



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

Qualificação do atendimento na Atenção Primária à Saúde.

FERNANDA CARVALHO FRANCO

NATAL/RN

2018

Qualificação do atendimento na Atenção Primária à Saúde.

FERNANDA CARVALHO FRANCO

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

ORIENTADOR: ISAAC ALENCAR PINTO

NATAL/RN

2018



NATAL/RN

2018







RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso foi construído baseado em módulos específicos sobre Saúde da Família e Comunidade associados a elaboração de intervenções na equipe na qual estou alocada pelo Programa Mais Médicos no município de Natal - Rio Grande do Norte. Tais intervenções foram voltadas, entre outras coisas, para a melhoria do processo de trabalho, facilitação do acesso ao serviço de saúde pelos usuários. O objetivo é conseguir atingir um padrão de qualidade nos serviços de saúde condizentes com o que é preconizado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Como resultados, tivemos a melhoria de diversos indicadores de saúde e o planejamento da continuidade das ações após o final da especialização.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde da Família; PMAQ

SUMÁRIO

Apresentação.....	2
Capítulo I: Atendimento a puérperas e recém nascidos na primeira semana pós-parto.....	3
Capítulo II: Implantação do acolhimento a demanda espontânea.....	8
Capítulo III: Saúde sexual e reprodutiva.....	11
Capítulo IV: A Saúde Mental na Atenção Básica.....	14
Capítulo V: Atenção à saúde da criança.....	21
Capítulo VI: Doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica.....	25
Capítulo VII: Plano de continuidade.....	30
Considerações finais.....	35
Referências.....	36

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso foi construído baseado em módulos específicos sobre Saúde da Família e Comunidade associados a elaboração de intervenções na equipe na qual estou alocada pelo Programa Mais Médicos no município de Natal - Rio Grande do Norte. Tais intervenções foram voltadas, entre outras coisas, para a melhoria do processo de trabalho, facilitação do acesso ao serviço de saúde pelos usuários, melhor monitorização dos principais problemas de saúde da comunidade e capacitação de toda equipe baseada em protocolos mais recentes elaborados, principalmente, pelo Ministério da Saúde.

O objetivo é conseguir atingir um padrão de qualidade nos serviços de saúde condizentes com o que é preconizado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Programa este do governo federal que tem como objetivo incentivar gestores a realizarem melhorias nos serviços de saúde que são oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de Atenção Básica, aos usuários destes serviços. A meta do PMAQ é atingir um padrão de qualidade a nível nacional através de estratégias que visam, entre outras coisas, qualificar essas equipes e acompanhar seu trabalho.

Portanto, este é um trabalho longitudinal do tipo intervencionista e seus capítulos estão dispostos conforme a ordem cronológica em que os temas e as respectivas intervenções foram realizadas ao longo do ano de 2018.

CAPÍTULO I: Atendimento a puérperas e recém nascidos na primeira semana pós-parto

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) é um programa do governo federal que tem como objetivo incentivar gestores a realizarem melhorias nos serviços de saúde que são oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de Atenção Básica, aos usuários destes serviços. A meta é atingir um padrão de qualidade a nível nacional através de estratégias que visam, entre outras coisas, qualificar essas equipes e acompanhar seu trabalho.

A Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) é um dos instrumentos utilizados para tal fim, pois norteia os pontos de maior vulnerabilidade de cada equipe. Daí a grande importância de se colocar o processo de autoavaliação como rotina nas unidades de atenção básica entre as equipes que a compõe, uma vez que será através desse processo que se identificarão as maiores demandas para melhoria dos serviços ofertados, do acesso dos usuários, do processo de trabalho etc.

No caso da equipe da qual faço parte, a maioria de seus integrantes já conheciam o PMAQ e haviam realizado uma autoavaliação anteriormente. Assim, em uma de nossas reuniões de equipe nos propomos a discutir sobre o tema para identificar pontos de fragilidade nos quais pudéssemos atuar. De início percebi que apesar de conhecerem o programa e o processo de autoavaliação, muitos integrantes da equipe não possuíam total clareza sobre a importância de tornar esse processo rotineiro e procurar, de fato, executar mudanças a partir dos resultados em que se chegue.

Dessa forma, realizamos uma breve discussão sobre a relevância do processo de autoavaliação esclarecendo as dúvidas existentes. Após isso, aplicamos o questionário que foi respondido pela maior parte da equipe em conjunto (três agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem e eu – a enfermeira de nossa equipe e os demais agentes se encontravam de férias) e, assim, identificamos um ponto de grande fragilidade no qual poderíamos atuar para melhoria do serviço ofertado, da assistência aos usuários e do acesso à unidade. Tal ponto é contemplado no indicador 4.24 do questionário (“A

2								
3								
4								
5								
6								
7								

A importância de tal medida se deve, entre outras coisas, ao fato de a primeira semana de vida do recém-nascido ser o momento ideal para se incentivar o aleitamento materno exclusivo, esclarecendo possíveis dúvidas que a família possa ter, orientar corretamente a vacinação dessas crianças de acordo com o Plano Nacional de Imunização, verificar a realização dos testes de triagem neonatal, entre outras medidas (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a partir da autoavaliação realizada, conseguimos identificar um ponto de fragilidade na assistência prestada por nossa equipe e, ao mesmo tempo, criamos um instrumento para monitorar um dos indicadores do PMAQ que se refere à coordenação do cuidado: Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida. Tal dado será facilmente calculado através do número de recém nascidos atendidos na primeira semana de vida e o número de gestantes que foram acompanhadas pela equipe durante determinado período.

