



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

**PEQUENOS PASSOS HOJE PARA UM AMANHÃ MELHOR:
ATUAÇÃO DA EQUIPE 052 NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ/AP**

DANIELLE BARBOZA ARAÚJO

NATAL/RN
2018

**PEQUENOS PASSOS HOJE PARA UM AMANHÃ MELHOR:
ATUAÇÃO DA EQUIPE 052 NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ/AP**

DANIELLE BARBOZA ARAÚJO

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: Cleyton César Souto Silva

Dedico esse trabalho a Deus, pois sem Ele, nada seria possível.

Agradeço aos meus pais, **JOSEFA JUDETI** e **JOSÉ OLENILDO** e ao meu irmão, **HELTON**, que foram minha fortaleza durante essa trajetória. Ao meu namorado, **ADAN**, que me deu apoio nos momentos difíceis. As minhas amigas e companheiras de curso, **CAROLINE** e **JULYE**, que estavam sempre dispostas a compartilhar suas experiências e ouvir as minhas. Ao meu orientador, **CLEYTON CÉZAR**, por toda sua ajuda e dedicação na confecção desse projeto.

RESUMO

A qualificação e atualização da Atenção Básica são instrumentos indispensáveis para a execução de uma assistência primária de qualidade. Por meio deste curso de especialização tivemos a possibilidade de mais do que estudar, executar mudanças em nossa comunidade com a proposta das microintervenções, que se baseava em desenvolver ações para os nossos principais públicos de atendimento: gestantes e puérperas, crianças, portadores de doenças crônicas ou mentais; com o objetivo de criar mudança em alguma deficiência identificada no território. Durante o processo, o curso instigou-nos a realizar o mapeamento das carências presentes em nossa área, depois elencar aqueles que fossem factíveis de serem resolvidos com o nosso empenho e, por fim, realizar e descrever os resultados obtidos com a intervenção. Entre os resultados obtidos com as microintervenções tivemos: aumento do número de consultas no pré-natal; ampliação da resolutividade às demandas das gestantes, abertura de vagas para o atendimento da demanda espontânea; identificação de status vacinal das crianças na área, promovendo a atualização; início de triagem em pacientes assintomáticos, estando à equipe sempre a disposição para atendimento durante as visitas domiciliares. Ainda temos muitos pontos a melhorar, mas toda mudança começa aos poucos, com mais tempo e todo o conhecimento adquirido durante o curso a tendência é cada vez diminuir os déficits e melhorar os indicadores.

Palavras-chave: Educação continuada; Saúde pública; Estratégia Saúde da Família.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	12
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	19
CAPÍTULO 5	22
CAPÍTULO 6	25
CAPÍTULO 7	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	33
ANEXOS	41

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é o de Conclusão de Curso, da Especialização em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte através de plataforma online, ele se constitui como uma coletânea de seis relatos de experiências de microintervensões.

As ações foram realizadas na Unidade Básica de Saúde Álvaro Pereira Correa, situada na capital do Estado do Amapá, Macapá, meu território corresponde a uma parte do bairro São Lázaro, no zona norte da cidade. O bairro originou-se entre as décadas de 1970 e 1980, crescendo às margens da BR-156 e era moradia principalmente pra migrantes de outras cidades à procura de melhores condições de vida e renda na capital. Eu nasci em Macapá em 1993, cresci e formei-me na Universidade Federal da Amapá, durante a universidade o contato com a atenção primária foi um alicerce fundamental na minha formação e quando tive a oportunidade de trabalhar nela foi uma forma de retribuir e ajudar àqueles que precisam de assistência. O desenvolvimento das intervenções foi bastante enriquecedor tanto profissional quanto pessoalmente, poder atuar e modificar um problema e ver resultados me traz muita satisfação, nem sempre foram os resultados esperados, porém é a semente que precisa ser cultivada para enraizar e ganhar tamanho e forma.

As intervenções tiveram como objetivo melhorar a assistência no planejamento familiar, no pré-natal, no puerpério e cuidados com o recém-nascido; efetivar mudanças na gestão da agenda, ampliando a disponibilidade para as demandas espontâneas; ampliar as ações da educação em saúde; melhorar a assistência aos portadores de doenças crônicas.

Fica o convite para conhecerem um pouco do trabalho realizado pela minha equipe no meu território. Boa leitura.

CAPÍTULO I: MELHORANDO O ATENDIMENTO DAS GESTANTES

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 para melhorar o “acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança” (BRASIL, 2011a). Esta rede de cuidado é dividida em quatro eixos: 1) Pré-natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e 4) Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

O acompanhamento do pré-natal engloba as seguintes ações de atenção à saúde: a) captação precoce de grávidas e a disponibilização do acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a avaliação das demandas trazidas durante a gestação e realização da classificação de risco e vulnerabilidade com encaminhamento oportuno ao pré-natal de alto risco, quando necessário; b) acesso aos exames preconizados pelo Ministério da Saúde para um pré-natal de qualidade, seja de baixo ou alto risco; c) vinculação da grávida ao seu local de parto desde o início do pré-natal; d) aprimoramento do sistema e da gestão da informação; e) difusão das estratégias de comunicação social e programas educativos referentes à saúde sexual e reprodutiva feminina; f) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e g) disponibilização de transporte as gestantes para as consultas de pré-natal e para o local do parto.

