



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 - PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA
DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

DIOGO FERNANDO BEZERRA MOTA

NATAL/RN
2018

**A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA
DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

DIOGO FERNANDO BEZERRA MOTA

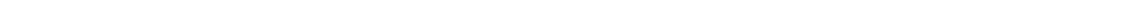
Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Laianny Krizia Maia Pereira

**NATAL/RN
2018**

AGRADECIMENTOS

Obrigado Deus por me abençoar muito mais do que eu mereço.



RESUMO

A unidade básica de saúde localizada no povoado Curtume no município de Tobias Barreto, estado de Sergipe, é uma das unidades funcionando sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família. Nossa equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e seis agentes de saúde. Em reunião com toda equipe, identificamos os principais problemas que tínhamos em nossa unidade de saúde e propomos estratégias para resolvê-los. A partir dessa ideia, realizamos atividades de intervenção de ordem prática, a fim de contribuir com melhorias para toda nossa comunidade. Em nossas intervenções abordamos diversos temas como: busca ativa de pacientes, acolhimento, atenção às gestantes, saúde mental e da crianças e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Através deste trabalho, procuramos participar ativamente junto os usuários, pactuando as responsabilidades, orientando, no intuito de proporcionar benefícios reais na atenção básica.

.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; Intervenção; Acolhimento

SUMÁRIO

1. Apresentação	6
2. Capítulo I: Busca ativa de pacientes hipertensos e consultas para recém-nascidos na primeira semana de vida.....	8
3. Capítulo II: Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	11
4. Capítulo III: Atividade educativa com grupo de gestantes e puérperas no PSF Curtume.....	14
5. Capítulo IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	16
6. Capítulo V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	18
7. Capítulo VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Básica	20
8. Capítulo VII: Matriz de Intervenção.....	24
9. Considerações Finais	28
10. Referências Bibliográficas	29

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem por objetivo favorecer a consolidação e aprimoramento da Atenção Primária à Saúde. Foram feitas seis microintervenções, baseadas em experiências vivenciadas na unidade de saúde. Os temas propostos para elaboração dessas microintervenções foram definidos no Curso de Aperfeiçoamento em Saúde da Família. As experiências adquiridas com a realização dessas atividades foram de fundamental importância para melhorias na atenção prestada em nossa unidade de saúde. A primeira microintervenção trata a respeito de uma autoavaliação da equipe através de um questionário e a observação dos principais problemas e desafios no cotidiano da nossa unidade de saúde. A segunda microintervenção diz respeito a estratégias de acolhimento e como implantá-las de maneira eficaz para melhorar o atendimento à população. A terceira microintervenção discute o planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério e os desafios na melhor assistência às gestantes, puérperas e os recém-nascidos. A quarta microintervenção analisa o atendimento prestado aos pacientes com sofrimento psíquico, e as estratégias de acompanhamento sobre saúde mental. A quinta microintervenção fala sobre a saúde da criança, o cuidado no acompanhamento dos dados antropométricos e a situação vacinal. Por fim, a sexta microintervenção traz uma abordagem dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, que em maior parte são formados por hipertensos e diabéticos.

Realizamos este trabalho em nossa unidade de saúde localizada na zona rural do município de Tobias Barreto, em Sergipe. Atendemos em três grandes distritos: Curtume, Sotero e Poço da Clara. Realizamos atendimento à população de outros 10 povoados menores. Estou há 1 e meio trabalhando nessa unidade de saúde, e é minha primeira experiência na atenção básica. Inicialmente tivemos muita dificuldade, pois a região onde atendemos é muito distante da cidade e as estradas estão em péssimas condições. Mas apesar disso, passei a gostar muito do meu trabalho, minha equipe é muito boa e atenciosa e a população me recebeu com carinho desde o início das minhas atividades. Para a realização das microintervenções, tive o apoio de toda a equipe e participação de um bom número de pacientes.

As microintervenções tiveram muita importância na melhoria do cuidado em nossa unidade de saúde. No entanto, duas delas tiveram um impacto maior: a busca ativa

de pacientes hipertensos e a relacionada ao acolhimento. Nessas duas atividades, houve maior participação dos usuários e da equipe.

Por fim, esperamos influenciar outras equipes de atenção básica através das nossas experiências vividas nessas intervenções.

CAPÍTULO I: Busca ativa de pacientes hipertensos e consultas para recém-nascidos na primeira semana de vida

Meu nome é Diogo Fernando Bezerra Mota, sou formado pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), no ano de 2016, atualmente estou vinculado ao programa Mais Médicos para o Brasil, no município de Tobias Barreto, no estado de Sergipe. Nossa equipe faz parte do PSF 15, localizado na zona rural, que abrange 3 grandes distritos: Curtume, Sotero e Poço da Clara. Realizamos atendimento à população de outros 10 povoados menores.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), é considerado a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS”, e almeja a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade “das práticas de gestão, cuidado e participação” na Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A criação do PMAQ esteve atrelada ao desenvolvimento de um processo avaliativo denominado AMAQ, dispositivo inicial de auto avaliação que auxilia no planejamento das ações da equipe. Esse instrumento facilita a identificação dos pontos críticos que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas pela equipe (BRASIL, 2016).