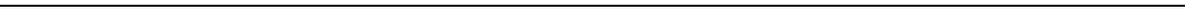
Com o panorama dos dados que construiremos e a conscientização da equipe e das gestantes sobre a importância da assistência médica na primeira semana pós parto para mãe e recém-nascido, esperamos obter resolução deste problema em no máximo 6 meses (já que atualmente a maioria das gestantes em acompanhamento se encontram no primeiro para segundo trimestre de gestação). Tal resultado poderá ser monitorado através do percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida que conseguiremos

acessar nos relatórios do e- SUS, através dos dados inseridos no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) e no CDS.

A seguir, apresentamos a Matriz de Intervenção elaborada nessa atividade.

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão: Primeira consulta de recém nascidos na primeira semana de vida						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Primeira consulta de recém nascidos apenas com 30 dias ou mais de vida						
Objetivo/Meta: Primeira consulta de recém nascidos na primeira semana de vida						
Estratégias para alcançar os objetivos/metás	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Monitorar, através de um quadro, todas as gestantes em pré natal.	Através de tal monitoramento, prever, utilizando a data provável do parto e	Quadro branco e pincel.	Assistência a 100% dos recém nascidos das gestantes acompanhadas pela equipe na	Médica Agentes comunitários de saúde Enfermeira	6 meses.	Registros do e-SUS (número de recém nascidos atendidos na primeira semana de vida) +
	acompanhando os retornos das gestantes, para quando será a primeira consulta do recém nascido.		primeira semana de vida.			número total de gestantes assistidas pela equipe.



CAPÍTULO II: Implantação do acolhimento a demanda a espontânea.

O acolhimento a demanda espontânea é uma estratégia de grande importância na atenção básica, uma vez que possibilita a ampliação do acesso e da qualidade da atenção prestada ao usuário. Isso porque através desta estratégia o usuário passa a definir o que é “necessidade de saúde” para ele, passa a ter suas diferentes demandas ouvidas e resolvidas, além de fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com os usuários, pois estes se sentem melhor assistidos pelo serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Todos estes pontos corroboram para que a atenção primária em saúde se torne um serviço mais resolutivo. Portanto, sua implementação tem um caráter crucial para que consigamos oferecer ao cidadão uma atenção integral a sua saúde. Isso porque iremos recebê-lo em momentos que foram programados pela equipe de saúde, mas também em momentos em que ele próprio julgar necessitar de assistência, garantindo assim a integralidade da atenção à saúde.

Na unidade em que estou lotada, a implementação do acolhimento a demanda espontânea se iniciou há aproximadamente dois meses. Desde então, muitas dúvidas e dificuldades surgiram. Entre elas ressalto aqui a dificuldade de compreensão dos usuários e da própria equipe a respeito do novo modelo assistencial.

Em relação à dificuldade de compreensão dos usuários, percebi que, a princípio, a maioria rejeitou o novo modelo, mesmo o anterior sendo baseado na distribuição de fichas que obrigavam a população a madrugar na porta da unidade para que conseguisse ser atendida. Aos poucos, com o melhor estabelecimento do acolhimento a demanda espontânea, esclarecimento das dúvidas dos usuários e melhora do vínculo entre os mesmos e as equipes, a ideia passou a ser melhor aceita, pois conseguiu cumprir um de seus objetivos: aumentar a acessibilidade dos cidadãos.

O que pude perceber no início é que a população ainda tinha em mente que caso não conseguisse ter sua demanda resolvida naquele mesmo dia em que procurou a unidade, teria novamente que entrar em uma fila no dia seguinte para conseguir ter o atendimento desejado. Dessa forma, muitos criaram o mal hábito de ao final do acolhimento irem

batendo de porta em porta atrás de algum funcionário que conseguisse resolver sua demanda naquele mesmo dia.

Tal hábito gerou um desgaste imenso nos funcionários, que muitas vezes eram interrompidos em seus atendimentos, ao próprio usuário que se sentia desassistido recebendo várias respostas negativas nessa busca e, muitas vezes, gerava algum mal estar dentro da própria equipe, pois o paciente recebia uma orientação no acolhimento, mas, nessa saga, acabava encontrando alguém que poderia “resolver seu problema” de forma imediata, o que demonstrou a falta de consonância entre os membros das equipes.

Este problema foi contornado, dentre outras formas, através da criação de um sistema de fichas no qual todo paciente que adentra a unidade recebe uma ficha que orienta o setor no qual o mesmo possui atividade (por exemplo: Vacina, sala de curativos etc). Essas fichas contém o setor e uma numeração que se refere a posição na fila na qual o paciente está.

