



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

**INCREMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Antônia Gomes Abrantes Barbosa

NATAL/RN
2018

INCREMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Antônia Gomes Abrantes Barbosa

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: Maria Helena Pires Araújo
Barbosa

(Elemento Opcional)
DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS
Agradeço a Deus, a minha filha, a Dra. Tamara, a Hélio Silva, Consultor Técnico
em Informática, pelo apoio

RESUMO

A Referida Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Maria Tereza, a qual estar localizada em Caiçara – Paraná-RN, é a segunda Unidade Tipo – I do Município funcionando sob a lógica Estratégia Saúde da Família (ESF). Observamos nessa UBS, que há a implantação total das ações de promoção, proteção em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, conforme priorizado pela Política Nacional de Atenção Básica, componente do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho, tem-se a dificuldade de demanda agendada. Esse trabalho tem como objetivo, a promoção de um plano de ações para a organização de demanda espontânea com acesso avançado e demanda agendada na UBS já citada. Após uma breve análise da realidade desta unidade.

Palavras-chave: Melhoria ao acesso e a qualidade de Atenção Básica de Saúde

ABSTRACT

The referred Primary Health Unit (UBS) Mother Maria Tereza, which is located in Caiçara - Paraná, is the second Type - I Unit of the Municipality functioning under the Family Health Strategy (ESF) logic. We observe in this UBS, that there is the total implantation of the actions of promotion, protection in health, prevention, recovery and rehabilitation of diseases, as prioritized by the National Policy of Basic Attention, component of the Unified Health System (SUS). Among the main problems related to the organization of the work process is the difficulty of scheduled demand. This work aims to promote a plan of action for the organization of spontaneous demand with advanced access and demand scheduled in the UBS already mentioned. After a brief analysis of the reality of this unit.

Palavras-chave: Improving access and quality of Basic Health Care

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE - UBS MÃE TEREZA COM O OBJETIVO DE MELHORIA DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE.....	11
ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.....	15
ACOLHIMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO DE FORMA HUMANIZADA.....	18
TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA UBS MÃE TEREZA, CAIÇARA/RN.....	21
AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE A INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS PARA CRIANÇAS MAIORES DE SEIS MESES DE IDADE.....	25
INCREMENTAR AS ATIVIDADES EM DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS NA UBS MARIA TEREZA CAIÇARA – PARANÁ – RN.....	28
MATRIZ DE INTERVENÇÃO	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	40

APRESENTAÇÃO

Fazendo uma análise sobre toda uma história, desenvolvimento e os avanços dos sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir apresentam diferentes localidades em que se encontram e com o tipo de ação a ser realizado. Os atendimentos e ações, durante praticamente todo o século XX, era centrado nos hospitais e seus quadros médicos. Portanto, nem sempre foi assim.

Antes, os hospitais eram considerados como abrigos da caridade pública, onde os pobres aguardavam a morte. Ocorreu, então, uma evolução para se tornar um centro de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados à saúde (FARIA, 2010).

As formas de orientar as práticas nos sistemas de saúde, por sua vez, diferiram entre as distintas sociedades. Os países socialistas e os europeus se organizaram em Sistemas Nacionais Públicos de Saúde. Já os Estados Unidos da América se orientou pelo Modelo Liberal Privatista. Os Sistemas Nacionais Públicos de Saúde garantiam acesso universal ao sistema, com grande regulação e financiamento feitos pelo Estado. No Modelo Liberal Privatista, a população comprava os serviços de saúde dos prestadores, através de vários tipos de associações (FARIA, 2010).

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2011).

A partir da década de 1950, houve significativo aumento da procura de serviços hospitalares, o que culminou com o aumento do número de hospitais, profissionais da saúde e número de serviços prestados (GRAÇA, 2000 *apud* FARIA, 2010). Até a década de 1960, a saúde passou a se constituir como um direito constitucional a ser provido pelo Estado ou por seguros públicos ou privados, com forte aumento do acesso a médicos e hospitais (FARIA, 2010).

