



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

**Educação em Saúde: Relato de Experiências de Médica do Programa
Mais Médicos em Atenção Primária à Saúde em uma comunidade da
cidade de Natal/RN**

FLÁVIA NATHÁLIA DE GÓES CHAVES

NATAL/RN
2018

Educação em Saúde: Relatos de Experiência de Médica do Programa Mais Médicos em
Atenção Primária à Saúde em uma Comunidade da Cidade de Natal/RN

FLÁVIA NATHÁLIA DE GÓES CHAVES

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





RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado há mais de 20 anos, busca melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua. Este trabalho objetiva ampliar os conhecimentos a respeito do PSF e sua aplicabilidade no território da Equipe 96 da USF Felipe Camarão III, na cidade de Natal/RN, evidenciando suas particularidades e desafios. Trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas no território pertencente à Equipe. As ações foram voltadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), a aplicação do acolhimento e acesso avançado em saúde, à Saúde da Gestante e Pré-Natal da qualidade, à Saúde da Criança e avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, à Saúde Mental e ao Controle e avaliação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Como resultados, tivemos a criação de novos meios de avaliação, controle e interlocução com os usuários pertencentes ao território abrangido, métodos de maior eficácia para a promoção em saúde. Este trabalho permitiu a criação de uma linha de cuidado mais fortalecida e coerente com a realidade da população assistida, propiciou o estreitamento da relação médico-paciente-comunidade e promoveu prática dos princípios de Universalização, Equidade e Integralidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; SUS; Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------|----|
| APRESENTAÇÃO | 07 |
| CAPÍTULO 1 | 08 |
| CAPÍTULO 2 | 20 |
| CAPÍTULO 3 | 26 |
| CAPÍTULO 4 | 31 |
| CAPÍTULO 5 | 36 |
| CAPÍTULO 6 | 41 |
| CAPÍTULO 7 | 47 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 54 |
| REFERÊNCIAS | 55 |
| APÊNDICES | 57 |
| ANEXOS | 59 |

APRESENTAÇÃO

Este trabalho trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas no território da Equipe 96 de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão III da cidade de Natal, RN. Tal equipe é composta por seis Agentes Comunitários de Saúde, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma dentista e por mim, médica vinculada ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde, Governo Federal.

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão III, sediada na cidade de Natal, RN, bairro Felipe Camarão, região oeste da cidade. O território da Equipe 96 da qual faço parte é constituída por de três mil usuários, apresentando áreas de maior vulnerabilidade econômica e geográfica (áreas de encostas e barracos), apresentando também características diferentes das experiências que até então eu possuía. Sou médica formada na cidade do Rio de Janeiro, local que apresenta grandes disparidades sociais, mas que diferem das encontradas em Felipe Camarão. Aqui vemos uma população carente que, embora esteja em uma capital, apresenta trejeitos de interior, com criação de animais e uso de carroça, características que não presenciava nas comunidades cariocas. A motivação que me fez ingressar nesta experiência profissional está no desejo de fazer a diferença em algo, de me sentir útil e atuante e de aprender com as histórias e novas situações vivenciadas.

Nesse aspecto se insere o objetivo por trás de todas as intervenções neste trabalho evidenciadas e em todas as outras vividas durante a prática médica em atenção primária à saúde. Com a percepção das realidades nela inserida foi possível visualizar diversos desafios e potencialidades, os quais foram bombas propulsoras neste projeto. Dessa forma, convido todos a ingressarem nesta jornada de conhecimento pautado essencialmente em práticas de prevenção e de promoção à saúde.

CAPÍTULO I: A Aplicabilidade do Programa Saúde na Escola (PSE)

Saúde e educação são constantemente exaltadas quando se discute as condições de vida. Quando estas interagem, independentemente de onde esta ocorra – escola ou serviço de saúde – constituem um meio bastante eficaz na conquista de qualidade de vida (MACHADO et al., 2015; MICLOS, CALVO, COLUSSI, 2015). Diversas iniciativas de ampliação da Atenção Básica têm sido implementadas no Brasil com o objetivo de promover melhorias nas políticas de saúde aplicadas no âmbito escolar (MICLOS, CALVO, COLUSSI, 2015; PINTO JUNIOR et al., 2015; BRASIL, 2011; BRASIL, 2009).

De acordo com Machado et al. (2015) e Brasil (2009), vinculado ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), se insere o Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde. Este objetiva oferecer atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, fortalecendo a relação entre as escolas públicas e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O PSE é hoje uma das principais políticas públicas voltadas para a infância e adolescência. Abrange a avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, odontológica, ações de educação permanente em saúde, atividade física, cultura da prevenção e temáticas de educação em saúde (MACHADO et al., 2015; PINTO JUNIOR et al., 2015). Segundo Brasil (2011), a promoção da saúde no cenário escolar deve ser entendida como um processo em permanente desenvolvimento e relacionada à análise de evidências científicas e do contexto nacional e local. Conhecendo as particularidades de cada comunidade estudada, a aplicação do PSE poderá repercutir de forma mais evidente e efetiva.

Nesse aspecto se inserem questionamentos a respeito de como as Unidades de Saúde da Família atuam (ou poderiam atuar) para a promoção deste programa em seus territórios de abrangência. Um primeiro passo seria autoavaliação das ESF que as compõem a partir da aplicação do questionário de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) do Ministério da Saúde e vinculado ao PMAQ (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015).

Dessa forma, em uma das reuniões da Equipe 96 da USF Felipe Camarão III, as quais ocorrem às quintas-feiras à tarde, respondemos a AMAQ conjuntamente. Foi, sem dúvidas uma das mais interessantes reuniões, pois discutimos cada tópico com muito cuidado e demos as notas em conjunto. Refletimos sobre cada subdimensão avaliada, discutimos os tópicos e escolhemos a pontuação com base na média das notas individuais (Imagens 1-10).

Respostas da AMAQ- Equipe 96 – USF Felipe Camarão III

Médica responsável: Flávia Nathália de Góes Chaves

Maio-2018

FOLHA DE RESPOSTAS E CLASSIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensão – H: Infraestrutura e Equipamentos – 80 pontos

| | | | | | | | | | |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| Nº padrões | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | Soma total |
| Resultados obtidos | 2 | 3 | 5 | 8 | 2 | 0 | 2 | 6 | 28 |

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| Pontos | 0 a 15 | 16 a 31 | 32 a 47 | 48 a 63 | 64 a 80 |

Imagem 1: Folha de respostas e classificação da equipe de atenção básica – Subdimensão H – AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018.

Subdimensão – I: Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos – 80 pontos

| | | | | | | | | | |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| Nº padrões | 3.9 | 3.10 | 3.11 | 3.12 | 3.13 | 3.14 | 3.15 | 3.16 | Soma total |
| Resultados obtidos | 6 | 5 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 9 | 51 |

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| Pontos | 0 a 15 | 16 a 31 | 32 a 47 | 48 a 63 | 64 a 80 |

Imagem 2: Folha de respostas e classificação da equipe de atenção básica – Subdimensão I – AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018.