Assim, se algum paciente bate de porta em porta procurando alguém que possa solucionar sua demanda sem apresentar nenhuma ficha, significa que este paciente não possui atividade agendada para aquele dia na unidade ou que ele não passou pelo acolhimento e assim ele é orientado a retornar a recepção da unidade para ser melhor atendido e encaminhado ao setor de destino corretamente. Dessa forma, se resolveram as indisposições que ocorreram dentro das equipes e os pacientes aos poucos passaram a compreender melhor a nova forma de organização do trabalho na unidade de saúde e a perceber seus benefícios.

Já no que se refere às equipes, tal dificuldade em compreender este novo modelo se deu principalmente pelo fato de, no início, entenderem o acolhimento a demanda espontânea com sendo uma “triagem para o atendimento médico” ou como sendo uma “consulta de enfermagem”. Aos poucos as equipes foram entendendo melhor o significado do acolhimento, enxergando ele como uma ferramenta através da qual conseguiríamos responder melhor às diferentes demandas dos pacientes, que vão muito além de uma consulta médica.

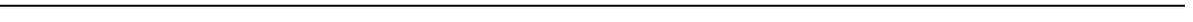
Outra dificuldade que percebi que se refere aos membros das equipes, foi em relação a triagem dos pacientes. Isso porque alguns pacientes que demandavam maior atenção e um atendimento mais urgente, muitas vezes acabavam sendo agendados para semana seguinte. Em contrapartida, pacientes que não apresentavam queixas e só queriam mostrar resultado de exames de rotina recebiam atendimento médico no mesmo dia. Assim, havia um desconhecimento quanto a prioridade que deveria ser dada a cada usuário.

Tal problemática foi solucionada após reuniões com as enfermeiras que eram responsáveis pelo acolhimento e o esclarecimento dos casos que deveriam ser priorizados. No dia a dia na unidade, quando surgem dúvidas em algum caso, a equipe tem maior liberdade de conversar entre si e, se for o caso, pedir auxílio aos médicos que estão em atendimento para se definir a prioridade de cada paciente.

Para que todo esse processo ocorresse tendo os ajustes necessários para se obter sucesso, a direção da unidade pactuou com as equipes que ocorreriam reuniões semanais nas sextas feiras para se discutir as dificuldades e o que se poderia mudar para melhorar o sistema. Penso que a manutenção dessas reuniões tem papel fundamental para que o acolhimento a demanda espontânea seja de fato implementado e funcione de forma correta.

Com as mudanças que ocorreram até aqui, percebi um melhor entrosamento entre os membros das equipes em busca de responder às demandas dos pacientes e uma maior satisfação com o serviço que temos prestado. Isso porque os usuários são melhor recebidos e conseguimos dar maior resolutividade aos problemas que eles nos trazem.

Assim, diariamente conseguimos enxergar os resultados do nosso trabalho sem sermos obrigados a postergar tanto a resolução das demandas dos usuários por falta de fichas, por agendas abarrotadas, por desorganização do processo de trabalho etc. Do outro lado, temos pacientes mais satisfeitos por terem um acesso facilitado ao serviço de saúde e respostas mais ágeis as suas diversas necessidades.



CAPÍTULO III: Saúde sexual e reprodutiva.

A importância de se realizar o planejamento familiar e dar assistência adequada ao pré natal e puerpério, assim como de situações pós aborto, na Atenção Primária a Saúde é indiscutível. Entre outras coisas, essas ações fazem com que os direitos sexuais e reprodutivos da população sejam garantidos, conforme previsto na Constituição Federal (BRASIL, 2010).

Dentre as atividades que são englobadas na Atenção a Saúde Sexual e Reprodutiva, a equipe da qual faço parte realiza principalmente a orientação e prescrição de métodos contraceptivos, o que inclui o encaminhamento para realização daqueles de maior complexidade tecnológica; iniciamos a investigação dos casais inférteis e realizamos o devido encaminhamento dos mesmos; assistência pré natal, inclusive o acompanhamento das gestantes de alto risco, já que a minoria delas consegue de fato o acompanhamento em centros especializados, cabendo a atenção básica manejar certos casos por falha do sistema de referência e contra referência; e a assistência puerperal. Além dessas atividades, também cito aqui o diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e as devidas orientações preventivas, assim como a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B nos pacientes que apresentam fatores de risco.

Após realizar as reflexões propostas no módulo de “Planejamento Reprodutivo, Pré Natal e Puerpério”, constatamos alguns pontos de fragilidade no serviço que temos prestado à população. Dentre eles, destaco aqui a discussão sobre diversidade de gênero, relações de gêneros e discussão sobre saúde sexual em grupos. De fato, todas essas ações acabam ficando restritas aos atendimentos individuais, principalmente às consultas médicas, onde posso garantir uma abordagem integral da saúde do usuário, incluindo a saúde sexual e reprodutiva dos mesmos.