Juntamente com minha equipe de saúde da família, em três reuniões realizadas na unidade de saúde, analisamos e preenchemos o instrumento de auto avaliação do PMAQ. Cada membro da equipe conseguiu manifestar sua opinião sobre os diversos temas discutidos. Além disso, avaliamos a gestão municipal, a atenção primária, a unidade de saúde que trabalhamos e nossa própria equipe, e chegamos à conclusão que há muito a ser feito para que possamos oferecer um serviço de saúde adequado a população.

No preenchimento do AMAQ e criação das matrizes de intervenção, pudemos identificar problemas que fossem passíveis de mudança somente através de ações da equipe, como: baixo percentual de recém-nascidos atendidos nas primeiras semanas de vida e dificuldade de realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos. Além disso, identificamos também problemas mais complexos, no que diz respeito a gestão, problemas de estrutura física da unidade de saúde, que não serão passíveis de mudança somente com nossas ações, mas que dependem da cobrança de melhorias junto as autoridades. Deixamos como meta alcançar os padrões de qualidade definidos pelo PMAQ.

Inicialmente, para atingir a meta de consultas exclusivamente na primeira semana de vida, planejamos reforçar as orientações ainda durante o pré-natal sobre a importância da consulta com médico ou enfermeiro na atenção básica logo após o nascimento do RN; reforçamos a orientação para os usuários e funcionários da recepção sobre o atendimento da puérpera e do RN, sem necessitar de agendamento; realizada a busca ativa semanal pelos agentes comunitários de saúde nos lares das gestantes, orientando a mãe e o RN a comparecerem na UBS.

Em relação a busca ativa de pacientes hipertensos, organizamos algumas palestras que seriam ministradas por mim, pela enfermeira e por uma nutricionista. Os temas abordariam a definição de hipertensão arterial, sinais e sintomas, diagnóstico e formas de tratamento. Para realizar esta atividade, reservamos um salão de uma das casas do povoado e conseguimos várias cadeiras, data-show e computador para as apresentações. Além disso, preparamos um lanche que foi oferecido a todos. Este lanche era composto de frutas e alimentos saudáveis. Esta atividade foi realizada no dia 24/04/18, no período da manhã. Tivemos um bom número de pacientes, além da presença de toda a equipe da saúde da família e a nutricionista convidada. A palestra principal foi ministrada pela nutricionista, e ela focou nos hábitos alimentares saudáveis que os pacientes hipertensos precisavam ter e das restrições alimentares. Evidências consistentes indicam que modificações na ingestão alimentar podem auxiliar tanto na prevenção quanto no tratamento da hipertensão arterial. As principais alterações dietéticas recomendadas para reduzir a pressão arterial incluem redução na ingestão de sódio, perda ponderal (entre os indivíduos com sobrepeso ou obesidade), moderação no consumo de álcool (entre aqueles que ingerem bebida alcoólica), aumento na ingestão de potássio e adoção de um padrão alimentar saudável. Deve-se enfatizar o consumo de frutas, hortaliças, cereais integrais, laticínios com baixo teor de gordura, leguminosas e frutas oleaginosas, além de preconizar a redução na ingestão de alguns alimentos como a carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Foi dada oportunidade a participação de todos, através de perguntas, debates e sugestões. Esta atividade de intervenção na comunidade acerca da hipertensão arterial é de suma importância, pois muitos pacientes associam que o controle da pressão arterial se dá somente com as medicações. Com isso, negligenciam os hábitos alimentares e saudáveis. Como esta atividade foi bem sucedida, pretendemos realizá-la nos outros povoados, a fim de que toda a população alvo seja alcançada. Além de focar no controle da pressão arterial, fizemos orientações quanto a diversos fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial: controle a obesidade através da alimentação saudável e

realização de atividade física, redução de consumo de bebida alcoólica e abandono do tabagismo e uso de quaisquer outras drogas. No decorrer das apresentações, pudemos notar, de acordo com a participação da população, que a grande maioria não seguia regularmente as recomendações de uma alimentação saudável e nem tampouco realizava atividades físicas regularmente. Através disso, notamos que o controle da pressão dos pacientes, em muitos casos, não estava inadequado. Além das palestras, distribuimos os cartões do hipertenso, que é um documento portátil, fácil de carregar no bolso, que tem por objetivo a anotação dos valores pressóricos aferidos em casa e as medicações que o paciente utiliza (doses, horários, etc).