Na década de 1970 e 1980, devido ao aumento da procura e ampliação do acesso a saúde, houve grande aumento dos gastos decorrente de uma Medicina hospitalar cada vez mais especializada e dependente de equipamentos (MCKEE, 2002). Entretanto, não se observou concomitante melhoras dos indicadores de saúde, o que colocou em dúvida a eficácia dessa Medicina tecnicista e hospitalocêntrica (ILLICH, 1975).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), então, lançou seu Programa Saúde

Para Todos no Ano 2000, baseado em cuidados primários em saúde, o que implicou em nova orientação da organização da saúde, tendo como foque principal a prevenção de doenças e a promoção da saúde, além de participação comunitária, intersetorialidade, atuação em equipes multidisciplinares e racionalização no uso de serviços da saúde (FARIA, 2010).

No Brasil, os movimentos seguiram curso similar aos outros países. No entanto, houve algumas diferenças. Historicamente, no período do império, as medidas de saneamento e o controle de epidemias eram feitas pelo estado, deixando a construção e manutenção de hospitais para a filantropia. A Medicina privada estava à disposição mediante pagamento dos serviços, o que a direcionava às classes mais abastadas. Já no século XX, o cenário muda rapidamente com o aumento das medidas higienistas, feitas através de campanhas sanitárias, como a promovida por Oswaldo Cruz, para sanear o Rio de Janeiro, e especialização dos hospitais públicos em doenças infecciosas e em saúde mental.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é, segundo o Ministério da Saúde, “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006, p.12).

A ABS ocorre através de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitado” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (BRASIL, 2004). Para isso devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação social, resolubilidade e intersetorialidade. Ela é o contato preferencial dos usuários com o SUS, a porta de entrada ao sistema. Porém, também devem coexistir os níveis secundário e terciário de atenção, capazes de assegurar a integralidade da atenção por meio de um sistema de referência e contra referência e um sistema de informação eficaz (FARIA, 2010).

Como estratégia prioritária para organização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS, foi desenvolvida a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2000).

Segundo Faria (2010, p.38) “a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS, buscando ampliá-las e garantir-lhes mais efetividade”.

No dia-a-dia de uma equipe da ESF são realizadas ações voltadas para o atendimento da demanda espontânea, da demanda programada e ações de natureza gerencial da unidade e do cuidado de saúde. O atendimento da demanda espontânea consiste em atendimentos de casos agudos e das urgências. É realizado o acolhimento, o agendamento da consulta e exames, a realização de procedimentos, o diagnóstico e o tratamento de agravos (FARIA, 2010).

Já as ações voltadas para a demanda programada, por sua vez, consistem em atendimentos a grupos e situações de risco especiais para a saúde, como o planejamento familiar, pré-natal, puericultura, diagnóstico precoce de câncer, atenção aos idosos, atenção aos trabalhadores, atenção aos adolescentes, atenção aos portadores de sofrimento mental, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, desnutrição, entre outras (FARIA, 2010).



CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE - UBS MÃE TEREZA COM O OBJETIVO DE MELHORIA DE ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE.

Especializando: Antônia Gomes Abrantes Barbosa
Orientador: Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Colaborador: Hélio José da Silva

No dia 26 de abril as 15:00 horas, nos reunimos na UBS de Caiçara com equipe de Atenção Básica, com a finalidade de fazer uma avaliação interna baseado nas instruções da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).

Analisamos os questionários referentes as dimensões e subdimensões da Unidade Básica de Saúde (UBS) e que estão listados abaixo.

✓ Dimensões:

a) Infraestrutura e equipamentos: vimos que tem boa acústica, iluminação, instalação elétrica, porém precisa melhorar a instalação hidráulica, substituindo torneiras e caixas de descargas. As paredes aparentam estar estragadas e com infiltrações.

b) Os consultórios têm espaço suficiente e condições para garantir a privacidade dos usuários

c) Dispõe de equipamentos de informática, com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades de forma regular e sistemática.

d) A UBS dispõe de veículo para atividades externas

e) De certo modo a UBS está adequada para o atendimento de pessoas com deficiência ou, mobilidade reduzida no tocante a rampas, cadeiras de rodas entre outros.

f) A UBS tem identificação visual interna e externa e em todas as suas dependências como também dos profissionais.

