabalho está no caminho certo, porém sempre podemos melhorar cada vez mais. Como exemplo podemos citar a necessidade de fazer também a busca ativa de gestantes que fazem pré-natal em serviço privado, pois apesar das agentes comunitárias de saúde conhecerem esta situação, este quantitativo não está sendo somado no total de gestantes que possuímos no nosso bairro.

Ainda sobre a reflexão das melhorias, também podemos estender as palestras sobre planejamento familiar às escolas, falando sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada. Assim, reforçamos aquilo que é discutido na Tapera da Falação, pois nem todos os jovens frequentam a atividade. Indo nas escolas podemos ampliar a divulgação, levando a informação para um maior número de pessoas, contribuindo ainda mais para a promoção da saúde.

A equipe concordou que podemos fazer mais pela melhoria do acompanhamento das gestantes e do planejamento familiar, e ficamos felizes de estarmos no caminho certo. Aproveitamos a oportunidade da reunião para definir visitas às escolas para reforçar a educação sexual, e elaborar uma tabela de registros sobre o quantitativo de gestantes no nosso território, assim como sobre a realização de pré-natal, e se este está sendo realizado na nossa unidade ou de forma particular. Sobre a visita, ficou acordado com a equipe que iremos às escolas pelo menos a cada dois meses. Duas agentes de saúde ficaram de verificar as escolas da nossa área que faremos as visitas e os respectivos agendamentos.

Sobre a tabela de registros das gestantes, percebemos que esta poderá nos dar uma estimativa real sobre a quantidade de gestantes na nossa área e direcionar e/ou reforçar as medidas preventivas conforme o detalhamento das informações, como idade da gestante (se menor de idade ou idade avançada), se a gestação foi planejada, entre outros. Segue modelo do registro na tabela 2, onde os valores preenchidos serão correspondentes ao total referente a cada item, conforme quantidade de gestantes da microárea.

Na Figura 1, podemos ver uma parte da equipe presente na reunião sobre esse tema. Estavam presentes, a médica, a enfermeira, duas técnicas de enfermagem, e três agentes comunitárias.

Tabela 2 – Proposta para o registro total de gestantes no nosso território.

ESF POTENGI – ÁREA 50							
Microárea	Total Gestantes	Idade <15	Idade >35	Gravidez Planejada	Não planejada	Pré-natal UBS	Pré-natal outro

1							
2							
3							
4							
5							



Figura 1 – Equipe de Estratégia de Saúde da família após reunião.



CAPÍTULO IV: A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Saúde mental é um tema muito importante na Estratégia de Saúde da Família. Todos os dias recebemos pessoas precisando de acolhimento para atender seus problemas de comportamento, sejam depressivos, ansiosos, ou até agitados.

Uma minoria, no caso da área adstrita que é da responsabilidade da nossa equipe, recorre ao álcool para superar as situações que estão enfrentando no momento. Muitos já estão em uso de algum medicamento para reduzir os sintomas que o incomodam, mas acabam com a falsa impressão de que o uso dessas “drogas” é para a vida toda, tornando-se dependentes. É preciso olhar para o paciente e a família deste para assim entender a doença e buscar alternativas, nem sempre medicamentosas, para solucionar a sua aflição e devolver a sua saúde.

Na nossa equipe existe um grande número de usuários de medicamentos benzodiazepínicos e antidepressivos. Uma minoria está em tratamento com antipsicóticos e anticonvulsivantes. Todos usuários crônicos. Ainda não temos o registro total desses usuários crônicos mas aproveitamos a reunião para elaborar uma planilha a fim de contabilizar e acompanhar melhor esses pacientes, assim como os agentes comunitários de saúde também.

A proposta é lista os pacientes em uso de medicações para a saúde mental, por microárea e respectivo agente, especificando o diagnóstico do mesmo, medicações em uso e a data de início do tratamento, assim como também informar se o paciente possui vícios (drogas, álcool, entre outros) e se está instável (em sofrimento psíquico), identificando assim os casos de gravidade. Com essa planilha podemos identificar aqueles pacientes que necessitam de atenção integral para construir uma linha de cuidado. A proposta de registro da equipe segue na tabela 3.