Classificação da Dimensão: Unidade Básica de Saúde

| Subdimensões | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|-------------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| | 1 pt | 2 pt | 3 pt | 4 pt | 5 pt |
| H | | x | | | |
| I | | | | x | |
| Soma dos pontos = | | | | | |

Média dos pontos 3 (soma dos pontos / 2)

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|----------|--------------|--------------------|
| Pontos | 1 | 2 | <u>3</u> | 4 | 5 |

Imagem 3: Classificação da Dimensão: Unidade Básica de Saúde – AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018.

Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

Subdimensão – J: Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica – 30 pontos

| Nº padrões | 4.1 | 4.2 | 4.3 | Soma total |
|--------------------|----------|----------|----------|------------|
| Resultados obtidos | 6 | 7 | 7 | 20 |

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|---------|----------------|--------------------|
| Pontos | 0 a 6 | 7 a 12 | 13 a 18 | <u>19 a 24</u> | 25 a 30 |

Imagem 4: Folha de respostas e classificação da equipe de atenção básica – Subdimensão J – AMAQ- Equipe 96, USF
Felipe Camarão III, maio 2018.

Subdimensão – K: Organização do Processo de Trabalho – 140 pontos

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|
| Nº padrões | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.7 | 4.8 | 4.9 | 4.10 | 4.11 | 4.12 | 4.13 | 4.14 | 4.15 | 4.16 | 4.17 |
| Resultados obtidos | 9 | 8 | 9 | 6 | 5 | 4 | 5 | 9 | 10 | 5 | 7 | 10 | 9 | 6 |
| Soma total | 112 | | | | | | | | | | | | | |

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|---------|-----------------|--------------------|
| Pontos | 0 a 27 | 28 a 55 | 56 a 83 | 84 a 111 | 112 a 140 |

Imagem 5: Folha de respostas e classificação da equipe de atenção básica – Subdimensão K– AMAQ- Equipe 96, USF
Felipe Camarão III, maio 2018.

Subdimensão – L: Atenção Integral à Saúde – 350 pontos

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|
| Nº padrões | 4.18 | 4.19 | 4.20 | 4.21 | 4.22 | 4.23 | 4.24 | 4.25 | 4.26 | 4.27 | 4.28 |
| Resultados obtidos | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 8 | 5 | 10 | 8 | 9 |
| Nº padrões | 4.29 | 4.30 | 4.31 | 4.32 | 4.33 | 4.34 | 4.35 | 4.36 | 4.37 | 4.38 | 4.39 |
| Resultados obtidos | 8 | 7 | 5 | 6 | 9 | 5 | 5 | 8 | 2 | 7 | 7 |
| Nº padrões | 4.40 | 4.41 | 4.42 | 4.43 | 4.44 | 4.45 | 4.46 | 4.47 | 4.48 | 4.49 | 4.50 |
| Resultados obtidos | 8 | 8 | 10 | 7 | 5 | 7 | 10 | 10 | 7 | 9 | 7 |
| Nº padrões | 4.51 | 4.52 | - | | | | | | | | |
| Resultados obtidos | 7 | 0 | - | | | | | | | | |
| Soma total | 260 | | | | | | | | | | |

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|-----------|--------------|--------------------|
| Pontos | 0 a 69 | 70 a 139 | 140 a 209 | 210 a 279 | 280 a 350 |

Imagem 6: Folha de respostas e classificação da equipe de atenção básica – Subdimensão L– AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018.

Subdimensão – M: Participação Social e Satisfação do Usuário – 40 pontos

| | | | | | |
|--------------------|----------|----------|----------|-----------|------------|
| Nº padrões | 4.53 | 4.54 | 4.55 | 4.56 | Soma total |
| Resultados obtidos | 3 | 5 | 9 | 10 | 27 |

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| Pontos | 0 a 7 | 8 a 15 | 16 a 23 | 24 a 31 | 32 a 40 |

Imagem 7: Folha de respostas e classificação da equipe de atenção básica – Subdimensão M– AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018

Atenção Integral à Saúde (para as equipes SEM Programa Saúde na Escola)

| Subdimensões | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|-------------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| | 1 pt | 2 pt | 3 pt | 4 pt | 5 pt |
| J | | | | x | |
| K | | | | x | |
| L | | | | x | |
| M | | | | x | |
| Soma dos pontos = | | | | 16 | |

Média dos pontos 4 (soma dos pontos / 4)

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| Pontos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Imagem 8: Atenção Integral à Saúde (para equipes sem Programa Saúde na Escola) – AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018

Subdimensão – N: Programa Saúde na Escola – 60 pontos

| Nº padrões | 4.57 | 4.58 | 4.59 | 4.60 | 4.61 | 4.62 | Soma total |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| Resultados obtidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| Pontos | 0 a 11 | 12 a 23 | 24 a 35 | 36 a 47 | 48 a 60 |

Imagem 9: Folha de respostas e classificação da equipe de atenção básica – Subdimensão N – AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018

**Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e
Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde na Escola (PSE)**

| Subdimensões | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|--------------------------|----------------------|----------------|---------|--------------|--------------------|
| | 1 pt | 2 pt | 3 pt | 4 pt | 5 pt |
| J | | | | x | |
| K | | | | x | |
| L | | | | x | |
| M | | | | x | |
| N | x | | | | |
| Soma dos pontos = | | | | 17 | |

Média dos pontos 3,4 (soma dos pontos / 5)

| Classificação | Muito Insatisfatório | Insatisfatório | Regular | Satisfatório | Muito Satisfatório |
|---------------|----------------------|----------------|----------|--------------|--------------------|
| Pontos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Imagem 10: Classificação da Dimensão: Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e Programa Saúde Na Escola – AMAQ- Equipe 96, USF Felipe Camarão III, maio 2018

Ao realizarmos a AMAQ, identificamos que a maior fragilidade, no momento, em nossa equipe está no Programa Saúde na Escola. Este, para nós, pontuou 0, uma vez que não estamos praticando nada neste quesito, situação que inclusive vem de antes do meu ingresso à equipe em Janeiro de 2018. Dessa forma, escolhemos toda a subdimensão N da AMAQ para criar uma microintervenção.

Esta baseia-se, inicialmente, na inserção do tema em nossas reuniões de equipe e discussão quanto à criação de ações de saúde na escola em parceria com as equipes de profissionais da educação. Não possuímos em nosso território escolas públicas, mas discutimos a possibilidade de atuar em outros territórios do mesmo bairro, no caso, Felipe Camarão em Natal/RN.