Em abril de 2018, foi realizada a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) com a minha equipe de Estratégia de Saúde da Família (situada na UBS Álvaro Correa, na zona norte de Macapá, capital do Estado do Amapá) para avaliarmos nosso serviço e identificarmos pontos que deveríamos melhorar na assistência.

Dentre os itens com pontuação inferior a 05 no AMAQ estava o acompanhamento no pré-natal, por isso o escolhemos para ser alvo da microintervenção. Durante a avaliação foi discutido que o início tardio no acompanhamento pré-natal, que as gestantes não realizavam as 06 consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde, as dificuldades na realização na rede pública municipal dos exames solicitados em tempo oportuno e com isso as gestantes não retornavam para as consultas subsequentes. Somado a isso não havia comunicação efetiva entre a enfermeira e/ou o médico anterior e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e por isso a busca ativa das gestantes faltosas não era realizada.

Com base nas hipóteses acima descritas, minha equipe e eu conversamos sobre como construir nossa matriz de intervenção, e após muito discutir chegamos às seguintes estratégias:

a) A gestante passou a sair com a consulta subsequente já marcada, seja para a consulta médica ou com a enfermeira, respeitando o intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde de acordo com a idade gestacional, conciliando com o grau de risco de cada gestação;

b) A comunicação entre a enfermeira e eu tornou-se mais efetiva, facilitando o encaminhamento quando observado algum sinal de gravidade ou sintoma que precise de manejo terapêutico farmacológico;

c) Por fim, a principal mudança, foi a implementação da busca ativa em parceria com os ACS pelas gestantes faltosas e re-encaminhá-las para as consultas agendadas.

Nós aprendemos que a comunicação entre os membros da equipe é algo imprescindível para o bom funcionamento das nossas atividades. Além disso, foi colocado às claras que todos têm missões a cumprir para que nós ofertemos um serviço de qualidade às nossas gestantes, pois com a satisfação destas aumenta o vínculo de confiança equipe-gestante-família.

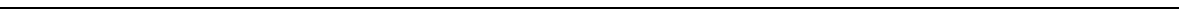
Mas ainda temos obstáculos a superar, como por exemplo: manter a boa comunicação a longo prazo, estimulando continuamente nossos membros para realizar seus papéis dentro da matriz de intervenção; além disso, a dificuldade na realização dos exames dentro da rede pública no meu município, o que atrasa o retorno para as consultas e retarda a identificação e tratamento de patologias como diabetes gestacional, infecção recente por toxoplasmose.

O tempo de execução dessa intervenção foi curto, e com mais tempo poderemos amadurecer nossas práticas na atenção à gestante e desenvolver novas atividades com outros profissionais para agregar atividades e expandir o cuidado, além de estender essa relação criada durante o pré-natal para a consolidação das consultas de puerpério e ao acompanhamento de puericultura.

Quanto a pontos positivos, podemos destacar o aumento na resolubilidade das queixas das pacientes (tratamento de cistites, vaginose bacteriana, hiperêmese gravídica) e encaminhamento para o pré-natal de alto risco mais precoces; além de aumento na taxa de consultas realizadas no último trimestre da gestação.

Uma descoberta interessante com a efetivação da busca ativa foi que algumas gestantes não residiam no endereço informado e que na verdade um parente morava na nossa área de abrangência e devido à carência do serviço onde estas residiam acabavam “migrando para nossa área” para realizar as consultas.

A expectativa é que com a continuação dessas mudanças tenhamos melhor adesão ao acompanhamento pré-natal, com maior participação dos ACS na busca ativa, início cada vez mais precoce das consultas de pré-natal, com a melhora no indicador de mortalidade materno-infantil local.



CAPÍTULO II: GESTÃO DA AGENDA: MELHORIA DO ACESSO DO USUÁRIO

O Sistema Único de Saúde teve seu marco jurídico na Constituição Federal, em 1988, sendo organizado de acordo com as diretrizes doutrinárias de *universalidade, equidade e integralidade*. (Brasil, 1988). Em 1994, através da Portaria nº 692 foi implementado o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de promover assistência médica individual, ações de proteção e promoção à saúde (Brasil, 1994), sendo em 2006 estabelecido a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como substituta do PSF e como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (Brasil, 2006). Por último, em 2011, houve a revogação de todas as demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011b).

Apesar de todas as mudanças, ainda há muitos pontos a serem melhorados dentro da assistência da atenção básica, entre eles a forma de acesso do usuário aos serviços oferecidos pela equipe do ESF. Com esse objetivo, a gestão da agenda e o acesso avançado vêm como uma ferramenta de disponibilização de atendimento no momento que o próprio usuário necessita.