Concluindo, através destas atividades de intervenção, almejamos trazer grandes benefícios para a população. A visualização dos benefícios a curto e médio prazo poderá estimular a equipe a se comprometer ainda mais com a qualidade da assistência prestada, e buscar medidas que trarão benefícios contínuos e a longo prazo, envolvendo a gestão municipal de saúde e as entidades comunitárias e sociais.

CAPÍTULO II: Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento

De forma geral, acolher significa realizar uma ação de aproximação, em outras palavras, é reconhecer o paciente em suas particularidades. É imprescindível a realização da escuta qualificada do problema do usuário, e com isso, encaminhá-lo da melhor forma. O acolhimento também representa uma relação entre o profissional de saúde e o usuário, pois é a partir dessa relação que se pode produzir cuidados em saúde.

É necessário que haja trabalho em equipe e união para dar a melhor assistência ao paciente. Além disso, é importante organizar um bom funcionamento da recepção, a atenção à demanda programada, espontânea e às necessidades pontuais ou urgências de pessoas em cada área adstrita. Deve-se exercer o acolhimento a todo momento na unidade de saúde e também em visitas domiciliares, obedecendo os princípios fundamentais do SUS, principalmente a universalidade e a equidade. Outro ponto importante a se destacar, é a resolutividade, ou seja, o profissional que está fazendo o acolhimento precisa se esforçar para resolver o problema do usuário, seja dando uma simples orientação, um encaminhamento, direcionando para consulta com o médico ou enfermeiro, por exemplo. O acolhimento quando bem realizado, contribui para o bom funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) e para a saúde da comunidade.

Ao iniciar minhas atividades na UBS, consegui obter dentro da equipe as informações do território quanto a número de indivíduos, diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças e de usuários de medicamentos controlados. Então, um primeiro passo foi dado no sentido de modificar a agenda para experimentar e conhecer a demanda desses grupos específicos. Alguns turnos seriam destinados a hipertensos e diabéticos (chamado de HIPERDIA), a crianças, a gestantes e outras demandas que não se encaixassem em nenhum desses. Para os grupos específicos, não seria necessário pegar uma ficha de atendimento, bastando solicitar ao agente comunitário de saúde (ACS), responsável pela agenda, a marcação. As demandas aleatórias se mantiveram no modelo de fichas. Para melhorias no acolhimento à demanda espontânea de nossa população, estudamos o “Manual de Acolhimento à Demanda Espontânea” e pudemos organizar todos os atendimentos de uma forma que não tivesse prejuízos à população. Também ampliamos o acesso a agenda médica e da enfermagem, aumentando o número de consultas, para acolher a demanda espontânea.

Tivemos algumas dificuldades sobre como seria feita a triagem da demanda espontânea e da definição dos critérios de atendimento no turno, no dia ou por

agendamento. Surgiram muitos questionamentos sobre quais os critérios clínicos e sociais que seriam utilizados para realizar a triagem. Com isso realizamos um planejamento a fim de aperfeiçoar o acolhimento à demanda espontânea e como seria feita a organização do atendimento.

Definimos que a auxiliar de enfermagem ou o ACS responsável pelo povoado iria avaliar o quadro inicialmente e conversaria com o médico ou a enfermeira sobre a necessidade/possibilidade de atendimento, e qual tipo de atendimento esse paciente necessita. Posteriormente, iremos realizar capacitações sobre o Protocolo de Manchester e adaptar para Atenção Básica, de acordo com os manuais do Ministério da Saúde.

Após a sistematização dos conhecimentos acerca do problema identificado na Unidade de Saúde 15, Povoado Curtume, foi elaborado, juntamente com a equipe de saúde, uma proposta que, acreditamos, poder ajudar usuários a resolverem seus problemas imediatos de atendimento em saúde e a equipe de profissionais da saúde a melhorar seu desempenho, conceito e processo de trabalho frente às necessidades destes usuários. Estas propostas são:

1. Capacitar a equipe de saúde informando sobre a realização do acolhimento a partir da visita domiciliar;
2. Capacitar a equipe de estratégia saúde da família em relação à abordagem de usuários da demanda espontânea;
3. Implantar o fluxo de atendimento ao usuário da demanda espontânea

Tabela 1: Implantação do fluxo de atendimento

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis
Implantar o fluxo de atendimento à demanda espontânea	Elaboração do fluxo de atendimento à demanda espontânea baseado nos critérios clínicos e epidemiológicos	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente de saúde

Tabela 2: Capacitação da equipe de saúde

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis
Desenvolver atividades de aprimoramento das orientações fornecidas sobre acolhimento a partir da visita domiciliar	Capacitação de toda a equipe	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente de saúde
Promover atividades de aplicação da teoria sobre acolhimento	Reuniões mensais com toda a equipe	

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis
Implantar o fluxo de atendimento à demanda espontânea	Elaboração do fluxo de atendimento à demanda espontânea baseado nos critérios clínicos e epidemiológicos	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente de saúde

CAPÍTULO III: Atividade educativa com grupo de gestantes e puérperas no PSF Curtume

Uma assistência de qualidade do pré-natal e puerpério possibilita uma melhora da saúde do binômio mãe-filho. Sabemos que é um desafio prestar esse cuidado, pois na condição de profissionais de saúde, devemos buscar capacitação e aliar nossos conhecimentos técnicos ao compromisso em fazer nosso melhor. A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência às gestantes no pré-natal, parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (SERRUYA et all, 2004).