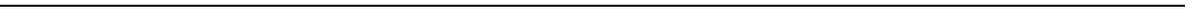
Baseado nisso, realizamos algumas tentativas de instituir grupos de jovens para a discussão destes temas, porém esbarramos na o de captar interessados para tal atividade. Percebemos que esta dificuldade se dá, entre outras coisas, pelo fato de esse ainda ser um tema que causa constrangimento a muitos ao ser discutido . Dessa forma, após reunião da equipe (com três agentes comunitários de saúde, enfermeira, médica e duas técnicas de

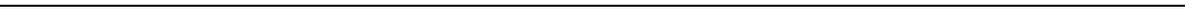
enfermagem), optamos por reforçar a inserção deste tema nos atendimentos individuais para naturalizar ao máximo tal discussão com a população e, posteriormente, realizarmos nova tentativa de criarmos grupos para debate deste tema em específico.

Apesar destes pontos de fragilidade acima mencionados, citarei aqui uma intervenção que tem sido realizada e que tem nos dado bons resultados referente ao “levantamento periódico das gestantes do bairro” e “orientação sobre a importância de retorno para as consultas de puerpério”. Isso porque, até há aproximadamente dois meses, não havia em nossa equipe este levantamento, o que dificultava o monitoramento das gestantes de nossa área e, conseqüentemente, o retorno das mesmas com seus recém nascidos para as consultas de puerpério na primeira semana pós parto.

Contudo, após a avaliação dos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) na unidade de “Observação na Unidade de Saúde”, iniciamos este levantamento que é atualizado semanalmente após as consultas de pré natal. Dessa forma, temos todos os dados das gestantes que acompanhamos registrados em uma tabela e assim conseguimos monitorar a evolução de suas gestações, para quando está previsto seu retorno, e, principalmente para quando está prevista a primeira consulta pós parto afim de facilitar o acesso destas usuárias e garantir que a mesma retornem na primeira semana após o parto (pois é ainda a maior deficiência deste acompanhamento). Além dessa estratégia, temos reforçado nas consultas individuais a importância desse retorno e as orientações sobre a amamentação.

Assim, apesar de estes não serem atualmente os principais pontos de fragilidade da atenção que é prestado pela equipe da qual faço parte, temos consciência de que tal cenário se deve a intervenção que temos realizado ao longo destes últimos meses. Dessa forma, toda essa experiência, apesar de seus insucessos, nos mostrou que nossas ações realmente tem a capacidade de fortalecer aqueles pontos nos quais nossa atuação ainda é deficiente. Com isso, acreditamos que se mantermos essa linha de abordar temas que são considerados de difícil discussão pela população no âmbito individual, até estes serem tratados de forma mais natural para então serem discutidos em grupo, teremos êxito nesta abordagem.





CAPÍTULO IV: A Saúde Mental na Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a Política Nacional de Saúde Mental consiste:

Nas estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas).

Portanto, fica evidente que se trata de uma população numerosa e que necessita de um cuidado continuado e articulado entre os diversos níveis de atenção à saúde, mas que muitas vezes acaba tendo assistência comprometida por dificuldades de acesso ao sistema de saúde, dificuldades financeiras em se manter um tratamento medicamentoso continuado, preconceito, dificuldades de reconhecimento dos transtornos mentais, entre diversos outros obstáculos.

Na equipe da qual faço parte, foi me relatado que já existiu um instrumento para registro incompleto apenas dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, porém haviam perdido tal registro e no presente momento ainda não existia um para substituí-lo. Para registro dos demais pacientes em uso de medicações para transtornos mentais diversos, registro dos usuários de álcool e outras drogas, assim como dos pacientes mais graves em sofrimento psíquico, nunca houve instrumento.

A proposta de se criar tal instrumento de registro não foi tão bem recebida pelos que se faziam presentes na reunião, isso porque no mês de desenvolvimento deste módulo a maior parte da equipe não se fazia presente na unidade por motivo de férias. Assim contávamos apenas com uma agente comunitária de saúde (ACS) e uma técnica de enfermagem. A enfermeira e um ACS estavam de férias e neste mesmo período tivemos o remanejamento de uma terceira ACS para outra unidade, ficando com a equipe ainda mais desfalcada.

Diante deste cenário, para não sobrecarregar ainda mais os componentes da equipe que já estavam com funções acumuladas, decidimos por criar um sistema de registro no qual o paciente, após passar pela consulta médica, era orientado a procurar a ACS de nossa equipe que se fazia presente na unidade e assim informá-la, em ambiente reservado, seus dados (nome, data de nascimento, prontuário, endereço, medicações da qual fazia uso, transtorno mental que estava sendo tratado e o período de tratamento).

Os obstáculos encontrados foram diversos, por resistência dos pacientes, por dificuldades de encontrarem a responsável pelo registro ou por esta estar ocupada em alguma atividade e assim não poder fazer as anotações no momento em que o paciente havia se disponibilizado a passar suas informações. Diante disso optei por iniciar o registro durante as consultas, porém mais uma vez surgiram dificuldades já que os registros que temos obrigatoriedade de realizar já são inúmeros, ficando esta proposta em segundo plano.

