



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

**AÇÕES VOLTADAS PARA MELHORIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE CARIRA**

DÉBORA RIBEIRO MENDONÇA

NATAL/RN
2018

AÇÕES VOLTADAS PARA MELHORIA DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CARIRA

DÉBORA RIBEIRO MENDONÇA

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: Laianny Krizia Maia

Co-Orientadora: Juliana Lemos

Dedico o trabalho a todos que compõem a equipe de saúde de família da UBS Massaranduba, que tanto se esforçam para realizar o trabalho na atenção básica da melhor forma possível.

Agradeço a toda equipe que contribuiu para realização das microintervenções; aos pacientes que foram atenciosos quando solicitados e a facilitadora pedagógica por todas as orientações e apoio.

RESUMO

Esse trabalho é baseado em planos de intervenções na Saúde da Família, a partir de diagnósticos situacionais feitos pela equipe de saúde através de anamneses, observação e dados epidemiológicos obtidos. Foram evidenciados seis temas: saúde mental, saúde da criança, saúde do idoso, demandas espontânea e agendada, pré-natal e puerpério e doenças crônicas não transmissíveis. Tem como objetivo identificar problemas ou determinar melhorias para cada grupo observado. Ao final do levantamento de dados e suas conclusões, será apresentada uma proposta de intervenção em planejamento e saúde criando medidas intervencionistas que possam melhorar a qualidade da assistência à população.

Palavras-chave: Unidade de saúde da família. Microintervenção. Atenção Primária

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. APRESENTAÇÃO..... | 7 |
| 2. CAPÍTULO I..... | 8 |
| 3. CAPÍTULO II..... | 10 |
| 4. CAPÍTULO III..... | 12 |
| 5. CAPÍTULO IV..... | 14 |
| 6. CAPÍTULO V..... | 16 |
| 7. CAPÍTULO VI..... | 19 |
| 8. CAPÍTULO VII..... | 24 |
| 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 27 |
| 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 28 |
| 11. APÊNDICE..... | 29 |

APRESENTAÇÃO

Este estudo trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervensões realizada na UBS do povoado Massaranduba no município de Carira, estado de Sergipe. A área em que atuo localiza-se na zona rural do município. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e doze agentes de saúde. Desde a minha formação, atuo em psf, especificamente em área rural, onde tenho ampliado minhas experiências. Algumas dificuldades são encontradas na realização das atividades, como a dificuldade no acesso dos pacientes, realização de exames e distribuição de medicamentos.

A população que compõe a área é bastante heterogênea, composta de crianças, adultos e muitos idosos. Existe uma prevalência de hipertensos, diabéticos e muitos usuários de saúde mental. Esse trabalho é descritivo, composto por seis capítulos. Cada um relata uma intervenção realizada pela equipe para melhoria de problemas identificados na assistência à população.

Em cada intervenção foi realizada uma ação, com relatos dos problemas e dificuldades na realização. O objetivo geral visa propor planos de intervenção a partir da identificação de problemas na assistência da população. Os objetivos específicos visam propor educação em saúde com a comunidade visando a aderência ao tratamento, promoção da saúde e de prevenção de agravos a saúde, com acompanhamento contínuo e seguimento com consultas programadas. Propor planejamentos de ações as pessoas com problemas prevalentes e recorrentes: saúde mental, hipertensão, diabetes, pré-natal e atenção a criança.

Esse trabalho teve como metodologia o levantamento de problemas e o desenvolvimento de ações a compor um plano de intervenção sobre determinado problema identificado.

O perfil de planejamento baseia-se em descrever a situação da saúde das pessoas que vivem em uma área e que podem servir de referência para identificar ações necessárias para melhorar essa situação.

Todas as atividades realizadas na UBS tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência dos usuários do SUS, priorizando a prevenção de doenças e melhorando a atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas.

CAPÍTULO I: ATENÇÃO PRIMÁRIA VOLTADA AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL

Através dos atendimentos foi observado um alto índice de usuários de álcool no território. Durante as consultas, houve relato por parte dos familiares, das dificuldades encontradas nas relações interpessoais com esses pacientes. O número de pacientes com alterações laboratoriais em decorrência do uso abusivo do álcool também foi grande. Diante disso, foi observado que não há um acompanhamento desses usuários, nem atividades desenvolvidas para captá-los. Assim, muitos não tem diagnósticos precoce, não há redução de danos, tratamento, acompanhamento e reinserção social.