Na minha cidade (Macapá, capital do Amapá) o modelo de acesso predominante é através de pré-agendamentos semanais ou mensais, com pouca ou nenhuma vaga para as demandas espontâneas. A minha Unidade Básica de Saúde (UBS Álvaro Correa, na zona norte da cidade) não se distancia dessa realidade dos pré-agendamentos.

O módulo de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada apresentou-me uma nova visão de acolhimento, mostrando uma nova forma de organização da agenda da equipe, deixando-a muito mais resolutiva. Algo que sempre me incomodou era atender o usuário e ao perguntar a sua queixa ele responder “Estava doente na semana passada, agora já estou bem, mas como a consulta estava marcada vim fazer os exames de rotina”, isso mostra que quando o usuário realmente precisou do serviço, este não resolveu sua demanda; é uma quebra de confiança, algo que enfraquece o vínculo da equipe-usuário.

Dentre as atividades propostas para essa microintervenção pude realizar o “Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento”. Marquei reunião com todos da equipe (agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos em enfermagem e enfermeira).

Primeiramente, conversei com eles sobre o grau de satisfação deles com a nossa forma de atendimento na unidade, sobre os pré-agendamentos, sobre a resolutividade nos casos de demandas espontâneas. Os técnicos e a enfermeira mostraram-se satisfeitos, pois tinham “controle” dos atendimentos, os técnicos inclusive colocavam horário-limite para a realização de triagem dos pré-agendamentos. Já os ACS tinham uma visão diferente, falando da dificuldade de atendimento nos casos de demanda espontânea e que alguns pacientes que trabalhavam não conseguiam atendimento, pois não conseguiam agendar as consultas.

Depois que todos expuseram suas avaliações, apresentei as características do acesso avançado (a redução dos pré-agendamentos, com a abertura aos casos de demanda espontânea), encontrei bastante resistência no setor da enfermagem, usando argumentos que a procura seria muito grande, que eles não teriam capacidade para atender esta demanda. Enquanto os ACS ficaram um pouco reticentes, já que nunca viram esse funcionamento, porém já foram mais receptivos e olharam com olhos positivos para a proposta, pois daria uma resposta mais efetiva às necessidades da comunidade.

As opiniões foram bem bipolarizadas na minha equipe. Vou enfrentar algumas barreiras para colocar esse modelo em prática, por exemplo:

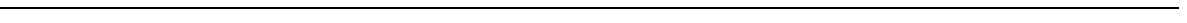
a) minha equipe de enfermagem (técnicos e enfermeira) não cumpre as 40h semanais, (uma das justificativas deles é os baixos salários pagos pelo município, fazendo que tenham que complementar a renda, em alguns casos no horário de trabalho no ESF);

b) minha enfermeira mostra-se presa ao modelo de pré-agendamentos, pois assim tem maior controle sobre em quem ela vai atender, além de ela ser uma interação difícil com a comunidade devido sua ausência frequente;

c) dentro do meu município há muitas áreas sem cobertura de ESF e essa é uma realidade que co-habita na minha área, pois só há a minha equipe no bairro, deixando uma boa parcela sem cobertura, uma das formas foi identificar durante o agendamento se ele é realmente da nossa área, pois muitos mentem o endereço em busca de atendimento.

d) a cobertura do ESF nas áreas rurais também é muito precária, por esse motivo os familiares de nossos usuários cadastrados vêm à equipe referindo-se que são da área (nosso controle sobre os nossos usuários cadastrados é muito precária, pois em meu município não tem prontuário eletrônico ou sistema informatizado nas equipes que nos mostre se aquele usuário é da nossa área ou não).

Por enquanto, temos alguns desafios para implantação do acesso avançado de forma plena, porém algumas mudanças com a redução dos meus pré-agendamentos, deixando mais vagas para as demandas espontâneas disponíveis na unidade para esses atendimentos com a médica. Espero que em breve as mudanças sejam ampliadas e aos poucos cheguem ao ideal, da maior parte dos atendimentos serem voltados a consultas diárias.



CAPÍTULO III: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: DISSEMINANDO O CONHECIMENTO

A Atenção Primária é fundamentada em três princípios: universalidade, equidade e integridade. De acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica, a integralidade consiste no fornecimento de serviços adaptados às necessidades da população em campos de cuidados, entre eles a prevenção de doenças e agravos estão incluídos (BRASIL, 2017).

A prevenção pode ser dividida em níveis: primária, secundária, terciária e quaternária. Nesse texto vamos abordar a prevenção primária que consiste em “ações objetivando remover causas e fatores de risco de doenças ou agravos da saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma patologia” (BRASIL, 2013) e dentre estas ações temos a educação em saúde como um mecanismo importante para a manutenção da saúde.