A conclusão de todo esse processo foi que em uma equipe que se encontra desfalcada, o trabalho infelizmente não pode ser realizado da forma como deveria ou gostaríamos. Mesmo com o retorno dos profissionais que se encontravam de férias, continuamos tendo dois ACS em uma equipe que na verdade deveria ter cinco, ficando todo esse processo que havia sido proposto comprometido.

Quanto a organização da rede de saúde mental no território, as conclusões são ainda mais desestimulantes. Isso porque estamos sem um CAPS de referência no território (contamos apenas com o CAPS AD em atividade na Zona Norte, ficando muitos pacientes sem assistência prestada por este serviço), na unidade na qual trabalho não existe suporte do NASF e soma-se a isso o fato das consultas solicitadas com psiquiatras demorarem em média um ano, e quando ocorrem não recebemos a contrarreferência por parte do especialista. Portanto a assistência em saúde mental fica completamente comprometida.

Toda essa situação pode ser claramente percebida no caso de uma paciente que tenho acompanhado. Se trata de uma paciente do sexo feminino, 43 anos que trabalha como agente comunitária de saúde na unidade em que estou alocada. Tal paciente faz parte da população de uma equipe que se encontra sem médico há aproximadamente sete meses e me procurou com queixas que se enquadravam em um transtorno depressivo.

No momento do primeiro atendimento a paciente se encontrava chorosa, com humor deprimido e referiu ideação suicida. Diante desse quadro, articulei com a assistente social da unidade a possibilidade de conseguirmos um atendimento emergencial no CAPS Oeste (que seria o CAPS mais adequado para seu atendimento, apesar dela não fazer parte da população adstrita deste). Conseguimos atendimento para a paciente que foi acompanhada por familiares. No CAPS Oeste foi iniciado tratamento medicamentoso e encaminhamento para psicoterapia e para acompanhamento psiquiátrico após estabilização do quadro.

Após está conduta inicial, a paciente voltou a ser acompanhada na UBS, ainda por mim, já que a área da qual faz parte permanece sem médico. Com auxílio da assistente social e dos demais integrantes de sua equipe conseguimos amenizar os conflitos que existiam na casa da paciente, que foram um dos gatilhos do atual problema de saúde, conseguindo assim o apoio de sua rede familiar.

Ao término de um período de afastamento de aproximadamente dois meses, conforme foi orientado pelo especialista que a acompanhou, a paciente retomou seus trabalhos como agente comunitária de saúde. Aqui evidenciamos mais um dos obstáculos vividos por muitos pacientes que apresentam transtornos mentais: a aceitação e reinserção na sociedade. Isso porque após algumas semanas do seu retorno, a paciente novamente me procurou, mais uma vez com sintomas depressivos e a queixa naquele momento se referia a dificuldade de retomar seus trabalhos na unidade, isso porque as demais colegas de trabalho a colocavam como sendo incapaz de executar suas funções.

Diante de tudo isso, fica claramente exemplificado o quanto todo o sistema para atendimento de pacientes em sofrimento psíquico é falho e não oferece a assistência adequada aos pacientes. Equipes incompletas, número insuficiente de CAPS, população despreparada e desinformada para auxiliarem na reinserção desses pacientes na comunidade.

Talvez uma alternativa que poderia ser tomada de forma mais imediata, seja investir na capacitação dos profissionais da atenção primária em saúde das Unidades Básicas de Saúde para conseguirmos assim suprir mais as demandas desta parcela da

população que se encontra tão desassistida, e, a longo prazo, estabelecer de forma plena e eficaz a rede de atenção à saúde mental.



CAPÍTULO V: Atenção à saúde da criança.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) é um programa do governo federal que tem como objetivo incentivar gestores a realizarem melhorias nos serviços de saúde que são oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de Atenção Básica, aos usuários destes serviços. A meta é atingir um padrão de qualidade a nível nacional através de estratégias que visam, entre outras coisas, qualificar essas equipes e acompanhar seu trabalho.

Dentre as ações preconizadas pelo PMAQ, no que tange a atenção à saúde da criança, na equipe da qual faço parte, praticamente todas são realizadas. Destaco aqui o atendimento em puericultura de crianças até dois anos e o uso de protocolos voltados para a atenção destes pacientes, utilização da caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento, promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e estímulo a alimentação saudável após este período.

Com a introdução do prontuário eletrônico, também passamos a ter um espelho das cadernetas de saúde da criança, pois neste instrumento, para os pacientes em puericultura, é requerido todas as informações desde o nascimento. Possuímos também o registro do estado vacinal, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, assim como registro de casos de violência familiar.

Das ações previstas no PMAQ, não possuímos o cadastramento atualizado de crianças até dois anos, registro dos casos de acidente e busca ativa de crianças prematuras e com baixo peso.

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	

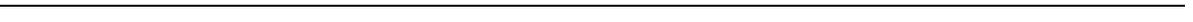
Quero destacar aqui uma experiência exitosa que temos construído em nossa equipe há aproximadamente 6 meses. Tal experiência se deu a partir da observação de que não ocorria em nossa área a assistência do binômio mãe-recém-nascido na primeira semana pós parto, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

De fato, a primeira consulta deste binômio ocorria apenas com trinta dias ou mais após o parto. Assim perdíamos o momento ideal para o desenvolvimento de ações fundamentais como: incentivo ao aleitamento materno exclusivo, orientações sobre vacinação das crianças de acordo com o Plano Nacional de Imunização, verificação dos testes de triagem neonatal e orientação sobre a coleta do teste do pezinho, esclarecimento de possíveis dúvidas que a família possa ter, entre outras medidas.