O alcoolismo tem sido grande causa de morbidade e mortalidade, bem como tem trazido impacto nas relações familiares. Diariamente percebemos que o consumo de substâncias psicoativas geram tensões, rompimentos, e conflitos, além de problemas financeiros e enfermidades clínicas e psicopatológicas, como depressão e ansiedade.

Esses problemas foram observados durante a consulta de familiares, quando relataram as dificuldades em manter um relacionamento harmonioso no ambiente familiar. Muitos depoimentos de esposas, evidenciaram a importância de buscar uma saída para esse problema. Algumas, como medida desesperadora, solicitaram medicações para ajudar no combate ao vício.

Em alguns estudos, é evidenciado o quanto a família é fragmentada pela influência do alcoolismo, pois o indivíduo tende a isolar-se do contato com os outros membros.

Dentro da atenção básica, foram criados os CAPSAd, centros que possuem estratégias de acompanhamento desses usuários, com atendimentos psiquiátricos, atividades individualizadas e apoio à família. No entanto, existem dificuldades na busca desses usuários, pelo medo do tratamento, da discriminação ou por não conseguir combater o vício.

Muitos profissionais podem ter dificuldades com esses pacientes, no entanto, a maioria não procura ajuda formal, deixando apenas para situações em que há sintomas ou problemas relacionados (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Alguns pacientes encontram dificuldades no acesso ao tratamento, não tem apoio formal ou não existem atividades específicas para o mesmo. Dessa forma, procuram tratamento popular ou se automedicam (FONTANELA, 2007). Alguns em tratamentos apenas psiquiátricos e deixando de tratar os problemas patológicos.

Diante desse contexto e do número considerável de pacientes na área com a patologia, observou-se a importância de realizar atividades e estratégias nesse âmbito.

Inicialmente tentamos organizar ações voltadas para esses usuários, como palestras, orientações, solicitações de exames, medicamentos. Depois, uma forma de captá-los através da busca ativa e entrevistas com familiares. O projeto foi desenvolvido através de um ofício de coleta de dados aplicados em usuários de risco.

Durante a entrevista com os familiares, foram captados os principais problemas desses usuários de álcool. Muitos solicitavam medicações controladas, outros já com sequelas hepáticas e disfunções orgânicas pela falta de diagnóstico e tratamentos precoce.

Estabelecemos um prazo de 3 anos para diminuir o índice de usuários de álcool na área e no intervalo de 1 ano os atuais já estejam em acompanhamento.

Durante a fase de reavaliação, alguns não trouxeram resultados de exames. Dessa forma, colocamos no cronograma de visita domiciliar para averiguar de perto a situação.

Verificamos também a importância dos encaminhamentos para especialistas, de modo que houvesse uma comunicação entre toda equipe.

Toda equipe participou, visto a importância do problema. Os agentes, que conhecem bem a área, tem maior facilidade de reconhecê-los. Os enfermeiros na captação dos dados e técnicos na coleta de sinais vitais.

Encontramos dificuldades como a vontade de continuar o uso, a resistência ao tratamento, a má adesão às medicações e não cooperação na coleta de dados.

Espera-se no final desse projeto, que haja grande erradicação desses usuários e que haja acompanhamento regular com os mesmos.

CAPÍTULO II: A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Sistema Único de Saúde através dos princípios de equidade, universalidade e integralidade, preconiza ações que garantem assistência à saúde da população. Essas ações dependem do relacionamento entre o usuário e a equipe de saúde, através da forma de recepcioná-los e escutá-los.

O Ministério da Saúde através da criação da Política Nacional de Humanização propõe novas formas da organização do trabalho, apresentando ações que melhoram o desempenho da equipe de saúde no processo de atenção ao usuário e no relacionamento com a equipe.

O processo de humanização em uma UBS inicia-se com o acolhimento, através da forma de receber, escutar a população. A partir dessas ações é estabelecido um vínculo entre os pacientes e a equipe de saúde, listando os problemas e iniciando o processo de resolução.

Componho uma equipe de saúde na zona rural do município de Carira em Sergipe. Uma área dividida em oito microáreas e composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma auxiliar e oito agentes de saúde.