O acompanhamento pré-natal tem por finalidade garantir uma gestação com boa evolução, em que a gestante tenha direito às consultas, possa realiza os exames essenciais para a gestação e utilizar as medicações que eventualmente necessitar. Desta forma, pode-se identificar possíveis complicações na saúde da mãe ou do feto, e encaminhá-los para serviços de referência para uma melhor assistência.

O Ministério da Saúde assegura que o atendimento ou acompanhamento do pré-natal realizado nas unidades de saúde da família implica em infinitas possibilidades de ações que fomentem assistência de qualidade e atenção humanizada à mulher e familiares, dando destaque para algumas das ações primordiais (BRASIL, 2013):

- Acolhimento;
- Consultas e exames adequados;
- Identificação, monitoramento e acompanhamento de fatores de risco;
- Imunização;
- Atividades de educação em saúde;
- Visita domiciliar;
- Preparo para parto e nascimento humanizado.

Disponível em: <http://repcursos.unasus.ufma.br/provab_20141/modulo_1/livro_antigo/und2/3.html> Acesso em: 08 ago. 2018.

Em nossa unidade de saúde, as consultas de pré-natal e puerpério são realizadas tanto pelo médico quanto pela enfermeira. A primeira consulta geralmente é feita pela enfermeira, que solicita os exames iniciais e prescreve o sulfato ferroso e o ácido fólico, além do repelente. O retorno é feito com o médico, que avalia os exames, examina a

paciente, prescreve outras medicações que forem necessárias e realiza os encaminhamentos devidos. As gestantes são acompanhadas pela equipe de saúde até o final da gravidez. Após o parto e com a chegada da puérpera, na área, realiza-se a visita domiciliar em até 42 dias. A visita é feita por toda a equipe por meio do transporte da prefeitura. Na visita, examina-se mãe-filho, é feita orientação sobre o cuidado do recém-nascido e é agendada a primeira consulta de puericultura da criança.

Esta microintervenção teve por objetivo realizar uma atividade educativa sob a forma de uma roda de conversa com as gestantes, puérperas, e toda a equipe de saúde sobre os diversos temas relacionados a gestação e o puerpério. Realizamos esta atividade no dia 06/07/18 no povoado Curtume, que é onde se concentra o maior número de pacientes grávidas e puérperas. Pacientes de outros povoados também puderam comparecer e participar. As temáticas gerais abordadas foram: importância do pré-natal, cuidados de higiene, nutrição na gestação, distúrbios nutricionais e doenças ocasionadas pela alimentação inadequada, modificações do corpo na gestante, importância da atividade física, exercícios respiratórios, hipertensão e diabetes, atividade sexual, sinais de alerta, fatores psicológicos da gestação, medos e fantasias referentes à gestação e parto, depressão pós-parto, direitos e deveres da gestante, higiene bucal, preparo para o parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Outra orientação realizada durante o pré-natal é sobre a importância e os benefícios da amamentação exclusiva, mas mesmo assim algumas mães optam por incorporação precoce de outros alimentos. Abordamos a importância do comparecimento das gestantes para consulta de pré-natal, pois, assim podemos solicitar todos os exames necessários, tratar as possíveis patologias associadas e realizar todas as orientações. Algumas gestantes relataram que tinham dificuldades em comparecer as consultas devido a distância de suas casas até o povoado onde se localiza o posto. Para isto, agendamos consultas domiciliares com as pacientes que tinham essa dificuldade no deslocamento.

A intervenção, em minha unidade básica de saúde da família, representou um grande impacto na saúde da população, propiciando a ampliação da cobertura da atenção as gestantes e puérperas com a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do acompanhamento e seguimento pré-natal. A intervenção estabeleceu um vínculo entre os profissionais e a população alvo, imprescindível para a adesão das mesmas ao programa de assistência pré-natal e puerpério.

CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

A Saúde Mental brasileira passou por diversas transformações ao longo das últimas décadas. Alinhada aos ideais da chamada Reforma Psiquiátrica a progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico por modelos mais humanos e democráticos, provocou uma reconfiguração no atendimento à saúde mental (SILVA, 2010).