✓ Subdimensão - insumos, imunobiológicos e medicamentos.

a) Dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde a atividades educativa.

b) Insumos e materiais básicos para os trabalhos de agentes comunitários de saúde

c) A UBS dispõe de todas as vacinas do calendário básico do o *Programa Nacional de Imunização (PNI)* e Programa Estadual de Imunização (PEI)

d) Dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.

e) Dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento em caso de urgência e emergência.

f) Dispõe de EPI de forma regular

g) A UBS dispõe de medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica

h) A UBS dispõe de monitoramento e controle de estoque de materiais - insumos, medicamentos, imunobiológico e das condições adequada para o armazenamento destas.

Analisamos também a continuidade dos cuidados da atenção primária e constatamos que o percentual de demanda espontânea com acesso avanço é de 70% e de 30% o da demanda agendada. Com relação às consultas médicas, o número de atendimentos diários é de 30 consultas médicas, 20 consultas odontológicas, e demanda livre para enfermagem. O número de coletas de material citopatológico do colo de útero é de 10 coletas por semana.

Acerca da coordenação de cuidados, temos o número de recém-nascidos com média 5 por mês e pré-natal com 10 gestantes por semana. O número de hipertensos cadastrados é de 180, o de diabéticos 31. Além disso, 29 indivíduos possuem diagnóstico de câncer, 19 de alcoolismo e outros 160 com diagnósticos relacionados à saúde mental.

A equipe de Atenção Básica possui boa resolutividade para serviços especializados, consultas especializadas e mamografias. Encaminhamos para o NASF, serviços tais como: Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Serviços Social.

Dentre as fragilidades verificadas há a sala de espera no corredor da UBS, que é algo desconfortável para os usuários; A falta de referência e contra referência para algumas especialidades; E falta de sala de acolhimento multiprofissional de acordo com os problemas apresentados em relação a infraestrutura.

Em relação aos problemas que a equipe de atenção básica pode resolver, a pequeno e médio prazo, há a demanda programada de hiperdia e saúde mental.

Os usuários apresentam resistência quanto a uma data agendada e por isso elaboramos uma matriz de intervenção para trabalhar e tentar resolver essa situação quanto ao problema.

Objetivo dessa intervenção, foi conhecer melhor a UBS, saber que a UBS é a porta de entrada do SUS conhecer a tipologia a qual estar inserida nossa UBS – Tipo – I.

As dificuldades encontradas foram: Falta de sala para acolhimento, falta de sala para pacientes em observação, falta de sala para atividades educativa e dificuldade quanto o agendamento para os programas de hipertensão e diabetes. As potencialidades detectadas foram: disponibilidades de profissionais competentes dispostos a melhoria da assistência; reforma e ampliação da UBS que estar sendo realizada e que nos vai contemplar as falhas de espaço físico relatados a cima.

O impacto observado foi a boa aceitação por parte da comunidade , acredito que com a dedicação, compromisso e continuidade da intervenção iremos melhorar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde.



CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

Especializando: Antônia Gomes Abrantes Barbosa
Orientador: Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Colaborador: Hélio José da Silva

A Unidade Básica em Saúde (UBS) em que atuo abre às 06 horas da manhã de segunda a sexta feira. A equipe multiprofissional chega a partir das 07 horas e alguns tem intervalo para o almoço. Desta forma, a Unidade Básica em Saúde (UBS) fica aberta em pleno funcionamento até as 18 horas. Lá não tem distribuição de fichas e todos são bem acolhidos, apesar de ainda não termos uma sala específica para o acolhimento, não deixamos ninguém sem resposta e atendimento satisfatório.

Atenção Primária da Saúde (APS) obedece aos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, abordagem familiar e em foco comunitário, o princípio do primeiro contato é obedecida rigorosamente porque além de ser uma competência da Unidade Básica em Saúde (UBS) não existem outra unidade no município como: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou hospital. O Hospital mais próximo fica acerca de 50Km.