Segundo o ministério de saúde, as equipes de saúde da família enfrentam grandes dificuldades em realizar o acolhimento, muitas delas são devido a demanda volumosa, o despreparo dos trabalhadores e a expectativa da sociedade no enfoque da prática médica.

Na minha equipe a maior parte das consultas são por demanda agendada. Isso deve-se a grande quantidade de hipertensos e diabéticos e usuários de medicações controladas que precisam de monitoramento contínuo. A área geográfica que é coberta por essa equipe é enorme, criando um impasse para assistência à população.

Diante disso, decidimos implantar o HIPERDIA. Nessa ação, são verificados medidas de pressão arterial e glicemias e são escutados os problemas, além da renovação de receitas. Com isso, conseguimos enxugar a agenda e abrir espaço para demanda espontânea.

Com a demanda espontânea ampliamos a assistência à população, a partir da escuta, do acolhimento, da resolução dos problemas dos usuários que procuravam o serviço.

As demandas espontânea e agendada possuem suas peculiaridades e objetivos definidos. Na espontânea os usuários comparecem com problemas agudos ou com necessidades momentâneas que julgam necessário o atendimento. Dessa forma, os usuários devem ser acolhidos e suas queixas problematizadas; grande parte das queixas são resolvidas

na atenção básica; há fortalecimento do vínculo entre a equipe e o usuário e por fim há oportunidade de criar novas estratégias de cuidado e reorganização do serviço (BRASIL,2010).

Demanda programada é aquela que é agendada previamente, toda demanda gerada de ação prévia a consulta, sendo um importante instrumento de ação, quando se trata de um serviço que compõe a rede de atenção primária baseada em ações preventivas (FRIEDERICH, PIERANTONE,2006).

Durante o processo surgiram dificuldades, como a falta de experiência da equipe no processo de acolhimento e o grande volume de pessoas necessitando de assistência. No entanto foi uma experiência positiva, envolvendo o trabalho multidisciplinar, a medida que reduziu o papel antes voltado integralmente ao médico, mas também melhorando a participação de toda equipe.

CAPÍTULO III: ATENÇÃO BÁSICA VOLTADA PARA O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E PRÉ-NATAL

O programa de atenção à saúde da família tem planejado estratégias voltadas para o planejamento reprodutivo, de forma que a natalidade está diretamente relacionada com as taxas de morbidade e mortalidade do país.

Um dos focos da atenção básica são voltados para o desenvolvimento de atividades de educação e monitoramento do controle reprodutivo. Essas ações consistem em palestras, orientações, distribuição de preservativos, além do diagnóstico e tratamento de DSTs, com a devida notificação.

No pré-natal lidamos com uma fase que exige extrema cautela na condução. A equipe deve estar preparada para buscar, acolher, orientar e monitorar todas as gestantes da área. É nesse período que identificamos os riscos, são feitos diagnósticos precoces de DSTs, monitoramos o desenvolvimento fetal, evitando assim complicações fetais e diminuição da morbimortalidade neonatal. É durante este período que é identificado problemas como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e sífilis, de forma que pode ser feito o tratamento precoce, evitando complicações para a mãe e feto.

O Ministério da saúde, através do seu manual preconiza no mínimo 06 consultas pré-natal para as gestantes, assim como toda assistência desde o pré-natal até o puerpério. É direito da mulher ter assistência de qualidade desde o momento que engravida, até o puerpério. Por isso, é dever do município oferecer todos os recursos devidamente organizados para que isso aconteça (BRASIL,2011).

Minha atuação no pré-natal ocorre no município de Carira, zona rural, onde realizo atendimentos mensais, um dia para cada povoado, alternando com as consultas de enfermagem. Ainda há muita falha nesse setor, pois a falta de informação da população, somada as estruturas precárias tornam a assistência ao pré-natal ineficaz.

A primeira dificuldade é a busca dessas gestantes para iniciar o pré-natal, muitas por desinformação ou medo acabam iniciando o pré-natal tardiamente. A falta de estrutura dos postos como falta de macas, balança e materiais de triagem, assim como a dificuldade de acesso das usuárias são fatores que dificultam o processo. Sem contar com os atrasos nos resultados dos exames, que na maioria das vezes demoram 3 meses para serem realizados.