Nesta microintervenção, minha equipe e eu decidimos trabalhar com palestras ao público de gestantes e seus acompanhantes (sendo estes os companheiros da gestante ou outra pessoa acompanhando a gestante nas consultas). A justificativa foi à necessidade de reforçar a importância do acompanhamento pré-natal, pois durante as consultas foi observado que as gestantes vinham com muitos medos e receios, e algumas vezes isso atrapalhava a comunicação entre o profissional de saúde e a grávida e estas acabavam abandonando o acompanhamento. Além disso, objetivamos o compartilhamento de informações sobre mudanças próprias desse período, dar orientações de cuidados, vestimentas, alimentares e a retirada de dúvidas coletivas.

Antes das consultas de pré-natais tanto com a enfermeira ou comigo (médica da unidade) eram realizadas uma palestra às gestantes e seus (suas) acompanhantes, ministradas por minha enfermeira e eu, na sala de espera da UBS (nossa unidade não consta de auditório). Foi desenvolvido um pequeno roteiro sobre os assuntos básicos a serem explanados: regularidade das consultas de pré-natal, a importância dos exames solicitados, os sintomas mais frequentes durante a gestação e maneiras não farmacológicas de contorná-lo, sintomas nos quais a gestante deve procurar o médico na unidade e os sinais de alerta para se dirigir à maternidade de referência de imediato, a importância do fracionamento e alimentação saudável durante a gestação. Além disso, de acordo com as dúvidas das pacientes outros assuntos poderiam ser abordados.

Essa experiência foi bastante construtiva para nossa equipe, aprendemos que a nossa comunidade tem desejo de informação e que é nossa obrigação fazer esse trabalho de

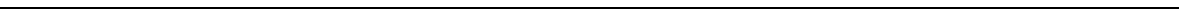
educação em saúde, pois apesar do acesso facilitado à informação em que vivemos, a divergência entre fontes e as informações falsas deixam muitas dúvidas que devem ser esclarecidas por profissionais capacitados.

Entre as dificuldades encontradas na execução dessas atividades uma das principais é a falta de um espaço adequado para desenvolvê-las. A sala de espera da unidade é um lugar de alto fluxo de trânsito de usuários, com o barulho, isso acaba dispersando a atenção do público destinado às palestras. A frágil cultura de educação em saúde no país em que a comunidade é resistente a ações de prevenção primária como mudança de hábitos, cessação de tabagismo e etilismo.

Como potencialidade dessa intervenção temos o fortalecimento da educação em saúde em nossa equipe e o objetivo de ampliação para outros públicos, discutindo temas relevantes à preservação da saúde em cada faixa etária, além de incentivar na própria educação dentro da equipe com a capacitação de ACS e técnicos para transformá-los em multiplicadores na comunidade.

Apesar do período curto de intervenção foi possível observar que tanto as gestantes quanto seus (suas) acompanhantes traziam mais suas dúvidas para as consultas com a enfermeira e comigo.

A prevenção, não importando o seu nível, é o estágio mais avançado do cuidado, pois é o agir da equipe de saúde da família antes que se tenha uma patologia instalada ou a identificando com precocidade, e instituindo o tratamento adequado ,quando isso não for possível tentando minimizar as sequelas causadas pela doença.



CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL: DESAFIO DE POPULARIZAR O CUIDADO COM A MENTE

Comparado à outras vertentes da medicina em que a discussão é ampla e bem difundida, a saúde mental ainda está em volta de diversos mistérios e preconceitos. Com a visão dos manicômios do século passado, o grande público tem “medo” de discutir sobre saúde mental, dificultando o acesso daqueles em sofrimento mental à rede, em decorrência dos estereótipos a eles relacionados, como: “louco”, “fresco” ou “coisa de rico”.

No trabalho como médico da ESF, estamos em contato com os mais diversos tipos de transtornos mentais, desde esquizofrenia passando por transtornos ansiosos e depressivos no mais diversos níveis. Por isso, a identificação no território dessa população é essencial para se desenvolver estratégias de trabalho. Foi construído juntamente com a equipe um instrumento para a identificação desses pacientes na área, com o objetivo de acompanhar esses pacientes e seu tratamento (Apêndice 02).

Outro grupo de difícil acompanhamento são os usuários de álcool e outras drogas, pois é público que tem vários fatores envolvidos: sociais, educacionais, psicológicos e psiquiátricos que reforçam o consumo, distanciando-os dos serviços de saúde. O meu território é uma área de vulnerabilidade social, associado à pobreza, violência e tráfico de drogas, tornando ainda mais relevante à identificação dos dependentes químicos e a disponibilização de atendimento.

Após a disponibilização do instrumento aos ACS para recolher os dados, um caso me chamou atenção: Uma adolescente, 15 anos, dependente química de álcool e maconha. Ela tinha 04 irmãos, sendo ela a mais velha, a mãe trabalhava fora o dia inteiro e o pai havia os abandonados. A mãe estava em busca de atendimento para recuperação da filha.