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde. O objetivo da Política Nacional da Atenção Básica é estimular o profissional de saúde a ser um bom ouvinte e cuidador, no momento que estiver diante de um usuário com algum tipo de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

Ao iniciar minhas atividade no PSF, percebi que muitos pacientes faziam uso de medicamentos psicotrópicos, dentre os principais estavam os antidepressivos e benzodiazepínicos. Logo de imediato, solicitei aos agentes de saúde que me disponibilizassem a relação de todos os pacientes que faziam uso de tais medicações. Com essa listagem em mãos, comecei a checar os prontuários desses pacientes e vi que a maioria utilizava psicotrópicos há muitos anos e não tinham acompanhamento regular com o psiquiatra. Havia pacientes que não possuíam diagnóstico psiquiátrico formal, mas mesmo assim eram usuários desses medicamentos. A fim de ajustar esta situação, criamos uma planilha em que organizamos todos os pacientes usuários de medicamentos psicotrópicos e dividimos por povoado, agente de saúde responsável, qual medicamento tomava, dose e tempo de uso, qual diagnóstico, se era um caso grave ou não e se tinha acompanhamento regular com o psiquiatra.

No decorrer de um mês, através da utilização da planilha, pudemos ver uma melhora no acompanhamento destes pacientes, no que diz respeito, a otimização das doses dos medicamentos e da substituição de alguns outros. Separamos também os pacientes com casos mais graves e de tratamento mais complexo e encaminhamos para atendimento especializado com psiquiatra e alguns com a psicóloga do município. Para alguns pacientes mais debilitados ou que se apresentavam com dificuldades para sair de casa, foram necessárias visitas domiciliares para examiná-los e prescrevê-los. Alguns

pacientes, foram encaminhados para o CAPS, para um monitoramento mais adequado, pois alguns apresentavam ideação suicida e agressividade excessiva.

Um ponto importante que percebi durante minhas consultas, foi que muitos pacientes que se queixavam de sintomas leves de ansiedade ou preocupação, sempre exigiam prescrição de psicotrópicos. Em relação a isso, juntamente com a minha equipe, fizemos rodas de conversas com grupos de pacientes com do povoado para esclarecer sobre as complicações de utilizar medicamentos controlados sem necessidade, ou tomá-los por muito tempo sem prescrição médica.

Dentre os muitos pacientes que utilizavam medicamentos psicotrópicos, encontramos uma paciente que aqui chamarei pelo pseudônimo de Maria. Maria buscava atendimento quase todos os dias na UBS, com o argumento de que queria aferir sua glicemia capilar, pois ela é diabética tipo 2, e não fazia tratamento regular. Muitas vezes pelo fato de ela aparecer muitas vezes, isso gerava impaciência na equipe. Nas consultas, eu a orientava sobre a necessidade de se alimentar melhor, tomar os medicamentos todos os dias e a importância de fazer exercícios físicos. No entanto, Maria não seguia minhas recomendações, sempre aparecia com facie de tristeza e baixa autoestima. A partir disso, notamos que Maria necessitava de um cuidado mais profundo sobre sua saúde mental. Encaminhei Maria para consulta com o psiquiatra, e esta recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e saiu com prescrição de clorpromazina. No início do tratamento, Maria demonstrou interesse em tomar a medicação no horário determinado, porém, ao longo do tempo, passou a não tomar. Fiz encaminhamento ao psicólogo e lá Maria fez algumas consultas. Após isso, percebi uma melhora do quadro clínico de Maria, pois ela passou a tomar as medicações com assiduidade. Com a melhora da saúde mental de Maria, houve melhora do diabetes mellitus, que inicialmente era bastante descontrolado. Isso aconteceu devido o aumento da autoestima, que proporcionou maior determinação em fazer dieta, realizar atividades físicas e tomar as medicações prescritas. Seguiremos acompanhando Maria para observar sua evolução, e também todos os outros pacientes que necessitarem.

Sendo assim, nossa equipe se compromete numa maior atenção e seguir acompanhando os pacientes, com a finalidade de garantir um melhor cuidado para a saúde mental. Além disso, cobraremos uma atuação mais presente do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em nossa unidade.

CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

Os primeiros anos de vida da criança constituem uma das fases mais importantes do desenvolvimento. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente vulneráveis às diversas doenças, muitas das quais podem ser efetivamente prevenidas ou tratadas. A atenção à saúde da criança pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, tendo como compromisso promover qualidade de vida para que a criança possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2017).

As ações de puericultura na Estratégia de Saúde da Família desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças focando na educação em saúde e visando garantir um atendimento de qualidade (PACHECO et al., 2012). A Estratégia de Saúde da Família deve assumir o papel de responsabilidade social na atenção à saúde da criança definindo uma agenda de compromissos a fim de seja garantido um cuidado de saúde digno à criança (DUNCAN et al., 2013).

