



**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**

**MONITORAMENTO DOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS E ENCAMINHAMENTOS  
DAS DOENÇAS E OBSERVAÇÃO EM A UNIDADE DE SAÚDE**

**HENRY RODRIGUEZ PEDROSO**

**MONITORAMENTO DOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS E ENCAMINHAMENTOS  
DAS DOENÇAS E OBSERVAÇÃO EM A UNIDADE DE SAÚDE**

**HENRY RODRIGUEZ PEDROSO**

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: Túlio Felipe Vieira de Melo**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família e em memória do meu pai.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço este trabalho primeiramente a Deus, e a todas as pessoas que me ajudaram na sua confecção, em especial ao meu facilitador pedagógico Túlio Felipe Vieira de Melo. A minha mãe e minha esposa por sempre estarem do meu lado, aos meus filhos, meus irmãos e a meus amigos e amigas que tanto me ajudaram em meu trabalho como médico no Brasil.

## RESUMO

Em neste trabalho se faz um resumo da importância das actividades planejadas e realizadas em a unidade de saúde á qual eu estou vinculado, em o inicio se fala sobre o tema **Observação na Unidade de Saúde (Saudade)**, as estratégias que se utilizam para alcançar os objetivos são reduzir o tempo de espera e retorno das informações da unidade, concretizar o cuidado integral em tempo oportuno. A avaliação do trabalho tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, a organização de todas as actividades se faz principalmente durante a reunião mensal onde participa todo o equipe envolvido. Seguidamente se trato o tema **Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**, acolhimento que se faz é resolutivo, com análises das necessidades de saúde da família, avaliação de vulnerabilidades, avaliação e classificação de riscos, atendimento de urgências, emergência, ampliando a resolutividade da atenção básica e fortalecendo o vínculo da equipe com a comunidade. Em quanto a o **Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério** a equipe de saúde fiz um grande trabalho porque atualizou a quantidade assim como os dados das mulheres em idade fértil, os adolescentes e a população com maior risco de doenças de transmissão sexual, se planeja e se informar sobre o atendimento às pessoas que querem planejar a gravidez, decidir qual é o melhor momento para ter filhos, logrando que a comunidade toda tenha um alto grau de satisfação de nosso trabalho. Em a **Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**, em nesta parte se fiz um trabalho de organizar e diminuir a quantidade de remédios controlados que consume a população mediante a reavaliação daqueles doentes que tem melhoria notável de sua doença mental, também se faz planejamento de visitas domiciliares dos pacientes doentes mais comprometidos, se realizam grupos de estudo e palestras educativas com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre as patologias mentais, se faz avaliação com o especialista em Psiquiatria dos casos mais complexos. Em quanto á **Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**, a equipe tem grupos de trabalho priorizados como são as crianças de zero a dois anos, em as reunião mensais se actualizam os dados de estas crianças assim como os que tem vacinas atrasadas e os exames a ser feitos como o Teste do Pezinho em as crianças de 0 a 7 dias, logrando assim um bom crescimento e desenvolvimento até os dois anos de idade. Em quanto ás **Doenças crônicas não transmissíveis** na unidade de saúde de Saudade, a qual estou vinculado, são parte do trabalho diário da equipe da zona rural, o número de pessoas com algum tipo doença crônica vem crescendo, a equipe planejo aumentar a quantidade de pacientes que precisam avaliação durante as consultas diária com o objetivo de satisfazer a demanda do paciente com algum tipo de doença crônica. Na unidade básica de saúde a qual eu estou vinculado, realizei durante todo o ano um trabalho muito bom, aumentando assim a saúde da população, aumentando também a organização das actividades que realiza a equipe, fazendo com que a população goste cada dia mais do nosso trabalho na unidade básica de saúde Saudade do município de Serra Negra Do Norte.



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	-----
<b>CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde</b>	-----
<b>CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada</b>	-----
<b>CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério</b>	-----
<b>CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</b>	-----
<b>CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</b>	-----
<b>CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção</b>	-----
<b>CAPITULO VII: Monitoramento e avaliação</b>	_____
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	-----
<b>REFERÊNCIAS</b>	-----
<b>APÊNDICES</b>	-----
<b>ANEXOS</b>	_____

## APRESENTAÇÃO

O trabalho de conclusão do curso de forma geral foi feito baseado em um problema da lista de fraquezas da unidade básica de saúde a qual estou inserido. Tem como objetivo conseguir uma maior organização, assim como melhores condições de trabalho, conseguindo assim um impacto positivo para a população e que os membros da equipe ganhem confiança, organização, conseguindo assim uma interação positiva entre os membros da equipe. O trabalho foi feito Time New Roman 12, e está composto por um capítulo onde se relata tudo o que acontece na unidade de saúde, as decisões que forem tomadas, os responsáveis de fazer o trabalho planejado, se fala também sobre a aceitação que tive a proposta plantada assim como os resultados em o tempo esperado, espera-se como resultados uma melhor atenção a população, que não existam perda de documentos dos usuários em a unidade, ganhar em confiança, respeito e aumentar a resolutividade do equipe de trabalho, aproveitar mais as horas de trabalho, conseguindo resultados positivos no processo de trabalho.



## **CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE**

Este relato tem a finalidade de descrever a construção de uma microintervenção, realizada na equipe de saúde da família (ESF) de Saudade, município de Serra Negra do Norte. Em reunião, optamos em escolher o problema mais relevante da lista de problemas identificados, sendo este o registro e monitoramento das solicitações de exames, encaminhamento às especialidades, bem como os retornos. A importância da microintervenção na unidade de saúde é reduzir o tempo de espera e retorno a unidade, com o objetivo de concretizar o cuidado integral em um tempo oportuno, melhorar a qualidade e quantidade de atendimentos e aumentar a organização.

Na reunião, os participantes da equipe opinaram sobre os problemas mediante a autoavaliação. Dentro da listagem de fraquezas e debilidades escolheram o problema que tem necessidade de resolutividade mais a curto prazo. A equipe não faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.

As estratégias para alcançar os objetivos foram reduzir o tempo de espera e retorno das informações da unidade, concretizar o cuidado integral em tempo oportuno, atenção por meio de ações e serviços pertinentes às práticas integrativas e complementares, coordenação do cuidado incluindo o acesso das ações e os serviços, atenção e cuidado programado-continuado tanto em a unidade de saúde como em os domicílios, promoção de saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde. Os recursos necessários para a realização das atividades planejadas são os prontuários e os livros de encaminhamentos. Os responsáveis são a técnica de enfermagem, a enfermeira, o médico e o cirurgião dentista. Os resultados esperados são a solução para as solicitações de exames, organização dos encaminhamentos e retornos. Responsável à técnica de enfermagem Lidiane Fernandes, e a enfermeira Fernanda Viera. O prazo de tempo é de três dias para a adaptação e informar sobre as atividades realizadas, e um prazo de quinze dias para concluir a atividade indicada. O monitoramento se faz através dos livros de registro de encaminhamentos, livros de retorno, livros de registros de exames e da alimentação e-SUS.