Diante disso, começamos a reforçar durante as consultas de pré-natal a importância da assistência a puérpera e seu recém nascido na primeira semana pós parto. Além de insistirmos nesta orientação, flexibilizamos a marcação das consultas para este grupo populacional específico.

O que temos observado agora é que por volta do segundo ou terceiro dia pós parto a puérpera, ou algum familiar, nos procura na unidade para a marcação da primeira consulta para mãe e seu recém- nascido. Neste momento já conseguimos verificar junto a puérpera ou ao familiar se há alguma demanda mais urgente para o binômio, como por exemplo dificuldades no aleitamento materno, sinais de depressão pós parto, situações de vulnerabilidade etc.

Caso haja, verificamos a possibilidade de um encaixe naquele mesmo dia para se fazer avaliações e orientações direcionadas àquela demanda. A partir disso realizamos a marcação da primeira consulta ainda dentro da primeira semana pós parto. Dessa forma, aquele cenário que tínhamos há seis meses tem mudado positivamente.



CAPÍTULO VI: Doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica.

O acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis é um grande desafio para as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Isso porque nos esbarramos em vários entraves que vão desde a baixíssima adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos até a escassez de recursos que muitas vezes dificultam ainda mais todo esse processo.

Segundo um estudo realizado em 2016 cerca de um terço dos pacientes com doenças crônicas acompanhados apresentaram baixa adesão aos tratamentos instituídos (TAVARES et al, 2016). Em parte, tal problemática se justifica pelo fato se tratar de patologias que depende do cuidado e vigilância constante dos pacientes, e que estes muitas vezes são extremamente resistentes e que passam em geral pela negação de sua doença.

Uma maneira de tentar contornar este problema, é investir cada vez mais na medicina centrada no paciente. Sempre partindo- se do princípio de que é fundamental entender qual a visão que cada paciente tem a respeito de sua patologia e quais são para eles as maiores dificuldades, e assim tentarmos traçar em conjunto estratégias para chegarmos a um bom controle de suas doenças crônicas.

Outros pontos relevantes, no que se refere aos desafios do controle das doenças crônicas não transmissíveis, são: a dificuldade encontrada por muitos pacientes em conseguir marcar suas consultas de rotina, seja pela pequena quantidade de vagas disponíveis ou pela falta de médicos em muitas equipes; dificuldades para a marcação de exames ou para encaminhamento a serviços especializados, quando necessário; e também o desabastecimento de determinados insumos nas unidades de saúde, situação está bastante frequente.

Em relação aos itens avaliados pelo Programa de Melhoria e Acesso a Atenção Básica (PMAQ) temos o seguinte resultado:

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?	(Preencher em dias) 14 a 21 dias		(Preencher em dias) 14 a 21 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
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		

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
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	(Não há suporte do NASF na unidade)	
Encaminha para serviço especializado	X	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		X

Diante da percepção da fragilidade do acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, baseado no questionário do PMAQ, constatamos a importância de se organizar um modelo assistencial com maior qualidade para nossos usuários. Fizemos isso buscando fortalecer o que possuíamos de mais positivo, que no caso são as consultas direcionadas para os pacientes com estas patologias, reservando um período de um dia da semana apenas voltado para tal população.

Além desta medida, reforçamos a importância da marcação do retorno destes pacientes ainda no momento de sua primeira consulta ou no momento de suas consultas de rotina, através do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Assim, tais pacientes não necessitam entrar nas filas semanais para marcação de suas consultas.

Por fim, facilitamos o acesso para aqueles pacientes com suspeita de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, através de encaixes na agenda para avaliação mais imediata destes pacientes e marcação subsequente de seu retorno através do PEC para confirmação diagnóstica e seguimento.

Com estas medidas visamos facilitar o acesso destes pacientes ao serviço, com o objetivo de aumentar a adesão dos mesmos aos tratamentos instituídos e, conseqüentemente, obter maior controle das principais doenças crônicas não transmissíveis.



CAPÍTULO VII: Plano de Continuidade.