Nossa equipe organizou uma reunião com todos os integrantes: agentes de saúde, técnico de enfermagem, enfermeira e médico a fim de organizar as estratégias de atenção à saúde do nosso PSF baseados nos requisitos mínimos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ/AB). Realizamos a resolução do questionário durante a reunião e diante do resultado deste procuramos então desenvolver ações necessárias para atenção à saúde da criança (Ver Tabela 1). Inicialmente fizemos um levantamento do número de crianças (principalmente as de 0 a 2 anos de idade), e checamos, por meio dos prontuários, a quantidade de atendimentos feitos para cada criança e se haviam consultas em atraso, além de analisar diagnósticos e diagnosticar alterações de exames laboratoriais. Reservamos sempre um dia na semana para que os pais levem os filhos para atualizarem os cartões de vacinação, e percebemos que com esta medida conseguimos cumprir todas as metas de vacinação, inclusive em relação à última campanha de sarampo e poliomielite.

Definimos que precisávamos aumentar o número de consultas de puericultura nas crianças das nossas unidades de saúde, assim dessa forma poderíamos realizar um acompanhamento melhor dessas crianças, e intervir para melhora no crescimento e desenvolvimento adequados. Além disso, passamos a realizar visitas domiciliares às crianças em que os pais não tinham condições de levar ao posto de saúde devido a grande

distância da unidade de saúde. Nossa equipe realiza as medidas antropométricas, atualiza vacinações e orienta medidas de promoção e prevenção de saúde para a criança e toda a família. A todos os recém-nascidos, fazemos os testes do pezinho. Realizamos também mini palestras a fim de orientar as mães quanto a importância da amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida e tiramos as principais dúvidas de todos em relação a temas gerais de saúde na infância.

Tabela 1: Questionários

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	
--	---	--

Fonte: Programa de educação permanente em saúde da família. PEPSUS, 2018

CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Básica

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes. Tradicionalmente trabalha-se em saúde com o conceito das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que no geral possuem evolução lenta. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos (MENDES EV, 2011).

As doenças crônicas quando não recebem tratamento e prevenção adequados, levam o paciente a desenvolver mais sintomas e conseqüentemente perda da capacidade funcional. As principais condições crônicas não transmissíveis que podemos destacar são as doenças cardiovasculares (diabetes e hipertensão arterial sistêmica primária), cânceres e as doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2009).

Em reunião com a equipe do PSF, discutimos as estratégias no atendimento aos pacientes vivendo com DCNT, baseado no questionário do Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (Quadro 1). Na nossa unidade de saúde, em relação às DCNT, temos majoritariamente diabéticos e hipertensos. Semanalmente, reservamos um dia de atendimento para atender esses pacientes específicos, este dia é chamado de HIPERDIA. Neste dia, renovamos as receitas dos anti-hipertensivos e antidiabéticos dos pacientes, fazemos orientações sobre a posologia de tais medicamentos, sobre mudanças no estilo de vida através de uma alimentação saudável, realização de atividades físicas regulares, abandono do tabagismo e redução do consumo excessivo do álcool. Além disso, é feita a aferição da pressão arterial de todos os pacientes e da glicemia capilar dos pacientes diabéticos. É feito o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e quando um paciente tem ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) buscamos as possíveis causas da obesidade, solicitando exames complementares e encaminhando para a referência. Existe uma parcela de pessoas que são impossibilitadas de ir ao posto de saúde devido a limitações de saúde. Para estes pacientes, realizamos a visita domiciliar, juntamente com a equipe e o agente de saúde responsável.

Alguns dos nossos pacientes apresentaram dificuldade no controle do diabetes e/ou da hipertensão arterial, apesar da otimização das medicações e da mudança no estilo

de vida. Sendo assim, fazemos o encaminhamento para avaliação de especialistas (nutricionista, endocrinologia e cardiologia principalmente). Tivemos alguns casos de pacientes diabéticos e hipertensos que foram resistentes ao tratamento, e evoluíram com complicações cardiovasculares e neurológicas. Com o intuito de evitar que tais complicações pudessem acometer outros pacientes, organizamos algumas palestras que seriam ministradas por mim, pela enfermeira e por uma nutricionista. Os temas abordariam a definição de hipertensão arterial e do diabetes mellitus, todos os sinais e sintomas, diagnóstico e formas de tratamento. Realizamos o evento no posto de saúde e fizemos uso de projetor de imagem e computador para as apresentações. Além disso, organizamos um lanche que foi oferecido para todos os presentes. Este lanche era composto de frutas e alimentos saudáveis. A palestra principal foi ministrada por uma nutricionista convidada do município, onde ela focou nos hábitos alimentares saudáveis que os pacientes hipertensos e diabéticos precisavam ter e das restrições alimentares, como uma forma de auxiliar tanto na prevenção quanto no tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Foi dada oportunidade para a participação de todos, através de perguntas, debates e sugestões.