Na Unidade Básica em Saúde (UBS) em questão, a demanda programada é feita nos programas de pré-natal puericultura, pequenas cirurgias, visitas domiciliares e educação em saúde. E o acolhimento em nossa Unidades de Saúde Básica (UBS obedece a diretriz ética da Plano Nacional de Humanização (PNH), por isso não ficamos somente na triagem como exclusão. No acolhimento são avaliadas as vulnerabilidades e organizamos as demandas programadas e espontâneas.

Dentro do atendimento diário, apesar de ter o atendimento voltado para cada etapa do ciclo da vida, utilizamos a estratégia da classificação de risco. A equipe de enfermagem muito competente para fazer o primeiro contato, identificar vulnerabilidades e gerir sala de espera. Sendo assim, de acordo com a classificação de risco do usuário o mesmo pode ser atendido no mesmo dia, e no mesmo expediente.

Uma questão que nos leva a refletir com mais atenção é a escuta. Realmente precisamos ouvir mais, não interromper o indivíduo, deixá-lo bem à vontade e

perguntar mais do que afirmar. Além disso, precisamos vê-lo como um ser biopsicossocial.

A grande dificuldade que temos como acesso avançado e a agenda programada é quanto ao programa hiperdia e saúde mental, pois os usuários apresentam grande resistência a ir à consulta médica na unidade. Alguns usuários não comparecem à unidade e solicitam a outras pessoas a renovação das receitas médicas para dar continuidade ao tratamento. Para resolver este problema estamos implementadas ações de educação em saúde. Durante todo esse mês dedicamos um dia da semana ao Programa de Saúde na Escola (PSE).

Com a finalidade de implantar o acolhimento na UBS - Unidade Básica de Saúde Mãe Tereza, fizemos uma reunião com a equipe ESF – Estratégia de Saúde da Família, incluindo o pessoal de apoio, como: recepcionistas, vigilantes, e outros no sentido de orienta-los ao ouvir atentamente os usuários, e acolher a todos com equidade quanto a demanda espontânea e programada.

Em relação a demanda programada em hiperdia, saúde mental, e doenças crônicas estamos realizando reuniões com a população no sentido de divulgar e orientar quanto ao agendamento para o atendimento em demanda programada na Unidade Básica de Saúde a cima referenciada.

Estamos encontrando dificuldades no acolhimento em demanda programada sobre tudo em hiperdia e saúde mental. Nos demais programas como pré-natal puericultura não temos dificuldades.



CAPÍTULO III: ACOLHIMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO DE FORMA HUMANIZADA.

Especializando: Antônia Gomes Abrantes Barbosa
Orientador: Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Colaborador: Hélio José da Silva

Planejamento Reprodutivo na UBS Mãe Tereza Caiçara – Paraná/RN.

Após estudar e refletir o módulo em saúde reprodutiva reunimos com equipe de atenção básica da Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Tereza e observamos o cenário de nossa unidade verificamos que o atendimento em saúde reprodutiva é feito pela médica e a enfermeira, e contamos com o laboratório da UBS, para a realização dos exames preconizados pelo protocolo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Respondendo com a equipe ao questionário baseado no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) vimos que o acesso e o acolhimento está voltado só para as mulheres deixando de lado os homens ou o casal, em parte, porque os homens não procuram a UBS e principalmente porque a equipe não faz busca ativa; não promovemos ações educativas que englobam homens, mulheres e ou casais, sobre a decisão de ter filhos ou não; orientamos métodos contraceptivos de maneira individual; não discutimos conteúdos sobre diversidade sexual, relações de gêneros; discutimos pouco sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); e quando diagnosticados os casos de HIV encaminhamos adequadamente. Por fim, embora os casos de DSTs, quando diagnosticadas, sejam tratadas adequadamente, encontramos uma certa resistência no parceiro masculino, quanto a promoção, prevenção e tratamento das DSTs. Ressalta-se que as discussões em grupo (jovens, gestante e outros) não são realizadas.

Na nossa UBS os anticoncepcionais disponíveis são: pílulas anticoncepcional (minipílulas, pílula anticoncepcional de emergência) anticoncepcionais injetáveis, (mensal e trimestral); e preservativos masculinos. Associados aos métodos contraceptivos, orientamos sobre a importância do uso do preservativo. Sentimos a necessidade de sermos capacitados sobre a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) e a disponibilidade deste na UBS.