Após a construção da tabela, conversamos sobre como poderemos preencher esses dados. Uma ideia foi separar os prontuários referente a microárea de cada agente para verificar e colher os dados daqueles que fazem uso de medicações para a saúde mental. Combinamos que no dia das visitas domiciliares realizadas semanalmente às quartas feiras pela manhã, o agente responsável pela microárea visitada, ao término da visita, irá trazer os prontuários para junto com o médico e enfermeiro verificarem as informações necessárias para preenchimento da planilha.

Após essa primeira verificação, com a planilha parcialmente preenchida, o agente irá verificar os dados durante as visitas afim de atualizar os mesmos, complementar ou corrigir. Somente após esta etapa é que teremos as informações necessárias e confirmadas para analisar a situação da saúde mental na nossa área e verificar as potencialidades e fragilidades.

Tabela 3 – Proposta de registro dos pacientes de saúde mental.

Microárea 1 – Nome do agente responsável										
Qtd	Nome	Sexo	DN	Pront.	SUS	Diag.	Início	TTO	Vícios	Grave
1										
2										
Microárea 2 – Nome do agente responsável										
Qtd	Nome	Sexo	DN	Pront.	SUS	Diag.	Início	TTO	Vícios	Grave
1										
2										
Microárea 3 – Nome do agente responsável										
Qtd	Nome	Sexo	DN	Pront.	SUS	Diag.	Início	TTO	Vícios	Grave
1										
Microárea 4 – Nome do agente responsável										
Qtd	Nome	Sexo	DN	Pront.	SUS	Diag.	Início	TTO	Vícios	Grave
1										
Microárea 5 – Nome do agente responsável										
Qtd	Nome	Sexo	DN	Pront.	SUS	Diag.	Início	TTO	Vícios	Grave
1										

Infelizmente apesar da nossa equipe ser integrada e participativa, não vamos poder contar com a participação da nossa enfermeira nessa ação, pois a mesma encontra-se em licença médica por grave problema de saúde sofrido. Trata-se de funcionária antiga, que conhece todos os pacientes da área, inclusive aqueles da microárea que está sem agente de saúde. A falta dessa contribuição provavelmente irá comprometer o resultado final. Mas todos da equipe presentes se disponibilizaram para realizar a tarefa da melhor forma possível.

Pacientes para a saúde mental são atendidos pela nossa equipe como demanda espontânea ou cuidado continuado programado. Além da nossa área, atendemos também alguns fora de área que já fazem uso de medicação crônica e necessitam de nova receita para

continuar o uso da medicação pois geralmente não há vagas suficientes para a consulta com o médico especialista. É demorado para conseguir marcar a consulta com o especialista. Mas, mesmo referenciando o paciente, mantemos o cuidado continuado em conjunto.

Na nossa unidade não dispomos da ajuda de um NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Temos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na zona norte, onde trabalhamos. Quando os pacientes são encaminhados, através de uma ficha de referência, não recebemos a ficha com o espaço do contra referência preenchido. Combinamos com o próprio paciente o retorno na Estratégia de Saúde da Família para ele informar sobre o atendimento recebido pelo especialista, suas orientações e medicações prescritas, para assim acompanharmos o mesmo.

Geralmente o paciente é encaminhado para o especialista somente quando refratário ao tratamento com o médico generalista, ou casos mais graves como convulsão e Alzheimer onde é necessário o acompanhamento conjunto.

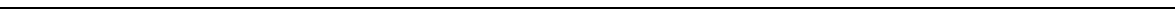
Durante a consulta na estratégia sempre procuramos conversar com o paciente sobre as drogas em uso e um programa de desmame para o uso de benzodiazepínicos, assim como também falamos sobre a higiene do sono, que fala sobre evitar certos hábitos e alimentos antes de dormir, para não dificultar o sono. Alguns pacientes já seguem a higiene do sono, assim como fazem uso de chá, mas geralmente não resolve seus problemas.