As dificuldades encontradas foram que não tem livro de registro de alimentação dos dados, a equipe não tem ciência da importância de reportar os dados correspondentes dos usuários. As potencialidades de fazer essa microintervenção é melhorar e reduzir o tempo

de espera de retorno das informações com mais fidedignidade. O impacto que observado com a microintervenção foi o aumento do percentual de resolutividade dos usuários. Espero com a continuidade desta microintervenção melhorar o percentual de qualidade de atendimento dos serviços aos pacientes.

A avaliação da ESF de Saudade junto com sua equipe de trabalho do município é um processo onde se faz um juízo das ações desenvolvidas, no âmbito de trabalho, com o objetivo de identificar, mediante os diferentes instrumentos avaliativos, e aplicar critérios e normas das características positivas e negativas do âmbito laboral. Além de melhorar as condições através dos planejamentos de ações que resolvam os problemas e melhore a qualidade dos atendimentos, superar concepções pré-formadas e complexas que apenas os especialistas podam compreender e podam diminuir a qualidade do trabalho em equipe. A autoavaliação é entendida como um ponto de partida da face de desenvolvimento do processo orientado para melhoria da qualidade que tem inicia na identificação do reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho, da gestão e das equipes de atenção à saúde, mobilizar iniciativas para mudanças e aprimoramento dos serviços.

A avaliação tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, realizando um conjunto de ações pela equipe de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo ministério da Saúde com o intuito de promover movimentos de mudanças da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação do processo autoavaliativos no município.

#### Fraquezas

- J) A educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica e uma atividade que tem problemas porque a equipe não tem acesso a cursos instrutivos que aumentem seu conhecimento.
- K) A organização do processo de trabalho em a unidade básica de saúde.

➤ L) A equipe não faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames e encaminhamento as especialidades assim como dos retornos.

#### Potencialidades

➤ L) A atenção integral a saúde é boa já que os doentes são consultados, pagam os medicamentos de grátis e são avaliados por os especialistas sim precisarem.

➤ M) A participação, controle social e satisfação do usuário são bons, já que a unidade básica de saúde junto com a equipe em seu trabalho diário satisfaz as necessidades em a saúde da população.

#### Descrição do Padrão

1) A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.

2) A equipe não tem as condições e não realiza um registro das referências do contra referências e das solicitações de exames de os usuários em o local adaptado, já que não tem espaço suficiente. As informações registradas em instrumentos além dos prontuários e o monitoramento dos refluxos–casos atendidos em a unidade e não atendidos (Em especiais casos mais graves e\ou complexos) facilitar a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e de retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral em tempo oportuno.

#### Estratégias:

1) Reduzir o tempo de espera e retorno das informações da unidade, concretizar o cuidado integral em tempo oportuno.

2) Atenção por médio de ações e serviços pertinentes as práticas integrativas e complementarias. Coordenação do cuidado incluindo o acesso das ações e os serviços. Atenção e cuidado programado-continuado tanto em a unidade de saúde como em os domicílios. Promoção de saúde, prevenção de agravos. Vigilância em saúde.

- 3) Os recursos necessários para a realização das atividades planejadas são os prontuários os livros de encaminhamentos a técnica de enfermagem a enfermeira o médico e o cirurgião dentista.
- 4) Os resultados esperados são a solução para as solicitações de exames, organizações dos encaminhamentos e retornos.
- 5) Responsável a técnica de enfermagem Lidiane Bezerra, e a enfermeira Fernanda Viera.
- 6) Os prazos de tempo são de três dias para a adaptação e informar sobre as atividades realizadas e um prazo de quinze dias para concluir a atividade indicada.
- 7) O monitoramento se faz através dos livros de registro de encaminhamentos, livros de retorno, livros de registros de exames e de a alimentação e-SUS.

<b>Estratégias para alcançar os objetivos/metass.</b>	<b>Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da execução)</b>	<b>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades.</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazos</b>	<b>Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados.</b>
As estratégias para alcançar os objetivos é reduzir o tempo de esperadas informações das unidades.	Atenção por médio das ações e serviços pertinentes as prática integrativas e complementarias. Coordenação do cuidado incluído o acesso das ações e o serviços.	Os recursos necessários para a realização das atividades planejadas são os prontuários, os livros de encaminhamento a técnica de enfermagem a enfermeira o médico e o cirurgião dentista.	Os resultados esperados são a solução em as solicitações de examinei e organização dos encaminhamentos e retornos.	O responsável é a técnica de enfermagem Lidiane Bezerra e a enfermeira Fernanda Viera.	O prazo de tempo é de três dias para adaptação e informar sobre as atividades realizadas e um prazo de quinze dias para concluir a atividades indicadas.	O monitoramento do avaliativo se faz a traves dos livros de registro de encaminhamento, livro de retorno, livros de registros de examinei e de alimentação e-SUS.

Superar as fragilidades identificadas no processo de trabalho, através de reuniões em equipe como também com educação permanente. Dessa forma possibilitando uma melhor assistência a comunidade, como também superando as fragilidades no processo de trabalho da equipe, proporcionando uma maior satisfação na população.

Para o monitoramento do processo de trabalho será feito o registro de todos os atendimentos onde constará os seguintes dados: data de atendimento, nome do usuário, cartão nacional de saúde, tipo de atendimento, conduta. Dessa forma, os indicadores serão monitorados de forma contínua durante os atendimentos e mediante reuniões de equipe.



## **CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.**

Minha experiência nesta microintervenção, que ocorreu na **UBS de Saúde** no município de Serra Negra do Norte, composta com 14 profissionais. A sala de espera comporta um mínimo de quinze a vinte pessoas, onde é realizado o acolhimento. O acolhimento que realizamos é resolutivo, com análises das necessidades de saúde da família, avaliação de vulnerabilidades, avaliação e classificação de riscos, atendimento de urgências, emergências médicas e odontológicas. A atenção é orientada pela lógica das necessidades de saúde dos moradores da comunidade, planejamento das ações integradas e horizontalizado, serviços com rotina estabelecida em cronogramas e protocolos de tratamentos.

As potencialidades da equipe no trabalho diário identifica e implementa estratégia de intervenção para o enfrentamento da demanda e oferece acolhimento coordenado e humanizado a todos os usuários da área de saúde, realiza acolhimento da demanda espontânea durante todo o período de acolhimento da unidade, disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de maneira clara e acessível para os pacientes da comunidade, disponibiliza canais de comunicação com a população de forma permanente e contínua.