Dessa forma, nossa primeira intervenção será a busca e avaliação dos calendários vacinais das crianças até cinco anos de idade, solicitando

previamente que a creche informe aos pais para enviarem os calendários juntamente com a agenda escolar de seus filhos. Além disso, faremos a busca ativa por casos de pediculose através de dinâmicas (peça teatral envolvendo os agentes de saúde da equipe), exame físico e brindes, tais como pente fino, desenhos para colorir de piolhos e de hábitos de higiene para evitá-los, juntamente com algumas unidades de giz de cera. Os gastos para a confecção dos kits serão solicitados à gestão municipal através de ofício com orçamentos de três locais distintos.

E, como terceira vertente atuante, teremos nossa equipe de saúde bucal fazendo a avaliação odontológica dessas crianças, bem como ensinando de forma dinâmica o ato correto da escovação dental. A ideia é assumir uma via de transmissão das informações de promoção à saúde “inversa” a mais comumente utilizada: ao invés dos pais atuarem como educadores nessas questões de higiene e saúde, serão seus filhos que retornarão para suas respectivas residências e farão a educação de seus pais. Acreditamos que é uma forma eficaz e segura de obter uma promoção em saúde relevante.

Estamos organizando o calendário de atividades para colocar a microintervenção em prática ainda neste ano de 2018, buscando repeti-la com uma frequência regular, além de abrange-la progressivamente para faixas etárias mais amplas. Para tanto, usaremos como mecanismos e indicadores de controle do alcance dos resultados a partir da avaliação do número de alunos apresentando irregularidade em suas cadernetas de vacinação pré-intervenção, número dos que estão com a vacinação em dia e comparar com o atualização obtida através da microintervenção. Além de avaliar o número de casos de pediculose diagnosticados e tratados por meio desta atividade, bem como o número de casos de má higiene bucal detectados e número de crianças que obtiveram melhora desta condição de saúde após a nossa ação (Imagem 11).

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

| Descrição do padrão: A equipe atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde dos educandos através de avaliação das condições de saúde (N-4.57) | | | | | | |
|---|--|--|--|---|-----------------------------|--|
| Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Programa Saúde na Escola sendo classificado como principal ponto de fragilidade da Equipe 96, sendo necessária sua implantação. | | | | | | |
| Objetivo/meta: Pôr em prática o Programa Saúde na Escola em prol do estreitamento do vínculo Unidade de Saúde - Escola e promover ações de prevenção e educação em saúde. | | | | | | |
| Estratégias para alcançar os objetivos/metabol | 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 |
| - Busca ativa da caderneta de vacinação dos estudantes | - Avaliação da caderneta de vacinação e encaminhamento para vacinação nos casos | | - Atualização do calendário vacinal | Equipe 96 - USF Felipe Camarão III, Natal-RN. | - Segundo semestre de 2018. | - Avaliação da porcentagem dos s/ caderneta de vacinação atualizada, dos o/ a vacinação em dias e dos vacinados após a intervenção |
| - Busca ativa de casos de pediculose na escola | - Avaliação manual do couro cabeludo e cabelos de cada estudante pela equipe. | - Luvas e toucas de procedimento - Pentes-fino (1 uni. por estudante) | - Prevenção e controle da pediculose | Equipe 96- USF Felipe Camarão III, Natal-RN. | - Segundo semestre de 2018. | - Avaliação do n° de casos de pediculose diagnosticados e do n° de tratados a partir da microintervenção |
| - Busca ativa por casos de má higiene bucal | - Avaliação bucal simplificada - Orientação quanto à correta escovação dentária | - Luvas, toucas e máscaras de procedimento | - Melhoria da higiene bucal dos estudantes. - Prevenção de cáries e perdas dentárias. | Equipe 96- USF Felipe Camarão III, Natal-RN. | - Segundo semestre de 2018. | - Avaliação do número de crianças com más condições de higiene antes e após a microintervenção. |

Imagem 11: Matriz da Intervenção: A Aplicabilidade do Programa Saúde na Escola (PSE) – Equipe 96 – USF Felipe Camarão III

No entanto, há algumas potenciais dificuldades para a execução desta microintervenção, tais como organização das agendas do médico, enfermeiro e odontólogo, uma vez que, atualmente são agendas que não atuam em total sinergismo. Além disso, embora boa parte da equipe tenha concordado e ajudado a construir a matriz desta microintervenção, não conseguimos garantir a participação de todos por alguns membros da equipe não terem o hábito de atuar na unidade além de suas competências individuais. E ainda como uma possível dificuldade seria a obtenção do apoio das escolas e seus profissionais para adequação desta atividade com o calendário escolar.

Todavia, como trata-se de uma intervenção de baixo custo e de fácil aplicação, possui alto potencial de sucesso e resolutividade. Até mesmo todas as dificuldades aqui elencadas possuem capacidade de resolução rápida e consequente efetividade desta ação, uma vez que dependem apenas da disposição da equipe e da escola. Uma vez bem realizada, servirá de estímulo às equipes, pais e estudantes para a aplicação desta em momentos subsequentes.

Portanto, com esta microintervenção, espera-se estreitar o vínculo “Unidade de Saúde – Escola”, garantindo a efetivação do Programa Saúde na Escola e correção desta deficiência encontrada na equipe 96. Desta forma, com sua continuidade, espera-se também alcançar o controle vacinal adequado das crianças e adolescentes, bem como o controle de casos de pediculose neste bairro. Mais melhorias serão possíveis a partir da inserção de mais equipes de saúde neste projeto, incluindo principalmente as outras três equipes que compõem a USF Felipe Camarão III.

Além disso, avaliando e discutindo em equipe a respeito dos indicadores do PMAQ a partir do Sistema de Informação em Saúde (SIS), escolhemos o indicador: *Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada* para refletir sobre como os registros são feitos em nossa unidade e como o monitoramento deste ocorre.

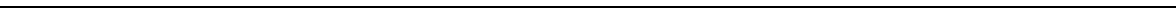
Dessa forma, juntamente com a Equipe 98 de nossa unidade, criamos um banner a ser fixado em nossa unidade do relatório de acompanhamento com o índice de atendimentos das seguintes condições avaliadas:

- Asma
- Diabetes
- Desnutrição
- DPOC
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Obesidade
- Pré-Natal
- Puericultura
- Puerpério
- Reabilitação
- Saúde Mental
- Saúde Sexual e Reprodutiva
- Tabagismo
- Usuário de álcool
- Usuário de outras drogas

Este Banner deverá ser atualizado mensalmente e ao término do ano, reutilizado (Imagem 12).



Imagem 12: Instrumento de registro e monitoramento do Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada- Equipes 96 e 98 – USF Felipe Camarão III.



CAPÍTULO II: Primeiros dias de implantação do acolhimento

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas (BRASIL, 2013). A diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) há cerca de 20 anos, buscando ampliar o acesso e permitir mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde. Isso seria possível ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, compartilhamento da responsabilização e resolubilidade (CAMELO et al., 2016).