Sobre usuários de álcool, temos um paciente adulto que está sempre sofrendo trauma crânio encefálico devido o abuso de álcool. Já foi admitido várias vezes no Hospital de referência em trauma craniano, o Walfredo Gurgel, onde acaba apresentando crise de abstinência alcoólica. Mesmo tendo um CAPS ad (CAPS álcool e drogas) em seu bairro o mesmo se recusa a ir. Mora com a mãe idosa, a avó e os irmãos já casados e com filhos. Moram todos na mesma casa.

Em visita domiciliar a avó deste, vimos o mesmo deitado na cama com curativo na cabeça. Anda com a ajuda de muletas e está em uso de medicação controlada devido crises convulsivas como sequela dos traumas sofridos. Mesmo com as limitações e sequelas, a genitora informa que o usuário não deixa o álcool e que esse comportamento afeta todos da família. Este é uma paciente grave que precisa de uma linha de cuidado para atenção integral em saúde mental.

Conversando com a equipe sobre a elaboração e preenchimento da planilha a fim de contabilizar a realidade da saúde mental na nossa área de atuação vimos que será muito importante ter essa informação para saber como está a saúde mental dos pacientes, se

refratários ou estabilizados, quais são os mais graves, podendo ajustar o nosso atendimento, analisando o que mais poderíamos fazer para melhorar as condições desse paciente, procurando saber o núcleo familiar do mesmo, se a família acolhe e ajuda nos problemas mentais, e se podemos intervir ou ajudar de alguma outra forma que não apenas medicamentosa.



CAPÍTULO V: O CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo iremos falar sobre a saúde da criança. Durante os estudos, foi proposto um questionário com perguntas sobre como estamos realizando o acompanhamento da criança para promover sua saúde. Em uma reunião de equipe, foi apresentado o questionário e respondido o mesmo, conforme a seguir, na tabela 4. Após essa atividade percebemos que nossa equipe realiza as consultas de crescimento e desenvolvimento com periodicidade, anotando as informações tanto na caderneta da criança quanto no prontuário do paciente.

Assim, com essas informações “espelhadas” em nosso prontuário, podemos ter o controle sobre as condições da criança, como a situação vacinal, por exemplo. Com isso, podemos orientar os pais sobre a importância de manter atualizada a vacinação. Procuramos realizar as consultas na época da vacinação conforme recomendado pelo ministério da saúde, aproveitando a ida a unidade para fornecer a vacina e garantir que a criança fique com a vacinação atualizada.

Então, fazemos de rotina no mínimo nove consultas para crescimento e desenvolvimento. A primeira consulta na primeira semana de vida, outra com um mês, dois meses, no quarto mês, sexto mês, nono mês e um ano de idade. Após, fazemos uma consulta com dezoito meses e outra com dois anos. A partir de dois anos pretendemos seguir a sugestão do Ministério da Saúde de realizar consultas anuais próximas ao mês de aniversário.

Tabela 4 – Questionário sobre as ações realizadas pela equipe para a atenção à saúde da criança.

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		

QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar		X
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		X
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Sobre o acompanhamento das crianças do território, ao fazer as visitas os agentes de saúde sempre procuram saber sobre a situação das crianças, como o estado vacinal, estado nutricional, se estão realizando a consulta de crescimento e desenvolvimento (CD), os testes ao nascer, como o teste do pezinho, entre outros, mantendo atualizada essas informações e realizado a busca ativa dos que estão com deficiência nutricional e vacinas atrasadas.

Nas visitas, a equipe aproveita para reforçar informações sobre a alimentação adequada conforme a idade da criança e prevenção de acidentes, como evitar que a criança fique na cozinha, evitar deixar ferro esfriado no chão, entre outros. Porém, o que percebemos ao realizar essa parte do questionário é que ainda não estamos muito atentos às questões sobre violência familiar. Pelo menos na nossa área ainda não houve registro, mas é preciso observar melhor o comportamento da criança e dos pais, para assim ser possível detectar esta grave situação familiar.