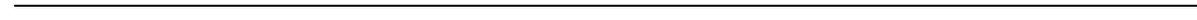
Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<p>Atendimento de puérperas e recém-nascidos na primeira semana pós parto.</p>	<p>Diante da constatação de que não eram realizados, na equipe da qual faço parte, atendimentos a puérperas e recém nascidos na primeira semana pós parto, iniciamos um projeto para monitorização das gestantes das quais fazemos seguimento, através de uma tabela na qual são inseridos todos o os dados das mesmas, inclusive a data provável do parto e a data da última consulta. Desta forma, se trata de uma tabela dinâmica com a qual conseguimos monitorar a evolução da gestação de forma mais objetiva visando atender o binômio mãe – filho na primeira semana pós-parto.</p>	<p>Na prática percebeu-se que a medida de maior impacto é a conscientização dos integrantes da equipe e das gestantes sobre a importância desta primeira consulta para o binômio. Fora isto, a facilitação do acesso para este grupo populacional específico também provou ser uma medida eficaz para conseguirmos reverter o quadro anterior, no qual este binômio só era assistido após 30 dias ou mais depois do parto. Atualmente, em 2 a 3 dias após o parto algum familiar ou as próprias mães procuram a unidade para agendamento de sua primeira consulta pós-parto e de seu recém-nascido.</p>	<p>Diante deste resultado, que evidenciou a importância de informação e da conscientização dos integrantes das equipes e das usuárias, fica claro que a melhor forma de fazermos deste acompanhamento, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde, rotina em nossa equipe, é realizando grupos de gestantes e levando atualizações e protocolos para toda equipe periodicamente.</p> <p>Contudo, a tabela de monitorização se faz importante para conseguirmos perpetuar esta mudança independente da alteração dos integrantes da equipe, e seu preenchimento deve ser melhorado através do maior engajamento de todos os envolvidos.</p>
<p>Implantação do acolhimento a demanda espontânea.</p>	<p>O acolhimento a demanda espontânea na unidade na qual estou lotada se iniciou aproximadamente no mês de março como uma medida da administração que abrangia toda unidade. A princípio, o que foi</p>	<p>O que observamos na prática com o avançar do tempo, foi o total regresso a modelo anterior de marcação de consultas. devido, principalmente, à saída de inúmeros profissionais médicos de diferentes equipes, com isso</p>	<p>O objetivo neste momento é manter este sistema de reserva de vagas para as demandas espontâneas até que as demais equipes estejam</p>

	<p>acordado é que parte das vagas das equipes eram reservadas para serem distribuídas na triagem aos pacientes que necessitassem de atendimento mais imediato. O objetivo era que no futuro essas vagas correspondessem a maior parte das disponíveis, visando a total implementação do acolhimento a demanda a espontânea.</p>	<p>muitos pacientes que procuravam a unidade com demandas mais urgentes tinham que ser encaminhados a Unidade de Pronto Atendimento ou eram encaixados na agenda dos demais médicos que estavam presentes na unidade, mesmo não correspondendo a área assistida por este, sobrecarregando desta forma estes profissionais e reduzindo as vagas para os usuários de sua área. Como muitas equipes ainda se encontram incompletas, a implantação do acolhimento a demanda espontânea continua suspenso na unidade como um todo. Diante disto e da importância que este sistema tem, procuramos manter em nossa equipe algumas vagas disponíveis para encaixes de pacientes com demandas mais imediatas.</p>	<p>completas para que o sistema volte a ser implementado em toda unidade e assim possamos nos enquadrar nas recomendações mais recentes do Ministério da Saúde.</p>
<p>Saúde sexual e reprodutiva.</p>	<p>Diante da constatação da fragilidade de alguns pontos referentes a assistência a saúde sexual e reprodutiva, como discussão sobre diversidade de gênero, relações de gêneros e realização de grupos, foram realizadas tentativas em se estabelecer um grupo de jovens para iniciarmos debates sobre o tema.</p> <p>Fora esta atividade, investimos no fortalecimento da nossa proposta para melhorar a assistência do binômio mãe – recém-nascido na primeira semana pós-parto, além de incentivarmos a abordagem individualizada sobre saúde sexual e reprodutiva de forma, seja na consulta médica, com a enfermeira ou em visitas dos agentes de saúde.</p>	<p>As tentativas iniciais em se estabelecer um grupo de jovens para discussão do tema foram frustrantes, por diversos motivos, ficando como alternativa à realização de palestras nas escolas municipais de nossa área para assim conseguirmos criar debates sobre este tema de crucial importância.</p>	<p>Elaborar cronogramas semestrais para realização de palestras em escolas do bairro e assim, naturalizando a discussão sobre este tema, conseguir construir grupos para perpetuar esta atividade. Manter e fortalecer a abordagem individual sobre saúde sexual e reprodutiva, por todos os membros da equipe, através da realização de incentivos a essa atividade e atualizações sobre o tema em reuniões de equipe.</p>
<p>A Saúde Mental na Atenção Básica.</p>	<p>Mediante a ausência de um registro dos pacientes com transtornos mentais que estão em acompanhamento por nossa equipe, foi proposta a criação de</p>	<p>O resultado de todo este processo foi desanimador. Isso porque a equipe, no momento de execução desta atividade, se encontrava desfalcada (apenas contava</p>	<p>De frente a este cenário, que até o presente momento se encontra sem alterações, a equipe se</p>