Segundo Souza et al. (2008), acolhimento se apresenta, portanto, como forma de inclusão dos usuários. O cuidado em saúde se faz aplicando o princípio da integralidade e colocando o usuário como protagonista. É este que define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Porém, a ampliação de acesso deve, também, contemplar adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o acolhimento propõe modificar a lógica de organização e de funcionamento do serviço de saúde, por meio de três ações: (a) atender a todos que buscam os serviços de saúde, e garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) melhorar a relação trabalhador-usuário através de posicionamentos humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA et al., 2008).

A partir deste entendimento, após nossa reunião de equipe do dia 17/05/2018, decidimos aplicar o acolhimento, embora como modelo experimental, em dois dias de atendimento. O motivo desta experiência ser nomeada como “experimental” se deve ao fato desta técnica ainda não fazer parte do dia-a-dia de nossa unidade e por não termos experiências em nossas práticas profissionais anteriores quanto ao assunto, por não termos uma população ciente e educada à respeito do que significa o acolhimento em saúde e já possuímos uma agenda com consultas pré-agendadas.

Com base nisto, a matriz desta microintervenção se desenvolveu. Definimos dois dias para a aplicação do acolhimento (23 e 24 de maio de 2018), com a atuação da médica e da enfermeira da equipe. Dessa forma, devido à necessidade de atendimento dos pré-agendados e dos que seriam atendidos através do acolhimento, tivemos que reduzir o tempo em que este deveria ocorrer. Portanto, médica e enfermeira permaneceriam realizando o acolhimento das 8:00 às 9:30h de cada dia.

A agenda médica foi organizada conforme se orienta no acesso avançado: 30% em consulta previamente agendada e 70% para demanda espontânea (BRASIL, 2013). Porém, o mesmo não foi feito em relação à agenda da enfermeira, sendo esta organizada conforme a profissional preferiu. Durante o turno de acolhimentos, a demanda que chegasse seria organizada em consultas no dia (turnos matutino e vespertino) e após esta totalmente preenchida, os demais pacientes seriam agendados em datas mais próximas disponíveis. Seria usada a classificação de risco e vulnerabilidade para esta definição.

Como em nossa unidade não dispomos de sala livre para a realização do acolhimento, este seria realizado na entrada da unidade e em conjunto médica-enfermeira. Pedimos que os agentes comunitários de saúde avisassem à população que nesses dias teríamos o acolhimento.

Dessa forma, nos dias e horários programados, e após mais estudos a respeito do assunto, colocamos em prática o que seria o primeiro passo para alcançar novas e melhores formas de prestação de serviços em saúde (Imagens 13 e 14). Acolhemos cerca de trinta e cinco pessoas no primeiro dia e quarenta no segundo, porém, neste último tivemos que interromper o acolhimento ainda com um número de pessoas aguardando, uma vez que precisávamos iniciar os atendimentos.



Imagem 13: Acolhimento Equipe 96 – USF Felipe Camarão III, maio 2018.



Imagem 14: Acolhimento Equipe 96 – USF Felipe Camarão III, maio 2018.

Portanto, como pontos negativos, avaliamos que não foi possível pôr em prática da forma preconizada (por todo o tempo de funcionamento da unidade), pois médica e enfermeira estavam envolvidas e não havia para quem encaminhar os pacientes (o fluxo estava amarrado). Por esse motivo, ficou evidente que não é possível manter o médico realizando o acolhimento.

Além disso, a falta de uma sala apropriada tornou o ambiente pouco acolhedor e indiscreto para o paciente. E ainda, acolher junto médico-enfermeiro, perde-se a oportunidade de otimizar esse acolhimento com cada um acolhendo um número de pessoas, uma vez que era impossível cada uma conversar com um paciente diferente, afinal, estávamos em um mesmo recinto.

Não optamos por colocar as técnicas de nossa equipe nesta função, pois há uma grande necessidade de capacitá-las quanto à classificação de risco e para onde encaminhar o paciente (médica ou enfermeira). Outra dificuldade está no não conhecimento da população a respeito do conceito do acolhimento. Muitos chegaram querendo atendimento imediato, mesmo não sendo classificados como atendimento de urgência, e, por este motivo, perdíamos muito tempo tentando explicar a população o porquê de um caso “x” ser prioridade em relação a outro. Neste quesito, portanto, foi bastante frustrante, pois alguns pacientes se exaltaram e nos faltaram com o respeito (embora a minoria).

Como ponto positivo, a agenda tornou-se mais dinâmica, e para mim, como médica, pude ter um conhecimento prévio dos casos e oportunidade de uma pesquisa rápida daqueles em que sentia necessidade de relembrar, mesmo que fossem alguns poucos minutos antes do paciente entrar no consultório. Apesar de os outros membros não terem se disponibilizado a fazer o acolhimento, nos deram certo apoio organizando a fila, separando os prontuários e preparando os pacientes para a consulta propriamente dita.

Dessa forma, a experiência foi em sua maioria positiva, boa parte da população aprovou e nos perguntou quando faríamos novamente. Porém, acredito que “pulamos” algumas etapas importantes. Primeiramente, se faz imprescindível a capacitação da equipe como um todo sobre o conceito e aplicabilidade do acolhimento, com enfoque maior às técnicas de enfermagem, as quais poderiam ser as principais responsáveis pela sua adequada execução.

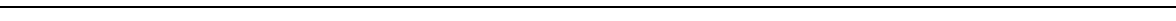
A classificação de risco e vulnerabilidade deve estar bem compreendidas, além de quais pacientes devem ser atendidos pelo médico ou pela enfermagem, para não sobrecarregar somente um desses profissionais. Deve-se ainda melhorar o contato e a interface entre as agendas da médica e da enfermeira, situação esta que será resolvida quando o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) estiver atuante em nossa unidade e tivermos uma sala apropriada para acolher.

Talvez um dos principais pontos de melhoria necessários, está na importância de uma educação prévia da comunidade a respeito do assunto, para que esta se adeque a este novo funcionamento e perceba que se trata, de fato,

de uma ação em prol de maior qualidade de atendimento. E é este o ponto que nós resolvemos focar a partir de agora.

A ideia da nossa equipe será aproximar a população de nosso território à unidade, através de palestras a respeito do acolhimento. E para isso, marcaremos uma reunião com as pessoas da comunidade ditas mais influentes, para que estas possam nos auxiliar na conscientização de todos.

Além disso, manteremos o nosso método de marcação de consultas atual, que se faz a partir do contato direto do usuário com as técnicas de enfermagem, detentoras da agenda médica, porém, capacitando-as para que esta marcação seja guiada pelo protocolo de risco e vulnerabilidade e tornando-a mais profissionalizada.