As fragilidades, na unidade tiveram problemas com a demanda espontânea e planejada, já que a demanda espontânea sempre é muito maior que a demanda planejada e as pessoas ficam querendo ser atendidas. A equipe se esforça atender/acolher a quantidade de pessoas priorizando primeiro os pacientes que são de urgência (crianças com febre, idosos, e grupos priorizados), depois os pacientes com doenças crônicas e por último a demanda espontânea. Também como estratégia se aumentou a demanda planejada, e as pessoas que ficariam sem acesso, realizamos a visita domiciliar onde se dar o atendimento médico segundo as necessidades.

A equipe tem estratégias de acolhimento na unidade de saúde, oferecendo acolhimento humanizado a todos os usuários da área de abrangência, atenção qualificada, classificação de risco e vulnerabilidade com a utilização de protocolos e definição de critérios para agendamentos de consultas. Organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população da nossa área, para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado. A equipe realiza

o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimentos as primeiras urgências referenciando-os para outros pontos da rede de atenção quando preciso. A equipe acolhe a demanda de usuários com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas, depois desse primeiro atendimento garantimos a continuidade do acompanhamento em agenda programada se houver necessidade, ampliando a resolutividade da atenção básica e fortalecendo o vínculo da equipe com a comunidade.

Dessa forma, a equipe também tem a possibilidade de programar e melhorar o acolhimento através das reuniões e debates dos problemas, utilizando dados do acolhimento para orientar e reorientar o planejamento das ações por meio da autoavaliação e avaliação dos indicadores de saúde, encontro e debate com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde. O planejamento da assistência e avaliação dos resultados alcançados é fundamental para uma metodologia consciente de planejamento e gestão das agendas que contemplem as diferentes situações; como oferta para grupos específicos, demanda espontânea, consulta no dia e o primeiro atendimento das urgências.





### **CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**

A Unidade Básica de Saúde Saudade a qual estou vinculado localiza-se na zona rural do município de Serra Negra do Norte/RN. Sendo minha experiência na atenção em saúde sexual e reprodutiva na zona rural, uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica, é ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Nossa equipe faz várias atividades muito importantes como: aconselhamento, atividades educativas, atividades clínicas, entre elas o atendimento às pessoas que querem planejar sua gravidez decidindo qual é o melhor momento para ter filhos e compreender o que eles tem que fazer para que seus filhos comecem sua vida com saúde e tenha uma boa qualidade de vida durante a primeira infância. Para executar o que foi planejado pela equipe, composto pela enfermeira, médico, técnico de enfermagem e os agentes de saúde das diferentes micro-áreas, promovemos ações educativas para toda a população.

Decidiu-se em reunião que as palestras seriam realizadas pelo médico e pela enfermeira, também planejamos com os agentes de saúde para intensificar as visitas domiciliares para realizar a busca ativa das mulheres gestantes. Também realizamos rodas de conversa com as adolescentes que tenham iniciado vida sexual ativa, os agentes falam sobre os métodos contraceptivos básicos que tem na unidade e a necessidade de ir a consulta com o médico ou a enfermeira. Nas reuniões mensais discutimos sobre a diversidade sexual, relações de gênero e prevenção da infecção do Vírus de Imunodeficiência adquirido (**HIV/AIDS**), sobre as notificação e encaminhamentos adequados dos casos diagnosticados com HIV, assim como a avaliação e tratamento adequado das pessoas diagnosticadas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (**IST**) e discutimos sobre a saúde sexual em grupos de de gestantes, adolescentes e idosos.

Oferecemos conhecimentos fundamentais para os integrantes da equipe sobre a adolescência e a juventude, etapas fundamentais do desenvolvimento humano. O Estatuto da Criança e do Adolescente (**ECA**) delimita a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (**OMS**), por sua vez, delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos primeiros anos da juventude. Os agentes de saúde realizam visitas dos adolescentes com maior risco e

as estimulam para os encontros em salas de acolhimento para falar sobre os direitos reprodutivos, garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (BRASIL, 2007).

A equipe de saúde faz um esforço para garantir o atendimento aos adolescentes e jovens, antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva, para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e autocuidado. Além disso, os adolescentes e jovens têm direito a ter atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, sigilo e confidencialidade, ou seja, de serem atendidos sozinhos, em espaço privado, onde possa ser reconhecida sua autonomia e individualidade.

Todos os membros da equipe sempre estimulam o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as DST/HIV/Aids. O preservativo pode ser usado associado a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a importância da dupla proteção. Periodicamente se faz o levantamento periódico das gestantes da equipe de saúde, incluindo as que fazem pré-natal em serviços privados.

Nas gestantes recomenda-se no mínimo seis consultas durante os nove meses de gravidez, evitando assim problemas para a mãe e seu bebê. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª e 36ª semanas e semanais a partir da 36ª semana até o nascimento. Preenchemos adequadamente a caderneta da gestante com os dados dos exames, medicações, data provável do parto, doenças prévias, atividades educativas.

Se faz uma avaliação nutricional com peso e altura das gestantes, orientamos sobre os cuidados que tem que ter durante a gestação, quais são os alimentos mais recomendados durante e a periodicidade com que devem ser consumidos, para que assim tenham uma boa nutrição durante o período de gestação.

Orientamos sobre as questões referentes ao parto e sobre a importância de retornar a consulta de puerpério para o seguimento dela e do recém nascido. Estimulamos o aleitamento materno, demanda livre, exclusivo até os 6 meses e complementar até 2 anos. Orientamos sobre a pega correta e desmistificamos alguns mitos.

Como potencialidades, temos o comprometimento de todos o profissionais da equipe nas reuniões e nas ações junto com a população e a disponibilidade de recursos gratuitos

para todas as pessoas como os anticoncepcionais e outros medicamentos para o tratamento das doenças que acontecem durante a gestação.

Já as fragilidades, apontamos a demora nos encaminhamentos das gestantes aos especialistas e para alguns exames, alta demanda para atendimento, baixo nível cultural de algumas gestantes, adolescentes e idosos e os baixos nível social e econômico que tem a maior parte da população da zona rural o qual dificulta a compra de alimentos e a ida delas para as consultas.

De forma geral foi uma experiência muito boa já que a equipe aumentou seus conhecimentos e ganhou em experiência sobre seu trabalho com a população de risco e agora se faz um melhor trabalho e a população fica muito mais satisfeita com os membros da zona rural.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e M



## **CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Unidade Básica de Saúde Saudade onde eu trabalho encontra-se localizada em Serra Negra do Norte, Rio Grande do Norte, a equipe da unidade básica de saúde à qual estou vinculado possui um registro de todos os usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, assim como os ansiolíticos e também temos registrados os casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.