No território da UBS Mãe Maria Tereza, os agentes comunitários de saúde da ESF-II da UBS fazem a parte de busca ativa de gestantes incluindo as adolescentes, de modo que praticamente 100% das gestantes da área de abrangência da UBS, fazem pré-natal na referida unidade. A atenção primária em pré-natal e puerpério é feita em nossa UBS pela médica e a enfermeira, e os exames preconizados pelo protocolo do SUS para esse grupo são realizados em sua maioria no laboratório da unidade.

Em reunião com equipe e respondendo ao questionário baseado no PMAQ-AB verificamos que levantamento da gestante de baixo risco é feito através de demanda espontânea e programada necessitando de intensificar a busca ativa; Preenchemos adequadamente a caderneta da gestante solicitamos os exames complementares recomendados; tratamos adequadamente as DSTs adequadamente quando diagnosticadas; Orientamos quanto aos cuidados nutricionais e estimulamos hábitos de vida saudáveis; Fazemos orientação quanto a amamentação, mas falta orientação quanto a importância do retorno para consulta de puerpério.

A nossa grande preocupação é quanto ao percentual elevado de partos cirúrgicos e a falta de referência e contra referência para as maternidades quando há o encaminhamento de gestantes fazendo com que seja quebrado a integralidade e longitudinalidade do cuidado.

O primeiro passo dessa microintervenção deu-se através de uma reunião com equipe da UBS Mãe Tereza no sentido de discutirmos a importância desta microintervenção em promover ações cujo objetivo seria melhorar o acesso e o acolhimento dos usuários quanto à saúde reprodutiva.

Observando que não estamos realizando o Trinômio: Aconselhamento, atividades clínicas e atividades educativas. Sendo assim, decidimos intervir e principalmente em atividades educativas envolvendo a mulher, o homem e/ou o casal promovendo ações educativas, sobre a necessidade de ter filhos ou não; estimular o tratamento com diagnóstico de DSTs; desenvolver ações educativas para melhorar o acesso e o acolhimento em saúde reprodutiva. Para isso já estamos organizando a sala de espera e grupo de conversas em sobre planejamento reprodutivos e prevenções de DSTs.

A potencialidade da execução desta microintervenção foi de podermos contar com equipe multidisciplinar comprometida e capacitada com disponibilidade para melhorar o acesso e o acolhimento em saúde reprodutiva. Contamos também com o laboratório próprio de análises e clínicas disponível na UBS para realização de exames laboratoriais, facilitando a agilidade dos resultados e diagnósticos de patologias investigadas.

As fragilidades da execução desta microintervenção são a dificuldade na abordagem do homem ou casal em relação ao planejamento reprodutivo, como também a resistência do parceiro em relação ao tratamento das DSTs.

O impacto que observamos com essa microintervenção foi o interesse despertado pela população em discutir saúde reprodutiva e o que esperamos para o futuro que a população fiquem mais informada, quanto ao melhor momento para ter filhos e tenha um certo conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e que exerça o planejamento reprodutivo com mais responsabilidades diminuindo o número de gravidez não desejada como também contribua para uma maior prevenção de DSTs.

Como fragilidades da execução desta microintervenção identificamos que estávamos investindo pouco em educação em saúde e não fazíamos busca ativa e não desenvolvíamos as consultas durante o puerpério.

Como educação em saúde requer tempo para conscientização, só poderemos contar com resultados satisfatórios com o passar do tempo, porém é uma ação que fica para posteridade. O impacto que observamos foi o melhor esclarecimento à população e com isso melhoria dos cuidados a gestantes e puérperas, diminuindo sobre tudo os riscos de mortes neonatal.