CAPÍTULO III: Atuação em Grupo de Gestante na USF Felipe Camarão III

Com intuito de contribuir para a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado ao Programa Saúde da Família (PSF), a educação em saúde é um método que permite a interação do profissional com a comunidade, buscando aflorar na população o senso de responsabilidade em saúde. Dentre os diversos instrumentos utilizados pelos profissionais da Atenção Básica, a estratégia de grupo tem sido bastante incentivada e tem mostrado impactos positivos nos indivíduos assistidos (MOREIRA, 2007).

O trabalho por meio de grupos também estimula a formação de um processo educativo ao permitir a interação de seus participantes de forma dinâmica e reflexiva, além de capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Isto inclui maior participação no controle desse processo através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades pessoais (MOREIRA, 2007; REBERTE et al, 2005; SANTOS et al, 2009).

Na gestação, a mulher passa por profundas transformações, tanto no âmbito corporal quanto no emocional e social. A implementação de grupos de gestantes se faz fundamental por garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional (REBERTE et al, 2005). O desenvolvimento desses grupos objetiva o atendimento das necessidades originárias das próprias gestantes, seus parceiros e demais membros da família que juntos vivenciam um importante evento familiar, além de propiciar maior conhecimento a respeito do ciclo gravídico-puerperal. (MOREIRA, 2007; REBERTE et al, 2005; SANTOS et al, 2009).

Dessa forma, o profissional de saúde reafirma sua responsabilidade de educar o indivíduo não apenas o de prescrever técnicas e ditar normas comportamentais, adquirindo, assim, uma postura de incentivo e motivação, além de fazer com que a promoção de saúde deixe de ser uma ideia e passe a ser uma prática rotineira (MOREIRA, 2007; REBERTE et al, 2005, SANTOS et al, 2009).

Com base nessas reflexões, colocamos em prática mais uma microintervenção a partir da atuação da Equipe 96 no grupo de gestantes da USF Felipe Camarão III. Em reunião de equipe, avaliamos que fazemos uma busca

ativa adequada das gestantes da área, incluindo um levantamento periodicamente atualizado destas. Além disso, atuamos fortemente no correto preenchimento das cadernetas e do SIS Pré-Natal, fizemos um material disponível nos consultórios médico e de enfermagem, constando todos os exames que devem ser solicitados às futuras mães em cada trimestre gestacional. Desde a primeira consulta (seja com a enfermeira ou com a médica) fazemos orientações nutricionais e do aumento de peso saudável desta fase, buscando promover a prevenção da obesidade e do diabetes gestacional. Dentre os exames solicitados, fazemos a devida pesquisa das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), visando diagnóstico, tratamento e seguimento adequado. Orientamos sobre a visita de puerpério, finalização do pré-natal no SIS Pré-Natal, a importância do aleitamento materno e a continuidade do processo com o início da puericultura.

Porém, embora as gestantes sejam um motivo de grande atenção por parte da nossa equipe, todas as orientações até o momento eram feitas individualmente e, por este motivo, se mostrou interessante, ampliar nossa atuação, agindo em grupos. A ideia era intensificar as informações passadas nas consultas de pré-natal e estimular a interação entre as gestantes e o surgimento de dúvidas em comum.

Dessa forma, organizamos nossa participação no grupo de gestantes, já existente na USF, e, juntamente com a Equipe 98, no dia 13/06/2018, fizemos nossa ação, por meio de palestra, focando no esclarecimento dos tópicos: a importância dos exames solicitados em cada trimestre gestacional, a suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico, o porquê do aleitamento materno ser tão defendido e estimulado e a adequada anticoncepção nos primeiros meses de vida do(s) filho(s).

Tivemos uma boa adesão, contando com a presença de cerca de 20 gestantes, nas mais diferentes idades gestacionais, primíparas e múltíparas, oriundas das quatro equipes de ESF que constituem a nossa USF. Contamos com o apoio dos agentes comunitários de saúde na distribuição dos convites em suas respectivas áreas e organizamos um lanche no fim da reunião com algumas comidas típicas do período junino.



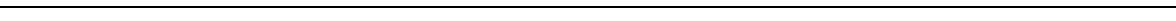
Imagem 15: Grupo de Gestantes – USF Felipe Camarão III, junho 2018.

Como desafios encontrados nesta microintervenção, tivemos: a dúvida quanto à adesão das mulheres ao grupo neste dia e no como fazer com que as explicações pretendidas por nós fossem devidamente internalizadas por elas. Nossa intenção, de fato, era propiciar um espaço livre para a exposição de dúvidas e a observação, por conseguinte, de como as demais gestantes se comportariam em relação a tais questionamentos (se iriam responder e explicar suas respectivas experiências e/ou se mostrariam possuir as mesmas indagações). Dessa forma, poderíamos avaliar se nossa atuação prévia dentro do consultório estava sendo efetiva.

Com isso, um dos aspectos mais interessantes observado foi exatamente neste quesito. Verificamos que algumas delas se posicionaram como educadoras das demais e que este fato transformou uma palestra em uma roda de ideias e

experiências compartilhadas. Todavia, sabemos é possível potencializar os efeitos benéficos deste tipo de grupo e uma boa forma disso seria incluir os companheiros e/ou pais das crianças, estimulando não só a interação destes com os demais e o esclarecimento de dúvidas particulares destes, como também a divisão da responsabilidade fraternal, na tentativa progressiva de desmistificar a antiga premissa de que o período gestacional e o cuidado com o bebê é de caráter unicamente vinculado à mulher.

Dessa forma, a promoção em saúde atinge patamares mais altos de sucesso, uma vez que consegue atrelar a saúde da mulher, da criança e do casal, incentiva o fortalecimento do conceito de família e cria mais vínculos de confiança entre a unidade de saúde e a comunidade assistida.



CAPÍTULO IV: O manejo da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trata-se de um modelo de atenção primária à saúde que objetiva reconfigurar o modelo padrão “hospitalocêntrico” do cuidado ao descentralizá-lo, e focar suas ações na melhoria da qualidade de vida e da promoção em saúde da comunidade (ANTONACCI, PINHO, 2011). Nesse aspecto, a atenção em saúde mental passa a ser desenvolvida principalmente dentro do mesmo meio social no qual o portador do transtorno se insere, agindo conivente à Reforma Psiquiátrica e facilitando o acesso à saúde (BEZERRA, 2000).

O Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção – PMAQ solicita das Unidades de Saúde da Família requisitos mínimos de organização quanto a sua atuação no que cerne o manejo da saúde mental pela Atenção Primária em Saúde. Dessa forma, a rede de saúde mental do município de Natal/RN (no qual atuo), se articula da seguinte forma: o paciente deve inicialmente buscar a Unidade de Saúde da Família (USF), no qual será examinado e avaliado pelos profissionais de saúde do local, se o transtorno por ele apresentado pode ser manejado na própria unidade ou se deve ser encaminhado para a Rede de Atenção Psicossocial, que definirá qual espaço é o ideal para aquele usuário, ou será orientado a procurar diretamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao todo, são 10 locais que devem ser utilizados pelos profissionais de saúde no manejo de pacientes com transtornos mentais, dos quais cinco são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três Residências Terapêuticas (SRT), um Ambulatório de Prevenção e Tratamento do Tabagismo, Alcoolismo e outras Drogadições (APTAD) e um Centro de Convivência. Este último, fundado em 2017, oferece atividades lúdicas e de bem-estar para os usuários dos CAPS e do SRT (NATAL, 2017).

Como parte da Equipe 96 da USF Felipe Camarão III, em reunião de equipe, observamos que não possuíamos o registro dos usuários de nosso território em uso crônico de psicofármacos nem de diagnósticos/hipóteses diagnósticas em investigação vinculadas ao sofrimento psíquico. Também não possuíamos um algoritmo de como deveríamos promover o agendamento das

consultas em saúde mental destes pacientes, bem como de promoção do desmame de tais medicações em pacientes em uso destas por longos períodos.

Dessa forma, refletindo quanto às deficiências que possuímos até o momento neste parâmetro, desenvolvemos uma tabela, inicialmente focando na obtenção de dados para controle do uso de psicotrópicos por nossos pacientes, levando em consideração dados pessoais de identificação, tais como número de prontuário, nome (iniciais) e data de nascimento, além de informações quanto à história patológica pregressa do agravo mental (diagnóstico, medicações em uso contínuo, dosagens prescritas, tempo de uso, acompanhamento com especialista e última consulta na USF). Muitos outros parâmetros deverão ser incluídos, tais como consumo de álcool e drogas, porém, neste primeiro momento, resolvemos focar na obtenção dos dados supracitados. Com isso, esperamos colher informações que nos permitam reavaliar com dados reais como está sendo manejada à saúde mental por nossa equipe (Imagem 1: Tabela controle psicotrópicos – Equipe 96 por microárea/agente comunitário de saúde).

As dificuldades encontradas são os poucos relatos ou relatos incompletos em prontuário, principalmente quanto ao tempo de uso das medicações e sua indicação. Boa parte dos pacientes abordados por nossos agentes por busca de informações atualizadas, não sabe ao certo o motivo para o qual fazem uso dos remédios, nem mesmo o tempo em que o fazem, prejudicando bastante o nosso entendimento e condução destes casos.

Natal/RN e fui prontamente atendida por telefone e orientada em como conduzir o caso, bem como em como devidamente encaminhá-la ao serviço especializado por ele fornecido. Juntamente com a psiquiatra deste CAPS, ainda por via telefone e neste mesmo dia, decidimos como seria o manejo inicial desta paciente.

A paciente foi medicada e direcionada ao CAPS para triagem e marcação de consulta especializada. Mantive o acompanhamento desta paciente em paralelo, dando suporte ao CAPS e participando das reuniões de matriciamento que ocorrem em toda terceira quarta-feira do mês.

Dessa forma, a articulação com o CAPS se fez na prática bem efetiva, não só em relação à equipe 96, mas também, em outras equipes que constituem a nossa USF. Inclusive, conseguimos agendar um matriciamento a ser realizado em nossa própria unidade e o auxílio de psiquiatra na condução de casos a ocorrer durante consulta, o que nos estimula a sermos mais atuantes no quesito Saúde Mental em Atenção Primária. Contar com o apoio especializado nos propicia maior segurança de manejo e “desafoga” as enormes filas de referência para psiquiatria do SUS em nossa cidade.

Todavia, em relação ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ainda não conseguimos contato e atuação conjunta, apresentando grandes dificuldades, principalmente em relação à referências para o serviço de psicologia (a contrarreferência não é obtida).



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

A análise e o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil se insere na avaliação integral à Saúde da Criança, preconizado pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB. Dessa forma, propicia o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação em dia, prevenção de agravos à saúde, dentre tantos outros benefícios em curto, médio e longo prazo. Para isso, promover, desde realização do planejamento familiar, de uma adequada assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, às medidas de promoção à saúde nos primeiros anos de vida são situações fundamentais para a obtenção de crescimento infantil adequado (BRASIL, 2002).

Com base nesta concepção, em uma de nossas reuniões de equipe da Estratégia de Saúde da Família, respondemos o relatório a seguir referente a nossa atuação quanto às ações preconizadas para o PMAQ/AB (Imagem 17).

| 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 | |

Imagem 17: Análise da atuação em Saúde da Criança pela Equipe 96 da USF Felipe Camarão III

Ao analisarmos nossas respostas, verificamos que a nossa atuação quanto à Atenção à Saúde da Criança tem sido realizada, basicamente, nas consultas (médicas e de enfermagem) destinadas semanalmente à puericultura. Durante estas consultas, fazemos avaliação antropométrica da criança e o preenchimento adequado da caderneta infantil, incluindo a construção das curvas de perímetro cefálico x idade, peso x idade, estatura x idade e índice de massa corporal (IMC) x idade, além de avaliação da caderneta de vacinação e da pesquisa dos marcadores clássicos de desenvolvimento neuropsicomotor.

Ainda, averiguamos e instruímos as mães quanto à importância e efetividade do aleitamento materno exclusivo até os primeiros 6 meses de vida da criança, a suplementação maternal com Sulfato Ferroso, 40mg/dia, até 3 meses pós-parto, com continuação desta suplementação, em dose adequada, para a criança, a partir destes mesmos 3 meses até os seus 2 anos de vida.

Porém, até o momento, não havíamos realizado quaisquer ação que envolvesse o chamado “CD coletivo” (avaliação coletiva do crescimento e desenvolvimento infantil), o qual, na nossa visão como equipe, trata-se de uma ação bastante exitosa e que nos propiciaria maior controle do nosso território. Este aspecto foi por nós avaliado como uma potencialidade, observada ao respondermos o questionário supracitado. Já a dificuldade estava em como colocar tal ação em prática.

Por este motivo, juntamente com a Equipe 98, cuja médica responsável é Dra. Larissa Bezerra, no dia 17/08/2018, realizamos a avaliação antropométrica das crianças de zero a 5 anos, com conseqüente preenchimento das curvas nas respectivas cadernetas, bem como orientação nutricional, encaminhamento ao especialista em casos de alterações importantes no crescimento e desenvolvimento, bem como renovação das receitas de Sulfato Ferroso profilático para a faixa etária na qual este é indicado.