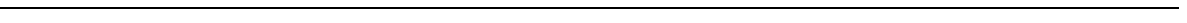
O **CAPSi** do meu município fica no outro extremo da cidade, de difícil acesso pelo serviço de transporte público, tornando-se inviável a família levar a paciente para fazer acompanhamento por lá. O **CAPSad** é mais bem localizado na cidade, ficando na região central, porém não aceita menores de idade. Outro ponto é a falta de estrutura do lugar, o acompanhamento está fragmentado, os pacientes ali acompanhados em grupo e atendimento individual não estão comprometidos com o tratamento e mantém o uso corriqueiro de ilícitos.

Nenhum deles tem acompanhamento 24h, apenas em horário comercial. São muito restritos os serviços de internação para a fase de desintoxicação no município, e muitos

desses usuários são moradores de rua que fazem acompanhamento durante o dia e volta às ruas à noite por falta de casas de apoio.

O acesso à equipe multidisciplinar do NASF para esse tópico é inexistente em minha unidade de saúde, pois os mesmos realizam apenas atendimentos domiciliares pontuais que nem de perto são suficientes para esse tipo de paciente. Porém, a minha unidade consta com 03 psicólogos, mas pela falta de apoio em outros aspectos do atendimento, este se torna fragmentado e ineficiente.

Para melhorar o acompanhamento de saúde mental devemos fortalecer esta rede de atenção com o aprimoramento e modernização dos profissionais que atuam com esse público, além de ações a serem discutidas com a comunidade quanto ao papel da família no acompanhamento desse paciente, sobre a importância de se procurar atendimento médico e psicológico o mais precoce possível e destruir os estereótipos que “só rico tem depressão”, “depressão é frescura”, “louco não serve para nada”, pois só quando a saúde mental for para todos, sem distinção de gênero ou classe social poderemos ter uma sociedade mais saudável psicologicamente.



CAPÍTULO V: DANDO UMA FORÇA PARA O ZÉ GOTINHA

O Desenvolvimento Infantil é uma interação entre herança genética e influências do meio na qual a criança está exposta, sendo que os primeiros anos de vida, incluindo o período intra-uterino, são de extrema importância, pois é a fase de formação das conexões cerebrais que darão suporte para o aprendizado dos anos vindouros (SHONKOFF et al, 2012).

Em 2015, houve a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) através da Portaria nº 1.130, na qual apresenta sete eixos estratégicos com o intuito de:

“orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças” (Brasil, 2015).

Durante a reunião para responder o questionário norteador das ações desenvolvidas na saúde da criança, visualizamos alguns pontos que precisam melhorar como aumentar as taxas de acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento das nossas crianças, pois muitas apresentam apenas consultas esporádicas, sem o acompanhamento ideal de puericultura, porém temos uma alta taxa de natalidade na área, fazendo que o componente humano para esse acompanhamento seja restrito; outro ponto é ausência de registro na cardeneta de consultas anteriores quanto ao crescimento infantil.

Devido ao grande público infantil que temos em nosso território e a puericultura incompleta, alguns quadros como baixo peso e cartão vacinal atrasado não são identificados, limitando a realização da busca ativa dessa clientela. Porém nas consultas de pediatria por mim realizadas foi identificado o aumento da frequência de caderneta vacinal atrasada por falta das vacinas quando a mãe procurava o serviço, sabendo a importância da vacinação e com a campanha de vacinação contra sarampo e poliomielite, minha equipe e eu fizemos uma ação com o objetivo de atualizar os cartões das crianças do nosso território.

O Programa Nacional de Imunizações está inserido nesse cuidado holístico a criança, porém correntes anti-vacinas disseminam informações questionando a importância e a segurança destas, além de alguns desabastecimentos de vacinas poderem fragilizar a adesão de pais e responsáveis. Na minha cidade (Macapá/AP), esse fenômeno também está presente. No início do ano faltaram vacinas de pneumocócica, meningocócica fazendo com que muitas crianças tivessem seus calendários vacinais atrasados.

Com antecedência fizemos outra reunião com os ACS para repassar a importância da vacinação e reforçar a data do Dia D da vacinação que estaríamos fazendo esta ação na Unidade, além de solicitar uma relação das crianças que não pudessem se locomover ao posto para a vacinação em domicílio. Não nos foi apresentado nenhuma criança com impossibilidade de vim ao posto.

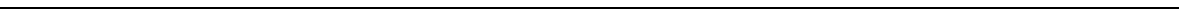
Os ACS foram orientados para que durante as visitas revisassem os cartões das crianças e reforçassem a necessidade de vacinação. No Dia D, nossa equipe estava auxiliando na Unidade e fazendo a atualização dos cartões.

Tivemos uma boa participação, mas um pouco aquém das expectativas, alguns pontos levantados para esse efeito era a vacinação prévia em dias anteriores devido a proximidade da nossa área e a UBS ou a procura por unidade com menores filas de espera. Como nosso Estado não apresenta surto de Sarampo, alguns pais acreditam que “não correm perigo se não vacinarem seus filhos aqui”.