	<p>tal instrumento. Inicialmente este registro seria feito por uma agente comunitária de saúde (ACS) presente na unidade.</p> <p>Posteriormente, devido a falha desta tentativa, tal registro seria feito por mim mesma durante as consultas.</p>	<p>comigo, uma ACS e uma técnica de enfermagem. Os demais integrantes ou se encontravam de férias ou haviam sido transferidos para outra unidade). A conclusão de todo esse processo foi que em uma equipe que se encontra desfalcada, o trabalho infelizmente não pode ser realizado da forma como deveria ou gostaríamos.</p> <p>Mesmo com o retorno dos profissionais que se encontravam de férias, continuamos tendo dois ACS em uma equipe que na verdade deveria ter cinco, ficando todo esse processo que havia sido proposto comprometido.</p>	<p>encontra de mãos atadas para realizar um seguimento e monitoramento adequado da população com transtornos mentais. O objetivo é, que com uma equipe completa, consigamos nos articular para realizarmos o registro destes pacientes e, assim, conseguirmos traçar estratégias para tentar melhorar a assistência desta população.</p>
<p>Atenção à saúde da criança.</p>	<p>Neste módulo, podemos constatar mais uma vez uma experiência exitosa de nossa equipe no que tange a atenção à saúde da criança: a melhora da assistência ao binômio mãe – recém-nascido na primeira semana pós-parto. Tal experiência se deu a partir da observação de que não ocorria em nossa área a assistência adequada na primeira semana pós-parto, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde. Mãe e filho só realizavam sua primeira consulta pós-parto com 30 dias ou mais. Diante disso, começamos a reforçar durante as consultas de pré-natal a importância desta, além de flexibilizarmos a marcação das consultas para este grupo populacional específico.</p>	<p>O resultado de todo esse processo foi o retorno da maioria das mães na primeira consulta pós-parto com seus recém-nascidos, e assim garantimos a melhora da qualidade assistencial para nossas puérperas e recém-nascidos.</p>	<p>Como já dito, com a constatação da importância da informação e da conscientização dos integrantes das equipes e das usuárias, fica claro que a melhor forma de fazermos deste acompanhamento, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde, rotina em nossa equipe, é realizando grupos de gestantes e levando atualizações e protocolos para toda equipe periodicamente.</p>
<p>Doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica.</p>	<p>Procuramos fortalecer o que possuíamos de mais positivo em relação ao cuidado aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, que no caso são as consultas direcionadas para este grupo, reservando um período de um dia da semana apenas voltado para tal população. Além desta medida, reforçamos marcação do retorno destes pacientes ainda no momento de sua primeira consulta ou no momento de suas consultas</p>	<p>Até o presente momento temos conseguido manter este padrão sem problemas, visando facilitar o acesso destes pacientes ao serviço, com o objetivo de aumentar a adesão dos mesmos aos tratamentos instituídos e, conseqüentemente, obter maior controle das principais doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>O plano para perpetuar está medida se baseia apenas na manutenção deste padrão de marcação de consultas, algo que pode ser realizado sem grandes dificuldades, já que tem se tornado rotina em nossa equipe.</p>



	<p>de rotina, através do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Por fim, facilitamos o acesso para aqueles pacientes com suspeita de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, através de encaixes na agenda.</p>		
--	---	--	--





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como médica na estratégia de saúde da família no município de Natal – Rio Grande do Norte, posso afirmar que a atuação na Atenção Básica a Saúde é um grande desafio para os profissionais que ali trabalham. Os desafios se devem ao fato de estarmos lidando, em geral, com uma população de extrema vulnerabilidade; às equipes incompletas, que impedem o funcionamento pleno de todas as atividades que são preconizadas; à falta de insumos, que desestimulam os usuários a aderirem aos tratamentos instituídos e deixam nós, profissionais, de mãos atadas; às dificuldades de realizarmos o encaminhamento daqueles pacientes que necessitam de cuidados especializados, deixando muitos usuários desassistidos, entre vários outros obstáculos..

Diante disso, muitas atividades propostas nos módulos da especialização sobre Saúde da Família, foram de difícil execução. Apesar disto, quando levadas às avaliações e propostas de mudança a equipe na qual faço parte, pude contar com o engajamento da maioria e perceber o desejo naqueles profissionais de que a realidade seja bem diferente daquela em que vivemos e a vontade em conseguir oferecem aos usuários um serviço de maior qualidade, apesar de todas as barreiras.

Além disto, de frente a todo este trabalho realizado ao longo do ano de 2018, pude perceber a importância da autoavaliação periódica das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do serviço que temos prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. É através destas autoavaliações que podemos identificar os pontos de fragilidade na assistência prestada e assim desenvolver maneiras de aprimorarmos o serviço no qual atuamos.

REFERÊNCIAS

BRASIL; Ministério da Saúde. *Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento*. Caderno de Atenção Básica n° 33. Brasília: 2012.

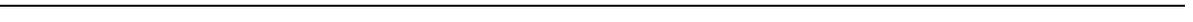
BRASIL; Ministério da Saúde. *Acolhimento a demanda espontânea*. Caderno de Atenção Básica n° 28, Volume I. Brasília: 2013.

BRASIL; Ministério da Saúde. *Saúde sexual e reprodutiva*. Caderno de Atenção Básica n° 26. Brasília: 2010.

BRASIL; Ministério da Saúde, 2018. *Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, 2016*. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

TAVARES; B. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2016. p. 13-21.

APÊNDICES



ANEXOS