Sobre o aleitamento materno, desde o pré-natal já informamos as mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, sem água ou a introdução de outros líquidos, e que a partir de 6 meses, já podem introduzir frutas e legumes

em forma de papa e sopa, sem usar liquidificador, e manter o aleitamento materno com livre demanda até os dois anos de idade. Após o nascimento da criança, procuramos visitar a mãe e o recém-nascido para reforçar essa informação e observar como está sendo a pega do bebe para a amamentação.

No momento a nossa equipe não está realizando ações de promoção sobre o aleitamento, apenas passando as informações quando estamos com os pacientes. Mas o que há na nossa unidade é uma pessoa responsável por essa ação de promoção ao aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos saudáveis para todos do nosso território, independente da equipe a qual pertence, no caso uma enfermeira de outra equipe. Ela procura realizar essa ação mensalmente com a ajuda de agentes comunitários de saúde, e avisa para todas as outras equipes ficarem sabendo o dia da ação e passar a informação para atingirmos o máximo de mães e filhos possíveis.

Na reunião, acordamos que a questão da observação sobre a violência familiar será incluída tanto nas visitas dos agentes quanto nas consultas pelos médicos e enfermeiros, para assim ampliarmos o nosso olhar para saúde da criança e contribuir cada vez mais para o crescimento e desenvolvimento das mesmas. Na reunião dessa vez não houve a participação da enfermeira pois a mesma está em licença médica sem previsão de retorno. As consultas de CD eram realizadas mais pela enfermeira, e encaminhado ao médico quando houvesse alguma alteração.

Mas no momento, devido ao afastamento da enfermeira por motivo de doença, o médico da equipe está realizando as consultas de CD junto as consultas já realizadas sobre as doenças da infância. Por esse motivo, algumas consultas de CD não estão dentro do prazo que gostaríamos, mas a nossa equipe continua empenhada em busca de melhorias e mantendo as reuniões com periodicidade.



CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Sobre as doenças crônicas não transmissíveis podemos destacar na atenção primária a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a obesidade e doença pulmonar obstrutiva crônica, esta última referente aos tabagistas. A seguir, iremos abordar como atendemos esses pacientes na nossa unidade, respondendo também ao questionário proposto pelo módulo da especialização a fim de saber um pouco mais sobre o acompanhamento destes pacientes, que são a maioria no nosso dia a dia.

Tabela 5 – Questionário sobre o acompanhamento das pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade.

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	Mesmo dia ou no máximo em 1 dia		Mesmo dia ou no máximo em 1 dia	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		X		
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial	X		X	

sistêmica e/ou diabetes mellitus?				
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	X Acompanhamento	X Fila de espera	X Acompanhamento	X Fila de espera
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	X Prontuário e E-SUS		X Prontuário e E-SUS	
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?			X Encaminhamento pois não temos	

			oftalmoscópio	
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM		NÃO	
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X			
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	X			
AÇÕES	SIM		NÃO	
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Oferta ações voltadas à atividade física	X			
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X			
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Encaminha para serviço especializado	X			
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X			

Na nossa unidade a maior parte dos atendimentos são destinadas as pessoas com hipertensão e diabetes, muitos possuindo as duas doenças ao mesmo tempo. Antes do atendimento, o usuário passa na sala de preparo onde é aferida a pressão arterial, verificado o peso e a altura. Na consulta verificamos a PA aferida no dia e cobramos o MRPA (mapa residencial da pressão arterial), onde o paciente é orientado a anotar a data e o valor da PA aferida fora da nossa unidade de saúde.

Além disso, verificamos também as medicações em uso e se o usuário fez uso do mesmo naquele dia, pois muitos vão para a consulta de manhã cedo e acabam esquecendo de tomar a medicação naquele dia. Sobre a diabetes, pedimos exames periódicos de glicemia em jejum para acompanhar a estabilidade da doença. E quanto a obesidade, além de calcular o IMC baseado no peso e altura do paciente, verificamos também a circunferência abdominal, para avaliar fatores de risco cardíaco.