Durante as consultas de Crescimento e Desenvolvimento também observei que as crianças com atraso vacinal são principalmente oriundas do Interior do Estado e que vem esporadicamente procurar atendimento médico e depois retornam, sendo este grupo é de difícil acompanhamento.

Um ponto discutido foi a possibilidade de no próximo ano realizar a vacinação em domicílio das famílias com maior vulnerabilidade social com o objetivo de aumentar as taxas de cobertura vacinal e será discutido no ano que vem para pensar na sua viabilidade operacional.

A equipe gostou da experiência que discutimos mais sobre a vacinação e sua importância, muitos ACS relataram que terão mais cuidado para avaliar as cardernetas das crianças. Apontamos algumas falhas no nosso seguimento e que vamos trabalhar para saná-las ao máximo possível.



CAPÍTULO VI: CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES *MELLITUS* HOJE PARA REDUZIR AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES DE AMANHÃ

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte pelo mundo ocidental há décadas. No Brasil, as estatísticas seguem as mundiais, com 28,6% dos óbitos em 2011 serem causas do aparelho circulatório (SOARES et al, 2013).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento desses agravos são Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *mellitus*, obesidade, tabagismo, sedentarismo. Já foi comprovado que o tratamento e seguimento adequados têm influencia positiva na redução da ocorrência dos agravos cardiovasculares, como infarto miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, doença renal crônica.

Na minha área de atuação temos 315 hipertensos e 120 diabéticos cadastrados, de acordo com o último relatório de setembro de 2018, infelizmente minha enfermeira não realiza o acompanhamento desse público, deixando-o apenas a mim. Neste relatório, não estão discriminados quantos apresentam as duas comorbidades simultaneamente, porém de forma superficial temos uma grande população de pacientes com doenças crônicas.

O acompanhamento desse público está muito aquém do ideal, as consultas são marcadas de acordo com a demanda do paciente e não de acordo com estratificação de risco, o encaminhamento aos serviços de média e alta especialidade e a realização de exames complementares não são acessíveis, havendo pacientes que não conseguem realizar esse acompanhamento.

O seguimento de pacientes diabéticos é complicado, pois não conseguimos fazer o controle ambulatorial da glicemia capilar, mesmo de pacientes insulino dependentes, pela falta de fitas e glicosímetros. Alguns com recurso financeiro a mais, conseguem por um curto período de tempo.

Atualmente estamos sem nutricionista na unidade o que é um fator complicador no controle nutricional desses pacientes.

Na nossa reunião para responder o questionário, os problemas tornaram-se mais evidentes. A falta de registro de pacientes de alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares aponta para a nossa deficiência no acompanhamento desse público. Avaliações complementares como fundoscopia e avaliação de sensibilidade não são realizadas por falta de equipamentos.

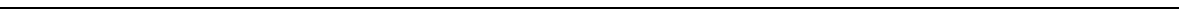
Durante a discussão dos tópicos, um dos pontos destacados são dos pacientes assintomáticos que não aderem ao tratamento e não realizam acompanhamento. Outro ponto é quando na avaliação de um casal pelos ACS, se dá mais atenção àquele que se autodenomina “hipertenso” ou “diabético” e não é realizada a triagem com avaliação pressórica ou com glicemia capilar no outro cônjuge, fazendo diagnósticos após a ocorrência de algum agravo cardiovascular como acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio.

Após essa discussão, foram propostas algumas mudanças como a inclusão de visitas domiciliares entre agentes comunitários e técnicos de enfermagem para a realização de triagens e avaliações, em pacientes diagnosticados e em assintomáticos com fatores de risco (idade > 40 anos, obesidade, tabagismo, alguma doença concomitante); ressaltada a importância da avaliação dos cônjuges, mesmo assintomáticos.

A minha enfermeira disse que não tem disponibilidade de abrir uma agenda para o atendimento desse público, então permanece apenas o acompanhamento médico com consultas e renovações de receitas vencidas. Foi discutida a criação de um grupo de combate à obesidade, estamos em fase de amadurecimento e conversa com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Após essas mudanças, alguns pontos foram visualizados, como o diagnóstico de pacientes assintomáticos hipertensos e diabéticos, o fortalecimento quanto à adesão ao tratamento tanto de sintomáticos quanto assintomáticos para evitar as complicações.

Ainda temos muitos quesitos para melhorar, mas os próximos passos é desenvolver registros dos pacientes com maior risco de complicações para estreitar o acompanhamento e amadurecer a criação do grupo contra obesidade. Além de fortalecer as visitas entre agentes e técnicos, e capacitar os agentes para realizar essa triagem que é essencial para o diagnóstico precoce.