Enfim, um dos maiores desafios diz respeito ao caráter multidisciplinar do cuidado aos usuários com DCNT, pois é através de uma equipe completa que se pode proporcionar de maneira mais eficaz um exímio cuidado a esses pacientes. Outro ponto a se considerar, é a conscientização e a participação de toda a comunidade, no intuito de proporcionar uma boa evolução e controle das DCNT.

Quadro 1: Questionário

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 dia		1 dia	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X		X	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X		X	

A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	X		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		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		X	
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	X		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		X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	X		X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?		X		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	

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

MICROINTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
<p>Busca ativa de pacientes hipertensos e consultas para recém-nascidos na primeira semana de vida</p>	<p>Juntamente com minha equipe de saúde da família, em três reuniões realizadas na unidade de saúde, analisamos e preenchemos o instrumento de auto avaliação do PMAQ. Cada membro da equipe conseguiu manifestar sua opinião sobre os diversos temas discutidos. Em relação a busca ativa de pacientes hipertensos, organizamos algumas palestras que seriam ministradas por mim, pela enfermeira e por uma nutricionista. Os temas abordariam a definição de hipertensão arterial, sinais e sintomas, diagnóstico e formas de tratamento. Para realizar esta atividade, reservamos um salão de uma das casas do povoado e conseguimos várias cadeiras, data-show e computador para as apresentações.</p>	<p>Esta microintervenção foi a mais bem sucedida em relação a participação dos pacientes. No dia da palestra, o local estava lotado e pudemos passar informações importantes para um grande número de pessoas.</p>	<p>Realizar palestras e atividades de grupos com os hipertensos e diabéticos dos outros povoados pelo menos uma vez por ano.</p>
<p>Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento</p>	<p>Ao iniciar minhas atividades na UBS, consegui obter dentro da equipe as informações do território quanto a número de indivíduos, diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças e de usuários de medicamentos controlados. Então, um primeiro passo foi dado no sentido de modificar a agenda para experimentar e conhecer a demanda desses grupos específicos. Alguns turnos</p>	<p>Pudemos melhorar nosso acolhimento para com os pacientes, organizando nossos atendimentos conforme prioridade que cada paciente apresentava</p>	<p>Aplicar protocolos de triagem no acolhimento dos pacientes, estabelecendo prioridade conforme agendamento, atendimento de demanda espontânea e gravidade do caso.</p>

	<p>seriam destinados a hipertensos e diabéticos (chamado de HIPERDIA), a crianças, a gestantes e outras demandas que não se encaixassem em nenhum desses. Para os grupos específicos, não seria necessário pegar uma ficha de atendimento, bastando solicitar ao agente comunitário de saúde (ACS), responsável pela agenda, a marcação. As demandas aleatórias se mantiveram no modelo de fichas.</p>		
<p>Atividade educativa com grupo de gestantes e puérperas no PSF Curtume</p>	<p>Em nossa unidade de saúde, as consultas de pré-natal e puerpério são realizadas tanto pelo médico quanto pela enfermeira. A primeira consulta geralmente é feita pela enfermeira, que solicita os exames iniciais e prescreve o sulfato ferroso e o ácido fólico, além do repelente. O retorno é feito com o médico, que avalia os exames, examina a paciente, prescreve outras medicações que forem necessárias e realiza os encaminhamentos devidos. As gestantes são acompanhadas pela equipe de saúde até o final da gravidez. Após o parto e com a chegada da puérpera, na área, realiza-se a visita domiciliar em até 42 dias. A visita é feita por toda a equipe por meio do transporte da prefeitura. Na visita, examina-se mãe-filho, é feita orientação sobre o cuidado do recém-nascido e é agendada a primeira consulta de puericultura da criança.</p>	<p>Através desta intervenção, passamos a ampliar nosso atendimento as gestantes do povoado. Aprimoramos as visitas às puérperas e realização dos pré-natais desde com mais consultas.</p>	<p>Acompanhamento das gestantes e puérperas através de reuniões trimestrais, com rodas de conversa e consultas rápidas.</p>