Nos reunimos mensalmente com o objetivo de promover a reuniões com grupos de pacientes e profissionais vinculados a atenção básica (equipe da ESF, ESB e NASF), proporcionando a eles conhecer mais acerca das condições psiquiátricas, desmistificando dessa maneira as patologias mentais reduzindo o preconceito em procurar atendimento para saúde mental, ademais se analisa os usuários que consomem medicamentos controlados, novos casos, desmame da medicação e óbitos.

Durante a reunião foi proposto fazer um plano de intervenção focado na melhoria do acolhimento/atendimento através da realização de grupos de estudo e palestras educativas com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre as patologias mentais. Realizamos o planejamento das visitas domiciliares a estas pessoas e o monitoramento e avaliação das condições de vida e o ambiente em que eles vivem. Com relação ao registro dos usuários que fazem uso de medicação psicotrópica, existe uma referência para o médico psiquiatra o qual realiza atendimento mensal no município, sendo os pacientes referenciados e agendado retorno de acordo com o sofrimento psíquico. Dessa forma, havendo necessidade de suporte por parte da equipe do NASF é feito encaminhamento.

Sabendo da necessidade de apoio, o profissional, geralmente o psicólogo, faz atendimentos periódicos até que a necessidade em questão seja sanada. De modo que se o paciente apresenta perfil de tratamento com o CAPS, o mesmo será referenciado àquela instituição. Com relação a números precisos, a equipe do NASF não tem esse dado atualizado, sendo necessário fazer um levantamento da quantidade de usuários que fazem uso desta medicação. Com relação aos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, o registro é feito pelo profissional que acolheu, assim como os casos provenientes de uso de substância como álcool e outras drogas.

A rede de saúde mental funciona da seguinte forma: uma vez identificado o usuário em sofrimento psíquico, através do Agente Comunitário de Saúde, profissional do NASF ou ESF, ou até mesmo em atendimento de urgência no município, o profissional que fizer o acolhimento a esta demanda avalia e este será referenciado ao serviço de acordo com a necessidade. Se o paciente encontra-se em crise, oferecendo risco a si ou terceiros, este deve ser encaminhado ao Hospital Regional do Seridó, para ser avaliado pelo médico de plantão, onde este deverá decidir se o paciente ficará usando leito ou não.

Neste hospital tem uma sala de psiquiatria destinada a pacientes graves. Uma vez usando leito, o Serviço Social do hospital entra em contato com o CAPS III para agendamento de consulta com médico psiquiatra havendo vaga nos leitos do CAPS III o paciente é transferido para dar continuidade ao tratamento naquela instituição. Em casos não tão severos de sofrimento psíquico, o profissional direciona esse usuário ao ambulatório de psiquiatria do município, onde este irá ser acompanhado por consultas periódicas, seguida de conduta medicamentosa até que haja necessidade. Nos casos onde o paciente não necessite de uso de medicação psicotrópica, o usuário é referenciado ao serviço de psicologia do NASF. O paciente em sofrimento psíquico é atendido imediatamente pelo profissional da ESF, uma vez que a estratégia é porta de entrada.

Preventivamente, os profissionais da equipe realizam pesquisas na população com o objetivo de conhecer os usuários que consomem medicamentos controlados, se faz monitoramento casa a casa com o apoio do agente comunitário para comprovar se os medicamentos são utilizados unicamente pelos pacientes. Realizamos busca ativa na comunidade em busca de novos casos que precisem de atendimento por problemas psiquiátricos ou de pessoas com problemas de drogas ilícitas.

Realizamos a promoção da saúde na população durante as consultas médicas e durante as visitas domiciliares, a especialista em Psicologia ministra palestras à população sobre como tratar com os jovens com transtornos de comportamento e como se deve atender no núcleo familiar a uma pessoa com transtornos psiquiátricos.

A equipe utiliza a estratégia de grupos terapêuticos como oferta para potencializar o cuidado e como metodologia, possibilita que este espaço possa trabalhar questões referentes ao senso de identidade coletividade, autoestima, autoexpressão, habilidades específicas, potencialidades e outras. A equipe entende que o grupo não deve estar centrado apenas no conhecimento dos profissionais de saúde e tem como intuito proporcionar um espaço de relações e trocas interpessoais, buscando reflexão crítica sobre os modos de vida individual

e coletiva, levando-os à expressão e à ressignificação de suas posições assumidas na vida por meio do processo de co-responsabilização, gestão do cuidado e ampliação da autonomia dos sujeitos e coletividades.

As potencialidades presentes são o registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, assim como os ansiolíticos; registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico; reuniões mensais com o objetivo de promover a inserção da equipe multifuncional.

Já as fragilidades foram o baixo nível cultural dos pacientes que consomem medicamentos controlados; todos os pacientes são moradores da zona rural onde as visitas estão dificultadas porque os doentes ficam muito distantes; mais de 70% dos pacientes que tomam remédios controlados são idosos.





## CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

A equipe a qual trabalho encontra-se na Unidade Básica de Saúde (UBS) Saudade que fica a zona rural no município de Serra Negra do Norte, Estado Rio Grande do Norte. A equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família – ESF) composta por: (I) Médico generalista, (II) Enfermeiro generalista; (III) Técnico de enfermagem; e (IV) Agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais Equipe de Saúde Bucal: cirurgia-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Nesta equipe se faz uma reunião mensal onde se analisam principalmente as fragilidades do mês anterior e se debate o que se pode ser feito para melhorar, também planejamos as atividades do mês seguinte, cada membro da equipe fala sobre sua preocupação na realização de seu trabalho nas microáreas da zona rural.

	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	
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	
Prematuras	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças?	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	

A equipe tem grupos de trabalho priorizados como são as crianças de zero a dois anos, esta etapa da vida é fundamenta e muito importante porque será onde a criança está mais vulnerável e precisa de mais cuidados. Durante a reunião fazemos o planejamento das consultas às crianças que tem dois anos ou menos de idade onde se avalia o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

O Ministério da Saúde recomenda-se sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção serão vistas com maior frequência.

A primeira consulta se faz na casa da criança, esta é uma consulta muito importante, podendo ser feita pela enfermeira, médico e o agente de saúde ao binômio mãe e recém-nascido (RN) no contexto da família, para orientação de toda a família sobre o cuidado de ambos. Orientamos também as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (Mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que seja possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde.

O teste do pezinho, feito na criança logo após o seu nascimento, conforme estabelece o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), permite a detecção da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito (fase 1 do programa) e de hemoglobinopatias (fase 2), doenças que podem ser tratadas, prevenindo o retardo mental (que as duas primeiras enfermidades podem ocasionar) e as infecções e outras complicações que frequentemente podem ocasionar a morte de crianças com hemoglobinopatias. O teste deverá ser feito entre o 3º e o 7º dia de vida da criança (BRASIL, 2004b).