CAPÍTULO VII: SINTETIZANDO AS MICROINTERVENÇÕES

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
<p>Melhorando o atendimento das gestantes</p>	<p>Após refletir a avaliação do AMAQ, identificamos falhas no acompanhamento pré-natal e desenvolvemos ações com objetivo de fortalecer esse trabalho.</p>	<p>Aumento do número de consultas no pré-natal; Ampliação da resolutividade as demandas das gestantes, estando à equipe sempre a disposição para atendimento.</p>	<p>Estabelecer durante todo o processo gravídico o pré-agendamento das consultas de acompanhamento para evitar a fuga das gestantes e quando isso ocorrer, fazer a identificação precoce e iniciar a busca ativa; Durante o próximo ano fortalecer as atividades de educação em saúde iniciadas em 2018 na área de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e cuidados com o RN.</p>
<p>Gestão da agenda: melhoria do acesso do usuário</p>	<p>O pré-agendamento é uma característica do modelo assistencial tradicional, pouco resolutivo para a população, por isso a necessidade de implementação da visão de “demanda espontânea”, qual há vagas disponíveis para resolver a demanda da comunidade quando ela aparecer.</p>	<p>Redução do número de vagas para agendamento de consulta e abertura de vagas para o atendimento da demanda espontânea.</p>	<p>Em 2019, continuar com o processo de conscientização de gestores e diretores sobre a necessidade de mudar a forma de gerir as agendas de atendimento das equipes de Saúde da Família.</p>
<p>Educação em saúde na atenção básica: disseminando o conhecimento</p>	<p>A educação em saúde é o método mais barato de disseminação de saúde, pois apenas com a oratória e o conhecimento já se pode fazer a diferença, claro que</p>	<p>Retirada de dúvidas dos usuários em outras situações que não a consulta individual.</p>	<p>Para o próximo ano, temos o objetivo de criar grupos com a população alvo (ex: gestantes, portadores de doenças crônicas, obesos) para disseminar informações mais direcionadas e integrar conhecimentos técnicos com populares.</p>

	quanto mais recursos se agregarem a disseminação da informação maior será seu alcance.		
Saúde mental: desafio de popularizar o cuidado com a mente	A discussão sobre saúde mental é essencial para desmistificar o tema, pois esses pacientes são muito estigmatizados e segregados.	Identificou a segmentação desse acompanhamento, sendo que alguns pacientes não conseguem atendimento nenhum, outros conseguem o atendimento médico, porém sem acesso a terapias complementares e assim o seu acompanhamento é fragmentado.	Em 2019, iniciar um cronograma de palestras com a comunidade abordando as principais doenças psiquiátricas e a necessidade de acompanhamento multidisciplinar e apoio familiar para esses pacientes.
Dando uma força para o Zé gotinha	A Atenção a Saúde da Criança engloba vários subtemas, entre eles a vacinação. A importância da mesma é a prevenção de doenças potencialmente graves e fatais na população pediátrica.	Identificação de status vacinal das crianças na área, promovendo a atualização.	Na próxima campanha vacinal, a equipe tornar-se mais ativa no processo de vacinação, fazendo busca ativa domiciliar por crianças com atraso na caderneta de vacina.
Controle de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus hoje para reduzir as doenças cardiovasculares de amanhã	As Doenças Cardiovasculares são a principal de causa de morte no mundo e seus principais fatores de risco são hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo. A identificação dos pacientes de alto	Início de triagem em pacientes assintomáticos durante as visitas domiciliares; Início de visitas domiciliares conjuntas de ACS e técnicos em enfermagem	Continuar de forma ininterrupta a triagem (aferição de pressão arterial, avaliação de obesidade, glicemia capilar) de usuários assintomáticos em busca de encaminhar mais precocemente pacientes com alterações; Amadurecer para o próximo ano, a criação de um grupo contra a obesidade.



	risco e o seguimento adequado são fundamentais para tentar reduzir as estatísticas.		
--	-------------------------------------------------------------------------------------	--	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As 06 microintervenções realizadas durante a execução desse curso promoveram algumas mudanças na forma de trabalho dentro da equipe: houve implementação de busca ativa quando necessário, foi iniciada ações de educação em saúde. Como conclusão das intervenções, temos:

O acompanhamento pré-natal e status vacinal infantil foram melhorados, com a intensificação nas taxas de consulta de pré-natal e com a atualização dos cartões vacinais das crianças. Alguns problemas referentes a disponibilidade de recursos acabam interferindo nesse acompanhamento, por exemplo, a dificuldade de acesso a exames básicos de pré-natal, retardando o retorno das gestantes para as consultas subsequentes, além de retardar diagnósticos importantes e o desabastecimento de algumas vacinas nas Unidades de Saúde. Outro fator é que gestantes e crianças oriundas do interior normalmente tem seguimento precário onde reside, o que retarda o início do pré-natal para àquelas e estas apresentam mais atrasos vacinais, para tentar neutralizar esse componente é necessário o fortalecimento da saúde básica nos distritos e municípios mais distantes.

Com a nova gestão de agenda reduzimos as consultas pré-agendadas e implantamos o atendimento por demanda espontânea, que deve ser ampliado com a inserção dos prontuários eletrônicos, pois não haverá a necessidade de justificar aos gestores o porquê da “redução de atendimentos diários” pré-agendados.