<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Ao iniciar minhas atividade no PSF, percebi que muitos pacientes faziam uso de medicamentos psicotrópicos, dentre os principais estavam os antidepressivos e benzodiazepínicos. Logo de imediato, solicitei aos agentes de saúde que me disponibilizassem a relação de todos os pacientes que faziam uso de tais medicações. Com essa listagem em mãos, comecei a checar os prontuários desses pacientes e vi que a maioria utilizava psicotrópicos há muitos anos e não tinham acompanhamento regular com o psiquiatra. Havia pacientes que não possuíam diagnóstico psiquiátrico formal, mas mesmo assim eram usuários desses medicamentos. A fim de ajustar esta situação, criamos uma planilha em que organizamos todos os pacientes usuários de medicamentos psicotrópicos e dividimos por povoado, agente de saúde responsável, qual medicamento tomava, dose e tempo de uso, qual diagnóstico, se era um caso grave ou não e se tinha acompanhamento regular com o psiquiatra.</p>	<p>Através dessa atividade, pudemos organizar todos os pacientes usuários de psicotrópicos, suspendendo, trocando ou otimizando determinadas medicações de alguns pacientes e encaminhando para referência os casos mais complexos.</p>	<p>Acompanhamento dos usuários de psicotrópicos através da checagem das medicações utilizadas e respectivas doses. Além disso, realizar atividades em grupos com o objetivo de compartilhamento de experiências.</p>
<p>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</p>	<p>Definimos que precisávamos aumentar o número de consultas de puericultura nas crianças das nossas unidades de saúde, assim dessa forma poderíamos realizar um acompanhamento melhor dessas crianças, e intervir para melhora no crescimento e desenvolvimento adequados. Além disso, passamos a realizar visitas domiciliares às crianças</p>	<p>Com a ampliação do número de consultas, pudemos diagnosticar mais comorbidades e também tratá-las.</p>	<p>Anotar os dados antropométricos das crianças, como peso, altura, curvas de crescimento para acompanhamento do desenvolvimento. Orientar os pais ou cuidadores sobre saúde da criança e aproveitamento escolar.</p>

	<p>em que os pais não tinham condições de levar ao posto de saúde devido a grande distância da unidade de saúde. Nossa equipe realiza as medidas antropométricas, atualiza vacinações e orienta medidas de promoção e prevenção de saúde para a criança e toda a família. A todos os recém-nascidos, fazemos os testes do pezinho</p>		
<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Básica</p>	<p>Em reunião com a equipe do PSF, discutimos as estratégias no atendimento aos pacientes vivendo com as chamadas doenças crônicas não transmissíveis, baseado no questionário do Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Na nossa unidade de saúde, em relação às DCNT, temos majoritariamente diabéticos e hipertensos. Semanalmente, reservamos um dia de atendimento para atender esses pacientes específicos, este dia é chamado de HIPERDIA. Neste dia, renovamos as receitas dos anti-hipertensivos e antidiabéticos dos pacientes, fazemos orientações sobre a posologia de tais medicamentos, sobre mudanças no estilo de vida através de uma alimentação saudável, realização de atividades físicas regulares, abandono do tabagismo e redução do consumo excessivo do álcool. Além disso, é feita a aferição da pressão arterial de todos os pacientes e da glicemia capilar dos pacientes diabéticos</p>	<p>Muitos pacientes que apresentavam hipertensão arterial e diabetes, passaram a seguir nossas recomendações e apresentaram melhora nos níveis tensionais e de glicemia.</p>	<p>Estabelecer uma nova linha de cuidado para os riscos das DCNT, incluindo uma avaliação adequada pelas especialidades necessárias e manter um bom mecanismo de referência e contra referência.</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de intervenção realizadas em nossa unidade básica de saúde da família, representaram um grande impacto na saúde da população, propiciando a ampliação da cobertura da atenção as gestantes e seguimento pré-natal, puérperas, melhorias no acolhimento, na busca de pacientes hipertensos e melhor assistências aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Essas experiências estabeleceram um vínculo entre os profissionais e toda a população.

Através dessas microintervensões, almejamos trazer grandes benefícios para a população. A visualização dos benefícios a curto e médio prazo poderá estimular a equipe a se comprometer ainda mais com a qualidade da assistência prestada, e buscar medidas que trarão benefícios contínuos e a longo prazo, envolvendo a gestão municipal de saúde e as entidades comunitárias e sociais.

Sendo assim, nossa equipe se compromete numa maior atenção e seguir acompanhando os pacientes, com a finalidade de garantir um melhor cuidado para a saúde. Enfim, um dos maiores desafios diz respeito ao caráter multidisciplinar do cuidado aos usuários, pois é através de uma equipe completa que se pode proporcionar de maneira mais eficaz um exímio cuidado a esses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF): MS; 2010

_____. Ministério da saúde. Política nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. J Health Sci Inst, São Paulo, v. 30, n. 1, 2012

<http://repcursos.unasus.ufma.br/provab_20141/modulo_1/livro_antigo/und2/3.html.>

Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de Capacitação em Atenção Integral à Saúde Materna: Módulo I. São Luís, 2013

SERRUYA et all; O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental, 2013

SILVA, Ana Maria P. A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde do Estado do Espírito Santo. Ministério da Saúde. 2017.

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Artmed, 2013. 1600 p

PACHECO, Germano Augusto Alves et al. Puericultura em crianças de 0 a 1 ano em Estratégia Saúde da Família em Cuiabá - Mato Grosso, 2012

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Vigitel 2007. Brasília: SVS/Ministério da Saúde; 2009.