Outro fator agravante é a falta de medicamentos na rede, quando muitas gestantes que alegam não ter como comprar, passam o pré-natal sem fazer uso.

Diante desses problemas, decidimos realizar uma intervenção, através da busca ativa de gestantes na área, coletando informações, oferecendo apoio e esclarecendo as dúvidas. Nas consultas, além da triagem, com medidas de pressão arterial, testes rápidos, foi firmado com elas o compromisso de manter os exames em dia e a presença nas consultas.

Devido ao baixo grau de informação da população decidimos realizar palestras para orientações sobre amamentação, cuidados ao bebê e puerpério. A primeira medida foi a criação da semana do bebê, onde foram realizadas mini palestras, ilustrações de cuidados e distribuição de kits de cuidados de higiene.

Para realização dessas tarefas, contamos com o apoio de toda a equipe e coordenação da atenção básica. A equipe, composta por 8 agentes e saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira. Realizaram busca ativa das gestantes com visitas domiciliares e notificação em caso de falta. Após o parto, é feita a primeira visita para realização do teste do pezinho e orientações puerperais.

Muitas gestantes possuem muitas dúvidas sobre essa fase nova da vida. São muitas as mudanças tanto no corpo, quanto na vida. Por isso, a importância de manter sempre o foco nesse grupo.

CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Ao longo dos anos, tem aumentado o número de pacientes com transtorno psiquiátrico. Depois da reforma psiquiátrica, esses pacientes foram acolhidos pelas equipes da saúde da família, com apoio dos CAPS e NASF.

Na UBS em que atuo enfrentamos muitos problemas com esses pacientes. O número de pacientes que fazem uso de medicações controladas é muito grande e sem o devido acompanhamento com psiquiatra. A maioria não comparece a consulta, apenas solicitam renovação da receita a cada 2 meses através dos agentes de saúde.

No município contamos com o CAPS, onde são referenciados os pacientes com necessidade de assistência contínua, porém temos dificuldade com a contrareferência, que quase sempre não é feita. Nessa região existem muitos pacientes dependentes de medicações controladas, que não fazem acompanhamento, nem desmame destas. Pacientes que fazem uso há anos, sem diagnóstico fechado e acompanhamento psicológico.

Diante desses problemas decidimos aperfeiçoar nosso instrumento de triagem. Na nossa folha espelho separamos os pacientes por diagnóstico, tempo de tratamento, medicações utilizadas e necessidade de internamento. Percebemos que muitos não frequentavam consultas há anos e nem fizeram desmame de medicações. Usuários com vício em benzodiazepínicos, antidepressivos e sem auxílio psicológico, sendo que apenas 10 % tinham diagnóstico fechado e 5% frequentavam o CAPS.

Inicialmente fizemos uma busca na área com ajuda dos agentes de saúde. Podemos verificar uma paciente em surto e tentativa de suicídio. Realizamos visita domiciliar, orientações, apoio, prescrição de medicações e encaminhamento para unidade de urgência mental.

No município há uma psiquiatra que faz a cobertura de todas áreas. Conseguimos agendar 1 dia no mês para nossa região. Nessa oportunidade, realizamos triagem, orientações, além do atendimento médico para troca, desmame ou suspensão de medicações.

Estes pacientes permanecem com seguimento a cada 2 meses com consulta clínica, renovação da receita e encaminhado ao CAPS local para participação das atividades quando necessário.

Tivemos algumas dificuldades devido a falta de habilidade da equipe em lidar com esses pacientes, além do número muito grande de pacientes com esse transtorno. Uma boa alternativa seria uma comunicação maior com o CAPS a fim de melhorar essa assistência, já que o número de pacientes é desproporcional ao número de médicos.



CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A atenção à saúde da criança é um tema de bastante relevância no contexto da atenção básica, visto que os cuidados básicos em saúde tem grande relevância no combate a morbidade, mortalidade e qualidade de vida infantil.

O Programa de Atenção integral à saúde da criança (PAISC), criado pelo governo federal na década de 80, propôs ações básicas como: Aleitamento materno e orientações básicas para o desmame, Imunização e Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Dessa forma, pôde sistematizar a assistência integral a criança visando principalmente o crescimento e desenvolvimento.