As ações em educação em saúde foram bem recebidas pela comunidade, ensinando-nos a necessidade de empoderar o nosso público com informações para que possam ser indivíduos ativos na prevenção e no controle de suas comorbidades, como proposta para o futuro é a realização de grupos com populações alvo para aprofundar os conhecimentos dirigidos a cada público. Entre os desafios temos a falta de espaço adequado para a realização das palestras e a frágil cultura de prevenção de agravos e comorbidades. Assim como todo processo de saúde depende de um trabalho multidisciplinar, a saúde mental não é diferente, porém esse acompanhamento é fragmentado em meu município, já avançamos. pois temos Centro de Atenção Psicossocial, mas que não tem o suporte necessário para fazer um serviço de excelência. Muitos profissionais da atenção básica não se sentem confortáveis de manejar esse público, pois são pacientes difíceis, com medicações com várias interações medicamentosas e efeitos adversos, além de nem sempre a família participar ativamente do cuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso 20/05/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692, de 25 de Março de 1994. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P692_94prog_pacs_psf.doc. Acesso 20/05/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso 20/05/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso 14/05/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso 20/05/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária, n 29. Rastreamento. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso 15/09/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso 18/06/2018

Shonkoff, J.P et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):232-46.

Soares, G.P et al. Evolution of socioeconomic indicators and cardiovascular mortality in three Brazilian states. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(2):147-56

APÊNDICES

[MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Identificação do padrão: A equipe acompanha todas as grávidas do território (4.22)

Descrição do padrão: A equipe realiza seis ou mais consultas de pré-natal (consultas alternadas entre médico e enfermeiro), mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente no termo.

Descrição da situação-problema para o alcance padrão: Baixa adesão ao acompanhamento pré-natal com menos de 06 consultas durante o pré-natal.

Objetivo/meta: Melhorar as taxas de acompanhamento pré-natal

Estratégias para alcançar os objetivos/metasp	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Aprazar as consultas subsequentes da gestante	Aprazamento da consulta subsequente ao final da consulta	Livro de marcação de consulta médica e com a enfermagem	Aumentar a adesão no pré-natal para o mínimo de 06 consultas	Técnicos em enfermagem (Jean, Rosiane, Katiane, Gerlene, Claudinete e Luberci)	10/05/2018	Aumento no número de consultas no pré-natal
Encaminhar ao médico diante de algum sinal de gravidade ou sintoma que precise de manejo terapêutico farmacológico	Encaminhamento precoce ao médico diante de algum sinal de gravidade ou sintoma que precise de manejo terapêutico farmacológico	Livro de marcação de consulta médica e com a enfermagem	Tratar precocemente cistite, vaginose bacteriana, hiperêmese gravídica, pré-eclâmpsia e outros agravos	Enfermeira Joanete e Médica Danielle	10/05/2018	Aumento nas taxas de tratamento de doenças durante a gestação e agilidade no encaminhamento para o pré-natal de alto risco
Realizar busca ativa das gestantes faltosas	Realização de busca ativa das gestantes faltosas	Prontuário de acompanhamento pré-natal	Aumentar a adesão nas consultas no pré-natal para o mínimo de 06	ACS (Marlene, Macione, Wangela, Hellem, Welington, Alana, Izanete, Leia, Dora, Odinalva,)	10/05/2018	Aumento na adesão nas consultas no pré-natal para o mínimo de 06

INDICADOR DE PRÉ-NATAL

Atendimento Pré-natal			
	Total de atendimento	Atendimento de 1ª vez	Atendimento subsequente
Janeiro	8	100%	0%
Fevereiro	20	90%	10%
Março	12	58,3%	41,7%
Abril	28	42,8%	57,1%

INDICADOR DE PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS DE CONSULTAS POR DEMANDA ESPONTÂNEA

Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea		
	Total de atendimentos por mês	Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
Janeiro	123	15,8%
Fevereiro	131	18,1%
Março	121	12,4%
Abril	186	21,7%

Apêndice 02

NOME DO ACS: _____

MICROÁREA: _____

NOME	DATA DE NASCIMENTO	ABUSO DE QUAL SUBSTÂNCIA?	FAZ ACOMPANHAMENTO CONTRA O VÍCIO?

ME DO ACS: _____

MICROÁREA: _____

NOME	DATA DE NASCIMENTO	DIAGNÓSTICO	ULTIMA CONSULTA	ACOMPANHA ONDE? (CAPS AD, CAPS GENTILEZA CAPSI, HCAL, OUTRO LUGAR PÚBLICO, PARTICULAR)	MEDICAMENTOS

Questionário para Microintervenção

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	

Questionário para microintervenção

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?	1-4		1-4	
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
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?		x		x
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		x		

em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
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		x
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		x		x
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
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

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 ($IMC \geq 30$ kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	x	
Se SIM no item anterior, quais ações?		
QUESTÕES	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

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]