Com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.

A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde, em todas as visitas domiciliares, é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar sinais de perigo à saúde da criança. As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves, são sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência

Os principais objetivos da primeira visita domiciliar ao recém-nascido e à sua família são os seguintes: 1) Observar as relações familiares; 2) Facilitar o acesso ao serviço de saúde; 3) Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde; 4) Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho); 5) Estimular o desenvolvimento da parentalidade; 6) Orientar a família sobre os cuidados com o bebê; 7) Identificar sinais de depressão puerperal; 8) Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida; 9) Prevenir lesões não intencionais; e 10) Identificar sinais

de perigo à saúde da criança. (MINISTÉRIO DA SAÚDE | SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE | DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA)

A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização. O calendário de vacinação é definido pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde e pelo calendário estadual. A UBS organiza e estrutura meios para facilitar o acesso às vacinas básicas e aumentar a cobertura vacinal no território. Estão garantidos os seguintes imunobiológicos: BCG, hepatite B, tetravalente/pentavalente, poliomielite/Salk, rotavírus, pneumocócica 23-valente, pneumocócica 10 e meningocócica C, tríplice viral, febre amarela e tríplice bacteriana, dupla adulto, varicela, influenza sazonal.

A equipe possui um cadastro o qual é atualizado pelos agentes de saúde durante as visitas domiciliares de todas as crianças de zero a dois anos de idade, durante a reunião se faz o planejamento das crianças que tem que ser vacinadas. As crianças recebem, entre o 6º mês até os 5 anos de idade, a vacina Influenza, durante a Campanha Anual de Vacinação Contra a Gripe, conforme calendário do MS. Para os acompanhamentos se utilizam cadernetas onde se preenche todas as informações referentes à criança, todos os dados são armazenadas de forma organizada em a unidade básica de saúde.

O crescimento adequado de uma criança depende múltiplos fatores, dentre os quais a alimentação saudável e a ausência de doenças orgânicas, sendo relacionada diretamente ao calendário vacinal completo. A primeira alimentação é o leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento. O leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas quentes e secos. Após 6 meses deve-se dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

Ao completar 8 meses, a criança já pode receber a alimentação básica da família desde que não sejam utilizados temperos industrializados, pimenta, alimentos gordurosos como bacon, banha, linguiça, entre outros. Deve-se oferecer à criança diferentes alimentos ao dia, uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Os progressos quanto ao crescimento e desenvolvimento assim como seu estado nutricional das crianças é avaliado pelo médico nas consultas preenchendo no prontuário e nas cadernetas das crianças, devendo informar a mãe da criança sobre o crescimento e desenvolvimento. Para que a monitorização do crescimento seja efetiva faz-se necessário a aferição adequada dos dados antropométricos e a pontuação exata nas referidas curvas. A

curva de crescimento deve ser construída com o mínimo de três pontos: Ascendente= NORMAL, Horizontal= ATENÇÃO, Descendente=PERIGO. O desenvolvimento depende da maturação (mielinização) do sistema nervoso. A aprendizagem neuropsicomotora se estabelecerá principalmente ao longo da infância, podendo sofrer a influência de fatores nutricionais, genéticos e ambientais. (CADERNO ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA PRIMEIRO ANO DE VIDA)

A criança com história de baixo peso ao nascer (peso < 2.500g) deve ser considerada de risco nutricional e deve ser acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida

Os agentes de saúde tem uma função muito importante nas microáreas onde eles trabalham já que devem informar sobre as famílias disfuncional e as famílias que tem uma má relação, entre elas as que sejam violentas. As crianças que moram com estas famílias tem um risco muito alto de sofrer acidentes ou ficar com uma personalidade violenta quando adultas.

Durante a reunião de equipe falamos que a prevenção é a principal solução para a problemática dos acidentes com crianças, as crianças devem dormir em colchão firme, de barriga para cima, cobertos até a altura do peito com lençol ou manta, presos embaixo do colchão e os bracinhos para fora. O colchão deve estar bem preso ao berço (não mais que dois dedos de espaço entre o berço e o colchão) e sem qualquer embalagem plástica. As grades de proteção do berço, que devem estar fixas e não devem ter mais que 6 cm de distância entre elas. Remova do berço todos os brinquedos, travesseiros e objetos macios quando a criança estiver dormindo, para reduzir o risco de asfixia. Compre somente brinquedos apropriados para a criança. (CADERNO ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA PRIMEIRO ANO DE VIDA).

Quanto às potencialidades: A equipe tem controle das crianças que da área e fazemos visitas a todas as crianças menores de 1 ano de idade.

Os agentes de saúde fazem promoção e prevenção com a família sobre a alimentação no primeiro ano da vida.

A equipe tem identificado as famílias com problemas de violência doméstica.

Quanto às fragilidades: As famílias que são disfuncionais não colaboram com os encaminhamentos a os especialistas como a psicologia.

A zona rural tem população que são de difícil acesso e a unidade não dispõe de transporte suficiente para visitar todas as famílias com crianças que precisam ser visitadas.

A população da zona rural passa muito tempo trabalhando e em muitas ocasiões as casas ficam fechadas, dificultando as visitas programadas.

Durante a reunião se falou sobre todas as questões referentes às crianças das micro áreas da zona rural de Saudade, cada agente de saúde falou sobre os principais problemas com as famílias que tem meninos de zero a dois anos de idades, se falou também sobre qual de estas crianças é doente e qual são as doenças que tem. O médico da equipe com o apoio da enfermeira e a psicóloga fez conversas com os agentes de saúde, onde os temas foram as visitas das crianças com prioridades, como são as crianças com doenças, crianças com problemas de violência em suas famílias. Também se abordaram temas como a organização das cadernetas de saúde da criança, vacinação dos meninos, estado nutricional das crianças com problemas econômicos em suas famílias. Os agentes de saúde aumentaram seus conhecimentos sobre a importância do teste do pezinho entre três e sete após o nascimento. Se acordou pôr a equipe durante a reunião fazer o cadastramento atualizado de crianças até dois anos de idade. Como estratégia a equipe decidiu aumentar a participação das famílias das crianças menores de dois anos das micro áreas da zona rural, com o objetivo de desenvolver ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses a dois anos de idade da criança.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Manual de apoio. Brasília-DF: Organização Pan-americana da Saúde, 2004. 179 p. Disponível em: Acesso em: 7 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs. Brasília: Editora MS, 2001.