Aproveitamos o período de campanha contra a poliomielite e o sarampo, a qual vem propiciando a maior visita das mães com suas crianças às Unidades de Saúde, para conversarmos, medirmos, atualizarmos a caderneta da criança e ainda para apresentar, como mais uma ação educativa, um vídeo sobre o aleitamento materno e a ordenha adequada do leite materno, sendo este disponibilizado no módulo 8 (Atenção à Saúde da Criança) de nosso curso de

especialização médica em Saúde da Família do PEPSUS. Dessa forma, as mães otimizaram sua ida à USF e conseguimos atingir um número maior de participantes (imagens 18 e 19).



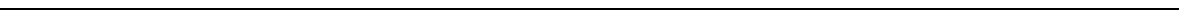
Imagem 18: Ação “Puericultura Coletiva” – Equipes 96 e 98 da USF Felipe Camarão III, 17/08/2018.



Imagem 19: Ação “Puericultura Coletiva”, apresentação de vídeo educativo sobre aleitamento materno e ordenha – Equipes 96 e 98 da USF Felipe Camarão III, 17/08/2018

Apesar disso, consideramos que o número de participantes (25 crianças ao todo) foi muito abaixo do esperado, visto que tratava-se de uma ação envolvendo duas equipes da ESF, com um número de crianças que potencialmente poderiam ter participado bem maior que o encontrado durante a ação. Acreditamos que o motivo para este número reduzido se deve ao pouco interesse e participação dos

agentes comunitários de saúde nesta atividade, problemática a ser ressaltada em próxima reunião de equipe.



CAPÍTULO VI: O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam enorme importância e prevalência no contexto de Saúde Pública. São doenças relacionadas a múltiplos fatores, sejam esses genéticos e ambientais e, muitas vezes, podem surgir em decorrência da outra, exatamente por esse conceito multifatorial. Geralmente apresentam início insidioso e progressivo, podendo apresentar períodos de agudização ou descompensação e sequelas irreversíveis a longo prazo. Todavia, por essas mesmas características, são, em sua maioria, doenças passíveis de rastreamento e controle. Dentre as mais prevalentes pode-se citar a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Mellitus, a Asma e a Obesidade (BRASIL, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família pode e deve atuar na atenção aos indivíduos portadores de doença crônica ao proporcionar um cuidado continuado e pela possibilidade de melhorias com o uso de tecnologias leves e estímulo à mudança do estilo de vida (BRASIL, 2013).

Dessa forma, em reunião de equipe, respondemos o questionário proposto, com base no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (Imagens 20 e 21).

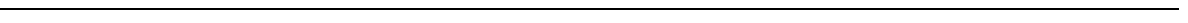
| Questões | Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL | | Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS | |
|--|--|----------|---|----------|
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus? | X | | X | |
| Normalmente, qual é o tempo de 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) 7 dias | | (Preencher em dias) 7 dias | |
| 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 |

Imagem 20: Questionário sobre Controle das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde (parte 1) – Equipe 96 da USF Felipe Camarão III.

| 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 ≥ 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 | | |

Imagem 21: Questionário sobre Controle das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde (parte 2) – Equipe 96 da USF Felipe Camarão III.

A atenção à saúde das pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis no território de nossa equipe é realizada por meio do cuidado programado e continuado. Porém, ao respondermos o questionário supracitado, nos deparamos com algumas deficiências em nosso manejo e acompanhamento desses pacientes, principalmente nos portadores de uma das doenças crônicas



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

| Nome da Intervenção | Resumo | Resultados | Plano de Continuidade |
|---|---|---|--|
| A Aplicabilidade do Programa Saúde na Escola (PSE) | <p>O Programa Saúde na Escola é uma das principais políticas públicas voltadas à infância e adolescência. Portanto, nossa primeira intervenção baseou-se na busca e avaliação dos calendários vacinais das crianças até cinco anos, busca ativa por casos de pediculose através de dinâmicas e exame físico, além da avaliação odontológica com a orientação do ato correto de escovação dental. Visamos assumir uma via de transmissão das informações de promoção à saúde "inversa": ao invés dos pais atuarem como educadores nessas questões de higiene e saúde, serão seus filhos que retornarão para suas respectivas</p> | <p>Atualização dos calendários vacinais, tratamento e redução dos casos de pediculose, embora ainda hajam casos, melhora da higiene bucal dos estudantes, prevenção de cáries e perdas dentárias, embora necessitem ser constantemente reavaliados. Dificuldades: número pequeno de estudantes, poucas escolas na área de atuação da ESF.</p> | <p>Manutenção periódica das visitas às escolas para constante reavaliação, influenciar as outras equipes que constituem a USF para atuarem da mesma forma em seus respectivos territórios.</p> |