CAPÍTULO IV: TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA UBS MÃE TEREZA, CAIÇARA/RN

Especializando: Antônia Gomes Abrantes Barbosa
Orientador: Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Colaborador: Hélio José da Silva

Como profissional médica da Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Tereza e parte integrante da ESF- II reunimos com a equipe para desenvolvermos uma microintervenção de saúde mental cuja importância seria nos levarmos a conhecer melhor o serviço oferecido em saúde mental, detectarmos as potencialidades e fragilidades encontradas com o objetivo de sistematizar o papel da atenção primária em saúde na assistência em acompanhamento longitudinal das pessoas com transtornos mentais, incluindo as causadas por álcool e outras drogas; desenvolver competências para a atenção integral a saúde mental; descrever como estar organizado e promover ações em saúde mental no territorial de atuação da UBS Mae Tereza. Como ponto de partida reunimos a equipe de saúde da UBS Mate Tereza.

A atenção em saúde mental de nossa UBS precisa melhorar em muitos aspectos, pois não é diferente das demais UBS do país, somos meros despachantes de medicamentos deixando a desejar no acompanhamento dos usuários e sua família, temos acesso ao usuário geralmente no primeiro atendimento diante do sofrimento psíquico. Porém perdemos o acompanhamento do caso ficando na repetição de prescrição de receitas médicas. Por isso, constatamos que precisamos melhorar a atenção em saúde mental fazendo busca ativa dos casos e identificação precoce dos agravos em saúde mental.

Para isso os agentes comunitários de saúde ficaram com a incumbência de fazer um levantamento e cadastro de todos os usuários, de benzodiazepínicos, psicotrópicos, psicoativos, antidepressivos, anticonvulsivante, e ansiolíticos em geral foram aconselhados a fazerem um cadastro dos usuários de álcool.

Após a realização do cadastro que ainda não foi concluído, faremos uma reunião em cada micro área do território com os usuários, afim de melhorar o acesso à atenção em saúde mental como também discutiremos sobre o

agendamento programado, porém sem desprezar a demanda espontânea dos casos de sofrimento psíquico.

Durante reunião vimos que a saúde mental em nosso território está centralizada na figura do médico e na prescrição de medicamentos em atendimento individual. Isso nos leva a refletir sobre a busca ativa dos casos para trazermos a UBS para que possamos avaliar caso a caso, como também serem acompanhados pela equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica) fortalecendo apoio matricial e buscando alternativas para o tratamento. Entendemos que nem sempre o tratamento é medicamentoso e sim é preciso o acompanhamento pela assistência social, psicologia, terapeuta ocupacional, e demais membros da equipe.

A partir dessa reunião surgiu a necessidade de implantarmos o apoio matricial através de reunião e discussão a respeito dos casos de saúde mental identificados no território pela a equipe, intensificar as visitas domiciliar e proporcionar, dentro do apoio matricial, o encontro entre duas ou mais categorias profissionais. Desta forma, fazer valer a saúde mental diferentemente da visão patologizante da psiquiatria.

Vimos que de acordo com os requisitos preconizados pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a UBS deve possuir um registro de usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, e ansiolíticos em geral. A UBS em questão possui, porém está desatualizada. Por isso, a partir desta intervenção procuramos atualizar cadastros e registros.

A equipe da UBS não está realizando ações com os usuários crônicos de medicamentos, mas a partir desse levantamento passaremos a realizar, uma vez que visualizaremos os usuários de maneira holística, avaliando os casos acompanhando os com atendimentos multidisciplinar e não apenas prescrição de medicamentos.

Para realização das microintervenção, a equipe selecionou o caso de uma pessoa atendida na UBS Mãe Maria Tereza e necessitava de uma maior atenção em saúde mental. A partir daí realizamos uma linha de cuidado em saúde mental. Trata-se de uma mulher de 37 anos, que além de fazer uso de psicotrópicos benzodiazepínicos, é diabética e usuária de álcool. O desafio enfrentado como o

primeiro passo foi a visita domiciliar a usuária juntamente com a equipe de saúde. Lá encontramos a usuária deitada embriagada, a casa toda bagunçada e um amontoado de latinhas de cervejas no quintal da referida casa. Nesse primeiro momento não foi possível conversar com a usuária, porém voltamos em outra data, acompanhada de alguns profissionais do Núcleo Apoio a Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB), como assistente social e psicólogo. Neste momento conversamos com ela, sobre o alcoolismo e os malefícios do álcool, dentre outros aspectos relacionados ao caso dela.