(CADERNO ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA PRIMEIRO ANO DE VIDA)

Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica





## **CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

As doenças crônicas na unidade de saúde de Saudade, a qual estou vinculado, são parte do trabalho da equipe da zona rural, a equipe multiprofissional, sendo composta pelo médico clínico geral, enfermeira, dentista, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal e com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) realizamos a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes. Os pacientes que possuem alguma doença crônica são a prioridade nos atendimentos, para cobrir a demanda crescente a equipe tem estratégias de trabalho como as reuniões que são realizadas mensalmente, a organização dos prontuários destas pessoas, a realização de exames e os encaminhamentos dos doentes nos casos necessários.

Na zona rural, o número de pessoas com algum tipo doença crônica vem crescendo da mesma forma que ocorre na zona urbana. A secretaria de saúde do município de Serra Negra do Norte, Rio Grande do Norte, garante os atendimentos que são realizados pela equipe de saúde da zona rural e proporciona os medicamentos para tratar estas doenças.

Para melhorar a organização do trabalho, a equipe realiza reuniões mensais com a participação de membros da comunidade. Durante estas reuniões realizamos os planejamentos dos atendimentos que serão feitos no próximo mês e analisamos todas as questões que deram certo ou não no mês anterior. Durante a última reunião foi discutido sobre as pessoas que possuem as doenças crônicas e foi realizado o planejamento dos pacientes que precisam de uma melhor avaliação e mudanças no tratamento, quando este não tem resultados, também se priorizam aquelas doenças como a Hipertensão Arterial Crônica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM).

Todo usuário de 18 anos de idade ou mais quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) (Saudade) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada. A primeira verificação é realizada em ambos os braços, caso haja diferença entre os valores, é considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas, de acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a (PA) deverá ser novamente verificada: a cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg; a cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O diagnóstico da (HAS) consiste na média aritmética da (PA) maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida (CHOBANIAN, 2003).

Pessoas da área rural na qual eu estou vinculado com (PA) entre 130/85 a 139/89mmHg deverão fazer avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para (DCV). Na presença desses fatores, a pessoa é avaliada pela enfermeira, em consulta individual ou coletiva, com o objetivo de estratificar o risco cardiovascular. A PA deverá ser novamente verificada em mais duas ocasiões em um intervalo de 7 a 14 dias. Na ausência de outros FR para DCV, o indivíduo deverá ser agendado para atendimento com a enfermeira, em consulta coletiva, para mudança do estilo de vida (MEV), sendo que a PA deverá ser novamente verificada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA).

Uma pessoa com PA limítrofe possui um risco aumentado de HAS e são estimuladas pela equipe de Saúde a adotarem hábitos saudáveis de vida, se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento. A consulta de enfermagem para pessoas com pressão arterial limítrofe tem o objetivo de trabalhar o processo de educação a Saúde para a prevenção primária da doença, por meio do apanhamento, estímulo a adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares (CHOBANIAN, 2003).

A prevenção primária da HAS e a DM é feita mediante controle de seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente na cintura abdominal, abuso de álcool, a falta de atividade física ao menos dois ou três vezes por semana, o sedentarismo, entre outros. Duas estratégias de prevenção são consideradas: a populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira defende a redução da exposição populacional a fatores de risco, principalmente ao consumo de sal. Os profissionais planejam e atuam nessa estratégia por meio de ações educativas coletivas com a população em geral da zona rural.

A equipe tem o registro de usuários com DM/HAS com maior risco e gravidade, neste registro aparecem arquivados todos os dados dos pacientes afetados da zona rural. A

cada consulta estes dados são atualizados. Esse rastreamento é muito importante para atividades e mudanças futuras nos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos que são realizados nos doentes, melhorando a qualidade das terapias indicadas.R

A equipe utiliza fichas para o cadastro e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, as quais são arquivadas adequadamente na unidade básica de saúde, onde se preenche todos os dados do paciente, sendo estas fichas ordenadas por micro áreas e por ordem alfabética para melhorar o acesso a elas.

A equipe programa as consultas e exames das pessoas hipertensas em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado. O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS/DM requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional da equipe esta atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Ao avaliar os exames de rotina, o médico ou a enfermeira da equipe deve observar alguns aspectos, o eletrocardiograma é razoavelmente sensível para demonstrar repercussões miocárdicas da hipertensão, como sobrecarga de ventrículo esquerdo. 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.

A presença de proteinúria leve a moderada no sedimento urinário é, geralmente, secundária à repercussão de hipertensão sobre os rins. Proteinúria mais acentuada, leucocitúria, hematúria (excluídas outras causas), especialmente se acompanhadas dos cilindros correspondentes, indicam hipertensão grave ou hipertensão secundária à nefropatia, o potássio sérico anormalmente baixo sugere o uso prévio de diuréticos. Excluída essa causa, o paciente deve realizar, via encaminhamento, investigação de hiperaldosteronismo primário, a dosagem do colesterol e da glicemia visa detectar outros fatores que potencializam o risco cardiovascular da hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a apresentação clínica. A radiografia de tórax deve ser feita quando houver suspeita de repercussão mais intensa de hipertensão sobre o coração, como insuficiência cardíaca, podendo demonstrar aumento do volume cardíaco, sinais de hipertensão venocapilar e dilatação da aorta, ou quando houver outra indicação, como doença pulmonar obstrutiva crônica. O ecocardiograma é indicado

quando existe indícios de insuficiência cardíaca, mas não é indispensável para estratificar o risco e tomar decisões terapêuticas no paciente hipertenso.

A equipe tem registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco e gravidade encaminhados para outro ponto de atenção que pode ser em outro posto de saúde com mais condição ou em o hospital, em nestes registros tem os nomes com todos os dados das pessoas que faz crises fortes tanto da Hipertensão assim como da Diabetes e que tem que ser encaminhados para o especialista ou trasladados com urgência para o hospital mais perto da UBS Saudade.

A equipe de saúde oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso, se faz reunião com os doentes com doenças crônicas em nestas reuniões se explica os benefícios de diminuir o peso corporal, mediante uma alimentação adequada, diminuendo a ingestão de gorduras, açúcar e sal, aumentando assim ingestão de verduras, fortalecendo a autonomia dos doentes, também se tem estratégias diferenciadas de busca ativa, registros em fichas espelhos, organização da agenda, dentre outras estratégias.

Discussão do  
Padrão

A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos, elabora, acompanha, gera e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular. Em a unidade básica de saúde “Saudade” que tem ubicação em uma zona rural a equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco e gravidade os quais são avaliados periodicamente , e em caso de crises ou descompensação da doença eles são encaminhados para outro ponto de atenção que pode ser em outro posto de saúde com melhores condições ou hospital.