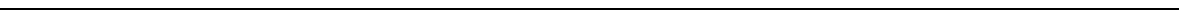
| | | | |
|---|---|--|--|
| | residências e farão a educação de seus pais. | | |
| Primeiros dias de implantação do acolhimento | Aplicação do acolhimento em modelo experimental, durante dois dias e com a atuação da médica e da enfermeira da equipe. Foi necessário definir um tempo máximo de uma hora e meia de acolhimento para que pudéssemos atender em seguida. A agenda médica foi organizada conforme se orienta no acesso avançado: 30% em consulta previamente agendada e 70% para demanda espontânea. Como em nossa unidade não dispomos de | Dificuldades: não foi possível pôr em prática da forma preconizada pois médica e enfermeira estavam envolvidas e não havia para quem encaminhar os pacientes (o fluxo estava amarrado); falta de sala apropriada tornou o ambiente pouco acolhedor e indiscreto para o paciente, acolhimentos ocorrendo com médico e enfermeiro ao mesmo tempo, perde-se a oportunidade de otimizar o acolhimento. Pontos positivos: agenda médica mais dinâmica, aprovação de boa parte da população. | Pontos para melhorar: capacitação da equipe sobre o conceito e aplicabilidade do acolhimento e sobre a classificação de risco e vulnerabilidade, melhorar a interface entre as agendas da médica e da enfermeira a partir da instalação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>sala livre para a realização do acolhimento, este foi realizado na entrada da unidade e em conjunto médica-enfermeira.</p> | | |
| <p>Atuação em Grupo de Gestante na USF Felipe Camarão III</p> | <p>Participação no grupo de gestantes, já existente na USF, no dia 13/06/2018, por meio de palestra, focando no esclarecimento dos tópicos: a importância dos exames solicitados em cada trimestre gestacional, a suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico, o porquê do aleitamento materno ser tão defendido e estimulado e a adequada anticoncepção nos primeiros meses de vida do(s) filho(s).</p> | <p>Desafios: a dúvida quanto à adesão das mulheres ao grupo e como fazer com que as explicações pretendidas por nós fossem devidamente internalizadas por gestantes participantes. Pontos positivos: Boa adesão de gestantes, nas mais diferentes idades gestacionais, primíparas e multíparas, oriundas das quatro equipes de ESF que constituem a nossa USF; gestantes se posicionando como educadoras, transformando a palestra em uma roda de ideias e experiências</p> | <p>Potencializar os efeitos benéficos deste tipo de grupo a partir do estímulo à inclusão dos companheiros e/ou pais das crianças, estimulando não só a interação destes com os demais e o esclarecimento de dúvidas particulares destes, como também a divisão da responsabilidade fraternal.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | compartilhadas | |
| O Manejo da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde | Desenvolvemos uma tabela, inicialmente focando na obtenção de dados para controle do uso de psicotrópicos por nossos pacientes, levando em consideração dados pessoais de identificação, tais como número de prontuário, nome (iniciais) e data de nascimento, além de informações quanto à história patológica pregressa do agravo mental (diagnóstico, medicações em uso contínuo, dosagens prescritas, tempo de uso, acompanhamento com especialista e última consulta na USF). | As dificuldades encontradas são os poucos relatos ou relatos incompletos em prontuário, principalmente quanto ao tempo de uso das medicações e sua indicação. | Manter a tabela constantemente atualizada e incluir novos parâmetros tais como consumo de álcool e drogas. |
| Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento | “CD Coletivo” (avaliação coletiva do crescimento e desenvolvimento infantil), realizado no dia 17/08/2018, com avaliação antropométrica das | Baixo número de participantes devido ao pouco interesse e participação dos agentes comunitários de saúde nesta atividade. Esclarecimento de dúvidas, atualização as caderneta da | Estimular a maior participação dos agentes de saúde na divulgação, promover este evento mensalmente. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>crianças de zero a cinco anos e consequente preenchimento das curvas nas respectivas cadernetas, bem como orientação nutricional, encaminhamento ao especialista em casos de alterações importantes no crescimento e desenvolvimento, bem como renovação das receitas de Sulfato Ferroso profilático para a faixa etária na qual este é indicado.</p> | <p>criança, troca de experiências, aplicação do protocolo de prevenção de anemia ferropriva infantil.</p> | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde</p> | <p>Formulamos uma tabela de registro completa constando dados importantes de controle do paciente diabético (tempo de doença, medicações em uso, presença ou não de comorbidades). Além de informações quanto à avaliação dos pés e risco de maior gravidade da doença de base, tais como se há presença de lesões (úlceras, traumas) e/ou infecções (onicomicose, infecção secundária de lesão de pele), bem como o registro de perda ou não de sensibilidade ao exame, visando assim estratificar o risco e melhor gerenciar o cuidado.</p> | <p>Transferência dos dados presentes em prontuário para a tabela. Pontos positivos: maior praticidade para avaliação, reavaliação e controle dos pacientes com pé diabético. Dificuldades: Pouco auxílio por parte dos agentes e demais membros da equipe para preenchimento da tabela.</p> | <p>Finalizar o preenchimento da tabela e manter sua constante atualização. Difundir a tabela para as outras ESF que constituem a USF Felipe Camarão III.</p> |
|---|---|---|--|



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções tiveram um papel fundamental no entendimento do processo de trabalho, da dinâmica, das potencialidades e da importância que uma Equipe de Saúde da Família tem para uma comunidade. A partir delas, pude compreender melhor o meu território, entender as carências e demandas específicas da população por mim assistida. Além disso, possibilitou o entendimento maior de como cada membro de uma ESF é fundamental para seu o ideal funcionamento e a diferença que deve trazer para o ambiente de trabalho quando a ESF consegue trabalhar com efetividade e união dentro de uma Unidade de Saúde. Dessa forma, foi possível perceber como o meio de trabalho ainda está enraizado a ideias arcaicas de atuação em Atenção Primária à Saúde e como os colegas de equipe podem ser resistentes a mudanças no sistema, sendo indiferente se tais mudanças virão ou não para melhor.

A primeira microintervenção logo de início nos mostrou um grande déficit: a total ausência de comunicação entre saúde e educação dentro do nosso território. Uma problemática que não era percebida pela própria gestão, mas que, ao vir à tona, nos trouxe uma efetiva resolução, com a entrada da Unidade de Saúde dentro do ambiente estudantil. Ainda há muito que se melhorar e precisamos contar com mais apoio da gestão das escolas e creches. Todavia, já sabemos do potencial da ação e de como ela pode e deve ser rotineiramente realizada. Nesse mesmo aspecto se insere a microintervenção voltada à Saúde da Criança, a qual evidenciou que é bastante eficaz e resolutiva a realização de puericultura coletiva, no qual, em menos tempo conseguimos assistir um número maior de usuários.

No entanto, a micro intervenção voltada à prática do acolhimento e acesso avançado, sem dúvida, foi a de maior frustração e a que deixou ainda mais em pauta o quanto faz falta o apoio da ESF como um todo. Sem a união e a devida capacitação da equipe, desde o Agente Comunitário de Saúde ao Enfermeiro e também de toda a Unidade de Saúde (incluindo as demais equipes), não é possível por em prática o Acesso Avançado sem sobrecarregar um membro da equipe, no caso, o médico.

Por outro lado, microintervenção voltada à Saúde da Gestante foi considerada a mais exitosa, pois de fato conseguimos enxergar as consequências

positivas desta até mesmo durante sua realização, através do engajamento das gestantes. Além disso, nos trouxe ânimo para ampliar o grupo de gestantes ao incluir pais e companheiros, numa espécie de pré-natal coletivo dos pais. E, ao realizarmos as microintervenções referentes à Saúde Mental e ao controle de portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis, foi possível produzir material para um mais adequado acompanhamento destes pacientes, gerando não só benefícios diretos aos pacientes assistidos como também futuros materiais para pesquisas científicas.

REFERÊNCIAS

ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. Saúde Mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 136-142, 2011.

BEZERRA, B. J. Considerações sobre práticas ambulatoriais em Saúde Mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 133-171.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMELO, Marina Shinzato et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p.463-468, 29 ago. 2016. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0463.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2018.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. THE HEALTH SCHOOL PROGRAMME: A HEALTH PROMOTION STRATEGY IN PRIMARY CARE IN BRAZIL. **Journal Of Human Growth And Development**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.307-312, 25 out. 2015. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 107, p.984-996, dez. 2015.

BRASIL. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Moreira, C. T. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 107-116, 2007.

NATAL amplia oferta de serviços na Rede de Atenção Psicossocial. 2017. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/noticia/ntc-26945.html>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

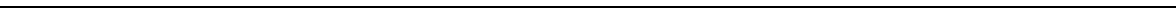
PINTO JUNIOR, Elzo Pereira et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 104, p.268-278, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040226>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00268.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

Reberte, L. M.; Hoga, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto contexto Enferm.** v. 14, n. 2, p. 186-192, 2005.

Santos, R. V. & Penna, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18 n. 4, p. 652-660, 2009.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2018.

APÊNDICES



ANEXOS