Como terceiro passo, convocamos todos os usuários que fazem uso de psicotrópicos anticonvulsivantes, antidepressivos, benzodiazepínicos, ansiolíticos em geral para uma palestra sobre saúde mental e também para orientarmos sobre a importância do comparecimento a unidade em agenda programada a fim de que seja visto cada caso no tocante ao uso racional de medicamentos e acompanhamento.

A conversa com a equipe foi satisfatória e os agentes comunitários de saúde estão prestando uma valiosa contribuição na busca ativa dos casos. A contribuição do NASF-AB está sendo fundamental quanto ao acompanhamento dos usuários pelo psicólogo e assistente social. Não pudemos contatar com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) uma vez que este serviço fica há cerca de 50 quilômetros da UBS e os usuários são referenciados pelo psiquiatra e não pela UBS.

As potencialidades encontradas nesta microintervenção foram: o estabelecimento de uma linha de cuidado partindo da equipe de atenção básica através do médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, além de contarmos com o apoio do NASF-AB quanto a prestação de serviços dos seus profissionais e apoio matricial. Como fragilidades desta microintervenção destacamos a resistência dos usuários em comparecer a UBS, assim como a falta de articulação com o CAPS. Por fim, esperamos que esse trabalho de atendimento integral em saúde mental seja o ponto de partida para longitudinalidade e humanização de atendimento e deixe um grande legado para a posteridade através da sua continuidade.



CAPÍTULO V: AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE A INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS PARA CRIANÇAS MAIORES DE SEIS MESES DE IDADE.

Especializando: Antônia Gomes Abrantes Barbosa
Orientador: Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Colaborador: Hélio José da Silva

A atenção à saúde da criança no território de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS) Mãe Maria Tereza - Caiçara – Paraná -RN é desenvolvida pela equipe de atenção básica mais precisamente pelo médico, enfermeiro e odontólogo, com especial atenção preventiva através de puericultura, vacinações. O atendimento de puericultura é agendado um dia por semana, realizado de forma alternativa entre o médico e enfermeiro da unidade. Neste atendimento de puericultura são realizados o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento orientação quanto ao aleitamento materno, a introdução de outros alimentos, como também sobre outras intercorrências.

A maioria das ações preconizadas do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PAMQ-AB) são realizadas pela equipe de atenção básica. Sendo assim, verificamos que a equipe da UBS utiliza protocolo atualizado para crianças de zero a dois anos; possui cadastramento atualizado de zero a dois anos; utiliza a caderneta de saúde da criança para seu acompanhamento; faz o registro em fichas espelhos; e possui uma organização de agendas. A equipe não desenvolve ações de promoção ao aleitamento materno de crianças até 06 meses, não desenvolve ações voltadas aos estímulos de alimentação saudável e aleitamento continuado a partir de seis meses de vida da criança; ademais, falta uma maior integração dos profissionais de outros serviços quanto ao acompanhamento de violências familiares e acidentes.

Baseando se na fragilidade maior que observamos, resolvemos intervir em atividades educativas voltadas para as mães quanto a intensificação da introdução de alimentos saudáveis a partir dos seis meses da criança, pois até o momento a queixa mais frequente relatada pelas mães em relação as crianças são: as recusas de alimentos saudáveis por parte dos seus filhos.

O que a equipe aprendeu com a microintervenção é que através de atividades educativas podemos contribuir para uma melhor conscientização das

mães quanto a introdução de alimentos saudáveis a partir dos seis meses da criança, evitando os problemas de crescimento e desenvolvimentos futuros, contribuindo também para prevenção de doença.

As dificuldades encontradas com esta microintervenção é quanto as crianças que já vem com dificuldades de aceitação de alimentos saudáveis, uma vez que por desconhecimento, talvez, das mães e demais familiares, não há introdução de outros alimentos a partir dos seis meses da criança. Desta forma, há tem-se o aleitamento materno exclusivo por período superior há 6 meses, ignorando necessidade de complementação com outros alimentos a partir deste período.