Potencialidades em o desempenho das atividades

- 1) A equipe realiza reunião mensal onde se analisam e planejam as atividades a ser feitas em o próximo mês.
- 2) Se faz visitas domiciliares aos pacientes com doenças crônicas pôr a equipe de saúde da zona rural, onde se avalia as condiciones de vida que eles tem, e se examina pôr o médico da zona rural.

3) Se faz avaliação mediante exames de sangue das pessoas com doenças crônicas não transmissível assim como também se examinam a as pessoas com (DM) em busca de áreas com necroses ou úlceras em os pês.

Fraquezas em o trabalho em a Unidade Básica de Saúde.

1) As pessoas da zona rural em muitas vezes não assistem às consultas em a Unidade que são planejadas e informadas durante as visitas domiciliares.

2) Tem muitos doentes que não faz a dieta disciplinadamente e ficam com das taxas lipídicas altas, e com descompensação da DM/HAS.

3) Em a zona rural tem pessoas idosas que não sabem ler, e não tem familiares que ajude a elos a tomar os remédios.

Se faz planificação com o equipe de saúde de estratégias para sol ventar a maior parte de as fraquezas que forem encontradas, aumentando a frequência de visitas às pessoas com doenças crônicas que mais precisam, melhorando o apoio que brindam os agentes de saúde às pessoas idosas que moram sozinhas para ajudar a elos com a medicação, e se faz conversa em cada domicilio sobre qual são os alimentos mais saudável para cada tipo de doença.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; PARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Rastreamento e Diagnóstico Da Hipertensão Arterial Sistêmica Na Atenção Básica. p. 31,

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6a Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4a Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. v. 110, N. 5, Supl. 1, Maio 2018.

Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14). Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica).



## CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
<u>Observação na Unidade de Saúde (Saudade)</u>	As estratégias que se utilizam para alcançar os objetivos são reduzir o tempo de espera e retorno das informações da unidade. A avaliação do trabalho tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, a organização de todas as atividades se faz principalmente durante a reunião mensal onde participa a equipe, junto a pessoas da população, se logro com nesta microintervenção promover movimentos de mudanças da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A equipe precisa melhorar acesso a cursos instrutivos que aumentem seu conhecimento.	Com o trabalho que se fez em nesta microintervenção a equipe logro diminuir em um alto por cento o tempo de espera e retorno das informações da unidade, também se logro com mais eficiência concretizar o cuidado integral em tempo oportuno, atenção por meio de ações e serviços pertinentes às práticas integrativas e complementares. Assim como promover movimentos de mudanças da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.	Se decidi fazer o compromisso durante a reunião que se faz mensal para a continuação do processo de diminuir em um alto por cento o tempo de espera e retorno das informações da unidade. As microintervenção quedaram sujeitas a possível avaliação com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento.
<u>Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada</u>	O acolhimento que se faz é resolutivo, com análises das necessidades de saúde da família, avaliação de vulnerabilidades, classificação de riscos, atendimento de urgências, emergência, O planejamento da assistência e avaliação dos resultados alcançados é fundamental para uma metodologia consciente de planejamento e gestão das agendas que contemplem as diferentes situações; Como oferta para grupos específicos, fortalecendo o vínculo da equipe com a comunidade. A equipe precisa melhorar as condições e não realiza um registro das referências do contra referências e das solicitações de exames de os usuários em o local adaptado, já que não tem espaço suficiente.	A equipe implementa estratégia de intervenção para o enfrentamento da demanda e oferece acolhimento coordenado e humanizado a todos os usuários da área de saúde, realiza acolhimento da demanda espontânea durante todo o período de acolhimento da unidade, O planejamento da assistência e avaliação dos resultados alcançados é fundamental para uma metodologia consciente de planejamento e gestão das agendas que contemplem as diferentes situações; como oferta para grupos específicos, demanda espontânea, consulta no dia e o primeiro atendimento das urgências	Para dar continuidade ao processo e com o objetivo de melhorar a caidade do atendimento se planejaram estratégia de intervenção para o enfrentamento da demanda e oferece acolhimento coordenado e humanizado a todos os usuários da área de saúde, também trabalha para fortalecer mais o vínculo da equipe com a comunidade, todas as transformações feitas e implementadas ficam á espera de possíveis melhoras com o objetivo de aumentar a qualidade do atendimento.



<p><u>Planejamento reprodutivo, pré-natal e Puerpério</u></p>	<p>A equipe de saúde fez um gran trabalho porque actualizo a cantidade assim como os dados das mulheres em edade fertil, os adolescentes e jovens têm direito a ter atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade. Durante as visitas domiciliares e em as reuniões que se faz com a equipe em presencía dos membros da comunidade que desejem participar se faz promoção e se incentive o uso da camisinha masculina ou feminina em todas as relações sexuais, se logro diminuir as crianças com baixo peso ao nascer. A equipe precisa melhorar a assistência das gestantes á consultas.</p>	<p>A equipe_logro um melhor atendimento às pessoas que querem planejar sua gravies, melhero o conhesimento por parte do equipe e de a população sobre os contraceptivos básicos que tem na unidade e a necessidade, se tem um cadastro mais completo dos pacientes com risgo de (ITS), e se fomento eficazmente o uso da camisinha para evitar a gravides e as (ITS). Em cada consulta se orientamos á gestantes sobre as questões referentes ao parto e sobre a importância de retornar a consulta de puerpério para o seguimento dela e do recém nascido, aumentando assim a saude dos dois.</p>	<p>Para dar continuidade ao processo de melhorar da qualidade do atendimento durante a microintervenção de Planejamento reprodutivo e pré-natal se planejo seguir aumentando os conhecimentos da população sobre como planejar sua gravies e o uso da camisinha como método mais eficaz para evitar o embataço e as doenças de transmissão sexual, em o futuro estas melhoras podem sofrer mudanças com o objetivo de ter uma melhor atenção medica.</p>
<p><u>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</u></p>	<p>Em nesta microintervenção em a unidade básica de saúde á qual eu estou vinculado se fiz o trabalho de organizar e disminuir a cantidade de medicamentos controlados que consume a população mediante a reavaliação de aquellos doentes que tem melhoria notable, se realizan grupos de estudo e palestras educativas com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre as patologias mentais, se faz avaliação com o especialista em Psiquiaria dos casos mais complexos. . O equipe faz registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico; reuniões mensal com o objetivo de promover a inserção da equipe multifuncional.</p>	<p>Os resultados foram uma melhor avaliação da população afetada por doenças mentais, e também se logro disminuir o consumo de remédios controlados, estes logros são os mais importantes e foi mediante a realização de grupos de estudo e palestras educativas com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre as patologias mentais. A equipe tem difficulties com os pacientes com baixo nível cultural que consumem medicamentos controlados, já que muitos de ellos são analfabeto, tem problemas de visão, em nestos casos os agentes de saúde tem a indicação de orientar aos familiares sobre a ajuda que precisam estas pessoas.</p>	<p>Em nesta microintervenção se pretende futuramente continuar a avaliação da população afetada por doenças mentais, se planeja seguir disminuindo o consumo de remédios controlados, se decide fazer palestras educativas com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre as patologias mentais. As microintervensões realizadas por você e sua equipe, para que possam continuar e institucionalizar-se, precisam, muitas vezes, ser reavaliadas</p>
<p><u>Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento,</u></p>	<p>A equipe trabalha para melhorar os atendimentos á crianças de zero a dois anos, se atualizam os dados de estas crianças assim como os que tem vacinas atrasadas y os examines a ser feitos como o Teste do Pezinho em as crianças de 0 a 7 dias. A equipe tem como prioridade fazer em tempo oportuno a primeira consulta em a casa da criança, o profissional tem que identificar os sinais de perigo á saúde da criança e informa de elas.</p>	<p>A equipe logro em os grupo de trabalho priorizados como são as crianças de zero a dois anos onde se avalia o crescimento e desenvolvimento, melhorando assim os niveles de saúde de elas, se logra fazer em tempo o teste do pezinho ao 100% das crianças recém nascidas, melhero também a assistência das gestantes as consultas onde se avalia ganância de peso, correção das infeções assim também diminuo muito as crianças com baixo peso a nascer. Se tem dificuldades com as famílias que são disfuncionais elas não colaboram com os</p>	<p>Em nesta microintervenção a equipe da zona rural planeja continuar as mudanças positivas em a qualidade de vida das crianças de zero a dois anos onde se avalia o crescimento e desenvolvimento de elas, melhorando assim os niveles de saúde, se faz o compromisso de seguir trabalhando em baixar o número de crianças com baixo peso a nascer, as mudanças feitas futuramente são com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em a unidade básica de saúde de Saudade.</p>