Para todos esses pacientes também verificamos o hábito alimentar e a prática de atividade física, como caminhada de 30 minutos no mínimo 5 vezes por semana, divulgando também grupos de saúde próprios para orientações e realização de atividades físicas no nosso bairro para que possam participar. Se necessário, acompanhamos esses usuários em conjunto com o nutricionista e endocrinologista.

Muitos dos diabéticos, obesos e hipertensos fumam ou já fumaram, e o tabagismo, dependendo da carga tabágica pode comprometer a função respiratória desse paciente, favorecendo o surgimento da doença pulmonar obstrutiva crônica, DPOC. Para esses usuários sempre listamos os benefícios e os malefícios do fumo e que temos como ajuda-lo a parar. Muitos são levados pelos familiares que acabam sendo fumantes passivos.

Sobre o questionário, ao responder, nossa equipe percebeu que acolhemos e acompanhamos os nossos pacientes com empenho e resolutividade. Mas percebemos que não usamos um protocolo para todos da equipe a fim de estratificar o risco dos usuários com hipertensão. Isso é apenas feito pelo médico e enfermeiro com base no seu conhecimento acadêmico. Após verificar isso, combinamos de marcar uma reunião para passar essas informações para toda a equipe, principalmente agentes comunitários de saúde, e padronizar as ações para melhorar a estratificação de risco.

Também percebemos que ainda não há um registro específico de usuários com diabetes e hipertensão com maior risco e gravidade. Essas informações são registradas no prontuário, que ainda não é eletrônico. Mas achamos interessante ter um registro próprio para tal. Assim fica mais fácil controlar esses pacientes e acompanhá-los com maior frequência, pois muitos só aparecem para renovar a receita das medicações de uso contínuo, que agora vale por 6 meses.

Mesmo estes pacientes recebendo as orientações da importância de ir ao médico com maior frequência, para seguirmos a prevenção do agravamento das doenças e estabilização da saúde, muitos demoram meses para retornar. Quando solicitamos exames e/ou encaminhamos esses usuários, geralmente recebemos um feedback do próprio paciente, pois sempre que vão para um especialista orientamos que as consultas na nossa unidade irão continuar em conjunto.

A coordenação que fazemos sobre a espera para ser atendido por especialista e efetuar exames é feita na própria consulta, registrando em prontuário e no sistema e-SUS, não sendo controlada a “fila de espera” por parte da equipe. Quando as consultas ou exames são mais urgentes, fazemos essa observação na ficha de referência e no pedido do exame a

fim de agilizar a efetuação do mesmo. Mas infelizmente sabemos que a fila de espera é grande, pois não há vaga para todos e o sistema de regulação para solicitação de vagas é o mesmo para todas as unidades da cidade de Natal, tornando ainda mais concorrida a vaga por esses serviços.

Mas no geral ficamos satisfeitos com o trabalho da equipe, pois para esses usuários de DCNT temos consulta diária, com um mínimo de tempo de espera, observação e controle do risco cardiovascular, acompanhamento cadastral dos hipertensos, diabéticos e de doença cardíaca, programação de consultas de retorno e realização de exames, rastreamento de retinopatia e pé diabético para os pacientes com diabetes, e avaliação antropométrica e realização de ações para os obesos.



CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Neste capítulo, será realizado um resumo sobre as intervenções realizadas até o momento, informadas nos capítulos anteriores, destacando os resultados obtidos e listando um plano de continuidade de cada intervenção, que no caso deste trabalho, foram seis. Podemos verificar estas informações na tabela 6.

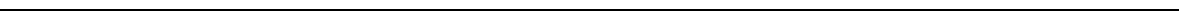
Tabela 6 – Plano de continuidade.