A estratégia de saúde com foco na criança tem grande importância, pois mesmo com tantos avanços e esforços, ainda existem muitos problemas como um alto índice de mortalidade infantil. Em 2004, o ministério da saúde lançou a agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, que tinha como foco a criança nos vários espaços de atenção, como creches, hospitais, domicílio, hospitais, assim a criança é beneficiada integralmente por uma grande multidisciplinar que compreende todas as necessidades (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004).

Na equipe que faço parte, enfatizo a importância do cuidado à criança, visto que muitas doenças da vida adulta são preveníveis na infância. Desde a concepção até o nascimento, são iniciadas ações como vacinação das gestantes, busca de DST e prevenção ao parto prematuro. Após o parto, a primeira consulta é feita até os primeiros 15 dias, com realização do teste do pezinho em domicílio. No primeiro mês, é realizada a primeira consulta no posto de saúde, com verificação do peso, altura e cartão vacinal.

Os agentes de saúde realizam visitas semanais com monitorização do peso e altura, em caso de alteração, é sinalizado para equipe com marcação de consulta medica para avaliação.

Mensalmente, são marcadas consultas somente para puericultura, com demanda agendada, quando temos oportunidade de monitorar cartão vacinal, crescimento e desenvolvimento.

Recentemente, realizamos a campanha de vacinação contra o sarampo, com visitas nas creches e escolas e realizado a semana do bebê, onde foi feito palestras sobre cuidados de higiene com o recém-nascido, discutimos a importância do aleitamento materno exclusivo

até os 6 meses e atualização do cartão vacinal. Nesta intervenção houve grande participação da equipe e a população aceitou bem a ação. O resultado foi relevante, com doação voluntária de leite materno para o banco de leite por parte das mães.

Houveram algumas dificuldades na realização como a adesão e participação das mães, mas que logo conseguimos contornar com a busca ativa em domicílio.

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 | |

CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS NA ATENCAO BASICA

O número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis vem crescendo consideravelmente nos últimos anos. A maioria das consultas na atenção básica são de pacientes com hipertensão, diabetes e DPOC.

A atenção básica tem voltado seu foco à prevenção com a atenção primária, por meio de orientações e incentivo à alimentação saudável, atividade física e combate ao tabagismo. Dessa forma é de fundamental importância o preparo da equipe e estratégias para o sucesso dessa tarefa.

No entanto, enfrentamos muitos problemas para conduzir esse processo na atenção básica. Desde a falta de preparo de muitos profissionais, como a falta de medicamentos, a demora na realização dos exames e a má adesão dos pacientes.

Na equipe em que trabalho como médica, existe pouca adesão dos pacientes quanto a tomada das medicações, falta as consultas e demora no retorno para resultados dos exames.

Inicialmente separamos todos os pacientes portadores de doenças crônicas e criamos prontuários somente para acompanhamento dessas doenças, com discriminação na capa do tipo de doença e medicações em uso.

Depois criamos o HIPERDIA, evento realizado uma vez por semana. Cada semana é realizada em uma microárea. Nesse dia pacientes hipertensos e diabéticos passam pela avaliação de toda equipe, com medida de pressão arterial, peso, altura, medida da circunferência abdominal e renovação de receita. Aqueles com quadro descompensado e com necessidade de avaliação complementar são encaminhados para avaliação médica.

Através dessa estratégia podemos ter um maior controle desses pacientes na nossa área. Muitas vezes temos dificuldade com a má adesão de alguns pacientes, que devido a pouca instrução ou a dificuldade de locomoção não comparecem ou não aderem ao tratamento. Assim realizamos duas vezes por mês visitas domiciliares aos acamados e idosos com dificuldade de ir até a UBS.

Segue preenchimento do questionário sobre a atuação da equipe

| | | |
|--|---|--|
| | Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL | Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS |
|--|---|--|

| QUESTÕES | 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? | 3 dias | | 3 dias | |
| 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 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 | | |
| 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 | X | | X | |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|------------|---|---|
| com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção? | | | | |
| 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 ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação? | X AVALIAÇÃO COM NUTRICAÇÃO | | | |
| 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 |
|---|--|----------|

CAPÍTULO VII:

PLANO DE CONTINUIDADE

| Nome da Intervenção | RESUMO | Resultados | Plano de Continuidade |
|--|---|--|---|
| Atenção voltada aos usuários de álcool. | Palestras educativas mensais, consultas a 2 meses, exames, medicações e encaminhamento ao CAPS. | MAIOR ADESÃO DESSES USUARIOS A ATENÇÃO BASICA. | Acompanhar o tratamento; busca ativa no domicilio em caso de falta as consultas; feedback entre a UBS e o CAPS. |
| IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO | Organizar as consultas principalmente em demanda agendada, para que haja acompanhamento contínuo dos hipertensos e diabéticos; Melhorar o acolhimento. | Maior número de usuários acompanhados; usuários que procuram a UBS são ouvidos através do acolhimento. | Aperfeiçoar a equipe na realização do acolhimento, visto a sua importância na atenção básica. Continuar o agendamento das consultas de acordo com as necessidades da população. |
| | | | |
| Orientações durante o pré-natal e puerpério | Busca ativa de gestantes; pré-natal adequado; realização de palestras e orientações, como a criação da semana do bebê; visita domiciliar no puerpério para realização do teste do pezinho e vacinas. | Maior adesão ao pré-natal; melhora na qualidade da assistência as gestantes; diminuição das intercorrências durante o parto e de doenças congênitas. | Busca ativa de gestantes; Notificação das gestantes com falta ao pré-natal. |
| Saúde mental na atenção básica | Criação de fichas espelho; visitas domiciliares com apoio, orientações e encaminhamentos as | Maior acompanhamento dos usuários de saúde mental; controle do uso | Manter feedback com o CAPS; consultas psiquiátricas a cada 6 meses para possível desmame de medicações. |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | redes de urgência; encaminhamento ao CAPS; Consultas com psiquiatra e apoio psicológico. | de ansiolíticos; maior numero de visitas ao psiquiatra. | |
| Saúde da criança | Agendamento de puericultura; atualização de cartão vacinal; criação da semana do bebê. | Maior monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças; mães mais informadas no cuidado a criança. | Manutenção da semana do bebê; Manter monitoramento do desenvolvimento das crianças. Consultas agendadas para puericultura. |
| Doenças crônicas na atenção básica | HIPERDIA para assistência integrada aos hipertensos e diabéticos; orientações para tomada de medicações e hábitos de vida. | Maior controle nas consultas; maior adesão ao tratamento; ações voltadas a prevenção. | Manter o HIPERDIA Palestras, orientações e incentivo a prevenção dessas doenças . Busca ativa Visitas domiciliares. |



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As micointervenções foram um grande projeto realizados na UBSs, onde pudemos perceber melhor assistência e acompanhamento de pacientes com necessidades crônicas que dependem dos recursos do SUS. Essas experiências foram muito importantes na minha vivencia como médica, no que diz respeito a melhora do contato com o paciente, na condução da saúde da família da comunidade

A primeira intervenção voltada para os usuários de álcool, identificamos dificuldades em acolher esses pacientes, devido a falta de comunicação com o CAPS. Muitos com desejo de resolver sua condição, porém a falta de recursos e incentivos dificultam o trabalho da equipe.

A maioria das consultas na UBS são por demanda agendada. Isso facilitou a organização das consultas de acordo com as comorbidades e necessidade dos pacientes. A atenção primaria tem se mostrado de grande importância na prevenção de doenças e agravos. A saúde da criança e do idoso dependem diretamente do cuidado da equipe através do controle de vacinas, educação em saúde, medicações de uso de crônico e outros.

A. área em que atuo possui um número grande de usuários de medicações controladas, sem o acompanhamento devido de médico psiquiatra e desmame de medicações. Na intervenção melhoramos o acompanhamento desses pacientes com consultas psiquiátricas a cada 2 meses e avaliação com psicólogo.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.30, n.1, p.32-7, 2008.

FONTANELLA, B.J.B. Encontros e desencontros: usuários de substâncias psicoativas e a Estratégia de Saúde da Família. In: CONGRESSO PAULISTA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2., 2007, Campinas. Programa e Resumos ... Campinas: Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade, 2007. p.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 03/09/2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: . Acesso em: 9 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos: resolução CNS 466/12 e outras. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

FRIEDRICH, Denise B. de Castro. PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômica em Juiz de Fora. *PHYSIS: Revista saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 16,n 1, 2006.p. 83-97.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/politicanacionaldaatencao_basica_2006. Acesso em

23 out.

APÊNDICES



SEMANA DO BEBÊ NA UBS