		encaminhamentos a os especialistas.	
<u>Doenças crônicas não transmissível</u>	A equipe planeja aumentar a quantidade de paciente que precisam avaliação durante as consultas diárias com o objetivo de satisfazer a demanda crescente de paciente com algum tipo de doença crônica, melhorando os níveis de saúde da população. A equipe utiliza como estratégia que todos os usuários de 18 anos ou mais de idade que vierem a consulta por qualquer motivo, se realizam com as atividades educativas, procedimentos, entre outros e os que não tiverem registro no prontuário de ao menos uma verificação da (PA) nos últimos dois anos, se faz um prontuário novo e se preenchem seus dados.	A número de pessoas com algum tipo de doença crônica vem crescendo, a equipe aumentou a quantidade de atendimentos destas pessoas com doenças crônicas, aumentando assim o nível de compensação em a população, se aumentou o número de pesquisas de pessoas com DM/HAS, em nestes momentos se logrou que a unidade não tenha faltante de medicamentos para tratar as doenças crônicas em a UBS de Saúde em o município de Serra Negra Do Norte RN.	A equipe da zona rural a qual eu estou vinculado pretende aumentar a quantidade de os atendimentos destas pessoas com doenças crônicas, aumentando assim o nível de compensação em a população, se aumentará o número de pesquisas de pessoas com DM/HAS, Se pretende lograr que a unidade não tenha faltante de medicamentos para tratar as doenças crônicas. As microintervenções realizadas precisaram em o futuro ser reavaliadas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção brindada a população da área de saúde de Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a microintervenção em observação na unidade de saúde Saudade, as metas estabelecidas pela unidade de saúde foi reduzir o tempo de espera e o retorno das informações, melhorando também a atenção por meio de ações e serviços pertinentes as práticas integrativas e complementarias; se faz atenção e cuidado programado-continuado tanto na unidade de saúde como nos domicílios (promoção de saúde), prevenção de agravos. A equipe teve muita experiência neste trabalho visto que, as solicitações de exames, organizações dos encaminhamentos e retornos começam a chegar em tempo á UBS.

Posteriormente o trabalho de microintervenção do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada feito pela equipe planejou-se colocar em prática as estratégias de acolhimento na unidade de saúde, oferecendo acolhimento humanizado a todos os usuários da área de abrangência, atenção qualificada, classificação de risco e vulnerabilidade com a utilização de protocolos e definição de critérios para agendamentos de consultas, de forma geral foi uma experiência muito boa já que a equipe aumentou seus conhecimentos e ganhou em experiência sobre seu trabalho com a população.

Durante minha experiência no trabalho da microintervenção de Planejamento Reprodutivo, pré-natal e puerpério a equipe fiz várias atividades muito importantes como: aconselhamento, atividades educativas onde mencionei os métodos contraceptivos e atividades clínicas como: consultas, exames laboratoriais ás pessoas identificadas de risco. Toda a equipe aprendeu muito e ganhou em experiência. Quanto ao seguimento da gestante se fez um compromisso de todos o profissionais nas reuniões de melhorar o trabalho com a população envolvida.

Na Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, o trabalho da equipe objetivou em diminuir o número de doentes que consomem medicamentos controlados, se fez um cadastro dos pacientes mais graves e que precisam de avaliação com urgência com os especialistas em Psicologia e Psiquiatria, se aumentaram as visitas domiciliares por parte dos agentes de saúde para esses pacientes, a equipe fez reflexão sobre as experiências vividas aumentando assim o nível de consciência dos profissionais envolvidos.

Na realização da microintervenção Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento as ações realizadas nos deram uma experiência muito boa e satisfação aos usuários. Tentamos diminuir a incidência das crianças nascidas com um peso inferior a 2500 gramas, também estimulamos o Teste Do Pezinho nos primeiros 5 dias de nascidos, orientamos a cada consulta com as mães da importância trazer as crianças as consultas nas

datas que foi planejada. Com todas as atividades melhoramos o crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a dois anos de idade.

No trabalho com os usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis, tentamos melhorar a adesão das pessoas com doenças crônicas nos atendimentos, também realizamos avaliação destes doentes, objetivando assim uma qualidade de vida melhor nestes doentes.

## **REFERÊNCIAS**

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de

Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; PARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Rastreamento e Diagnóstico Da Hipertensão Arterial Sistêmica Na Atenção Básica. p. 31,

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6a Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4a Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. v. 110, N. 5, Supl. 1, Maio 2018.

Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14). Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica).

## APÊNDICES

### APÊNDICES

#### HISTÓRICO DE PACIENTES EM USO CRÔNICO DE BENZODIAZEPINICOS – ACS

<b>ORDEM</b>	<b>NOME</b>	<b>DN</b>	<b>PRONT.</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>MEDICAÇÃO</b>


ORDEM	DATA										


**Data de Atualizações das Informações**

**Atualizar a cada 2 meses.**



**ANEXOS**