Nome da intervenção	Resumo	Resultados	Plano de continuidade
Processo de trabalho	Seguindo os padrões da AMAQ e utilizando ferramentas como o E-SUS e a coleta de dados simplificada (CDS), podemos avaliar e melhorar o nosso processo de trabalho. Verificamos que a principal falha da equipe estava em organizar o nosso processo de trabalho.	Houve melhora da organização do processo de trabalho, alimentando o sistema com informações completas sobre as consultas efetuadas, realizando reunião quinzenal, aumentando as consultas por demanda espontânea (diminuindo filas de espera). Apesar disso, a falta de 1 agente de saúde (licença) comprometeu os resultados por falta de informações da microárea sem ACS.	-Registrar o monitoramento das solicitações de exames, encaminhamento ao especialista e retornos para acompanhamento e medida necessária; -Realizar monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados para avaliar desempenho da equipe e elaborar melhorias e intervenções.
Acolhimento	Foi verificado o modo como a nossa unidade faz acolhimento e como poderia ser elaborado um fluxograma para definir um padrão a ser seguido pela unidade a fim de melhorar o	- Definição de estratégia para acolhimento -Distribuição do atendimento -Priorização da demanda espontânea -Inclusão de atendimentos fora da área	-Capacitação dos funcionários para acolhimento -Estabelecer frequência dos retornos conforme indicação clínica

	acolhimento dos que procuram a nossa estratégia de saúde da família	-Aumento de atendimento no dia -Acolhimento realizado por todos que trabalham na unidade	
Gestação	Foi abordado o tema pré-natal e saúde reprodutiva, onde verificamos como o atendimento e as ações preventivas realizadas pela nossa equipe são efetuadas e como poderíamos acompanhar esse trabalho a fim de verificar a realização de melhorias	-Orientação sobre DST e gestação indesejada -Disseminação e utilização dos métodos contraceptivos disponíveis na farmácia da unidade -Reforço das orientações sobre a saúde sexual por parte dos ACS nas visitas domiciliares -Utilização de teste rápido na unidade -Busca ativa de gestantes -Orientações na consulta sobre a evolução da gestação e o pós-parto	- Ampliar orientação sobre a saúde sexual aos jovens estudantes através de palestras em escolas de 2 em 2 meses; -Inclusão no quantitativo de gestantes da área as que são atendidas em consultas particulares (possuem plano de saúde) para o melhor conhecimento do total de gestantes da área; -Alimentar e atualizar com frequência a tabela elaborada para o registro de gestantes na área.
Saúde Mental	Demos ênfase ao cadastro de pacientes em uso de medicações controladas para saúde mental, objetivando a elaboração de uma planilha a fim de registrar e acompanhar os pacientes de modo a saber as medicações em uso, a quanto tempo e se estão em situação grave a ponto de necessitar	-Conhecimento das principais medicações em uso dos clientes da nossa área -Identificação sobre a estabilidade, vícios e casos de gravidade. -Verificação das potencialidades e fragilidades desses pacientes. - Problemas com a falta de informações devido ausência de enfermeira por 3	-Sempre alimentar e atualizar o registro total dos usuários; -Elaborar a linha de cuidado para os casos graves; -Criar rotina para a atualização contínua das informações da planilha; -Reforçar a importância de receber o contra referência ao encaminhar um paciente;

	de uma linha de cuidado.	<p>meses consecutivos devido problema de saúde. A mesma é funcionária antiga e conhece todos os pacientes da área, o que facilitaria a coleta de dados para planilha.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de NASF mas presença de CAPS, inclusive CAPS ad. -Cuidado continuado (ESF e especialista). -Orientação sobre o desmame do benzodiazepnico. -Orientação sobre a higiene do sono -Observação do núcleo familiar do paciente de saúde mental 	
Saúde da criança	<p>Sobre a saúde da criança, realizamos consultas de CD e atendimento as doenças típicas da infância.</p> <p>Preenchemos a tabela proposta na atividade e verificamos que precisamos observar melhor a questão sobre a violência familiar, que não tem sido abordado nas consultas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de CD -Realização do espelho da caderneta da criança no prontuário do paciente -Verificação da vacinação -Consultas conforme calendário vacinal -Busca ativa para a realização de CD -Verificação e interpretação dos testes ao nascer -Reforçar informações sobre a alimentação e prevenção de acidentes - Orientações sobre o aleitamento materno 	<ul style="list-style-type: none"> -Reforçar a importância de observar na consulta sinais de violência familiar. Se detectado, acompanhar os casos de forma multidisciplinar -Reforçar as ações de promoção ao aleitamento materno (ação mensal)

		<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de CD por parte do médico devido ausência da enfermeira, afastada por motivos de saúde - Realização do atendimento de doenças da infância por parte do médico 	
Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	<p>Abordamos o estudo sobre as principais DCNT, como diabetes, hipertensão, DPOC e obesidade, seguindo o preenchimento da planilha proposta para detectar o que já está sendo realizado e o que podemos melhorar sobre o atendimento a estes pacientes, que são a maioria dos nossos clientes na unidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de exame do pé diabético. - Realização de fundoscopia através de encaminhamento - Realização de grupos de educação em saúde. - Orientação alimentar e realização de atividade física. - Seguimento conjunto do paciente (unidade e especialista) - Consulta diária, sob demanda agendada e espontânea - Mínimo tempo de espera (consulta no dia a maioria das vezes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de protocolo para estratificar risco de HAS, ampliando o conhecimento aos ACS para aplicação dessa avaliação nas visitas; - Registrar usuários com HAS e DN que possuem maior risco de gravidade - Coordenar a fila de espera com relação as consultas com especialistas e realização de exames; - Diminuir a fila de espera para especialista em casos graves



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, concluímos que adquirimos conhecimentos necessários para a melhoria do nosso trabalho, observando o que estamos fazendo corretamente e avaliando os pontos onde podemos melhorar cada vez mais o serviço de atenção à saúde da família. Cada capítulo deste trabalho trouxe um tema principal onde foi verificado como está sendo realizado o serviço na unidade Potengi e como podemos aperfeiçoar o nosso atendimento ao público através das leituras dos materiais disponíveis no curso de especialização em saúde da família e aplicando os ensinamentos no nosso dia a dia.

Certamente esse estudo baseado na realização de microintervenções na nossa unidade de trabalho, junto a equipe de estratégia, nos fez ter a certeza de que sempre podemos trazer mais benefícios para os nossos pacientes, observando e aplicando novas medidas, e traçando metas para satisfazer as necessidades do público assim como também melhorar o nosso trabalho em equipe, definindo protocolos a serem seguidos por todos os funcionários da unidade, promovendo capacitação, e alimentando o sistema de registros das nossas atividades a fim de monitorar e avaliar o nosso trabalho através dos resultados alcançados.

Enfrentamos algumas dificuldades no decorrer deste trabalho com a ausência de alguns integrantes da equipe por motivo de saúde, porém nos empenhamos para realizar as atividades propostas e refletir sobre as melhorias que podemos alcançar, visando sempre o melhor para a nossa unidade e nossos clientes. Foram elaboradas tabelas para organização do nosso trabalho e acompanhamento dos nossos pacientes. Com este modelo podemos verificar os casos estáveis e identificar os casos graves, podendo elaborar planos de intervenção e traçando uma linha de cuidado.

Sabemos que ainda temos muito o que melhorar, mas nos encontramos no caminho certo. Trabalhamos com humanidade e amor pelo próximo, seguindo o principal objetivo da estratégia de saúde da família que é a promoção da saúde e prevenção de doenças. Desejamos dar continuidade a esse plano de trabalho e organizar cada vez mais o serviço que ofertamos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272p. (Cadernos de Atenção Básica – 33).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 36).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 38).
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, 40).
-
-

APÊNDICES

ANEXOS

Anexo 1 - Foto da equipe de estratégia de saúde da família da unidade Potengi, área 50.