Quanto as mudanças após a intervenção observamos o maior interesse das mães em conhecer a importância da introdução de outros alimentos e saber que a partir dos seis meses a introdução de alimentos saudáveis em complementação ao aleitamento materno contribui para melhoria do crescimento e desenvolvimento da criança, como também contribui para a prevenção de doenças. Esperamos que com sua continuidade tenhamos menos queixas nos consultórios quanto a problemas alimentares e tenhamos crianças mais saudáveis.



CAPÍTULO VI: INCREMENTAR AS ATIVIDADES EM DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS NA UBS MARIA TEREZA CAIÇARA – PARANÁ – RN

Especializando: Antônia Gomes Abrantes Barbosa
Orientador: Maria Helena Pires Araújo Barbosa
Colaborador: Hélio José da Silva

No decorrer do modulo em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fiz uma reflexão das atividades desenvolvidas e como também as que não estão sendo desenvolvidas em nossa unidade. Convoquei a equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) e juntos respondemos as perguntas baseando-nos no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), resultante da última visita de avaliação externa na referida unidade. Chegamos à conclusão que poucas atividades exitosas estão sendo desenvolvidas em nosso território.

Apesar de não haver demora para primeira consulta, assim como também as subseqüentes em hipertensão arterial e diabetes, a equipe não utiliza protocolo de estratificação de risco dos usuários em hipertensão ou diabetes. Deixamos de avaliar a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular, renal, oftalmológico dos usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes.

A equipe não tem registro de usuários que vivem com hipertensão e diabetes e possuem maior risco/gravidade. A equipe não realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doenças cardíacas em pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial. A equipe não consegue programar as consultas com pessoas portadoras de hipertensão e diabetes.

Quanto aos exames laboratoriais não temos dificuldades. A equipe necessita de examinar e acompanhar o pé diabético. O exame de fundo de olho não é realizado periodicamente em pessoas com diagnóstico de diabetes e a equipe coordena a fila de espera e o acompanhamento dos usuários em hipertensão ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção.

Em relação a obesidade, a equipe não realiza avaliação antropométrica sistemática dos usuários atendidos. Em certos casos, após a identificação dos usuários com IMC $>$ ou $=$ a 30 kg/m^2 , as ações desenvolvidas na UBS em relação ao caso seriam o encaminhamento ao Núcleo Apoio a Saúde da Família e Atenção

Básica (NASF-AB) para orientação dietética com o nutricionista, aconselhamento a caminhadas e referência para endocrinologista. Contudo, não ofertamos grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso.

Ao observarmos o cenário de atenção das ações em saúde desenvolvidas em nosso território com relação às DCNT priorizamos as ações mais frágeis com a finalidade de resgatar o acesso e acolhimento de usuários, hipertensos, diabéticos, portadores de Doenças Pulmonar Obstrutivo Crônica (DPOC) com o objetivo de diminuir as comorbidades, complicações cardiovasculares, renais, músculos esqueléticos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Resolvemos intervir na formação de grupos (hipertensos, diabéticos), procuramos apoio do NASF-AB, o mesmo espontaneamente nos atendeu, se prontificando em oferecer ajuda através do trabalho de seus profissionais no seguimento com ações de saúde e apoio matricial.

As potencialidades encontradas com esta microintervenção são que temos uma equipe multidisciplinar e os agentes de Saúde possuem ficha de cadastro de todos os hipertensos e diabéticos do território. Temos também a facilidade de acesso e acolhimento dos usuários a UBS quanto as consultas médicas, enfermagem e exames laboratoriais.

As dificuldades encontradas estão relacionadas ao comparecimento dos usuários à UBS no tocante a demanda programada, uma vez que eles estão condicionados à mandarem as receitas por terceiros para repetição de medicamentos. Outra dificuldade seria a resistência dos usuários a fazerem parte de grupos, reuniões e acompanhamento em atividades do NASF-AB.



CAPÍTULO VII: MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na UBS Mãe Maria Tereza, Caiçara - Paraná - RN	Em reunião com a EAB, se baseando na AMAQ, constatamos que na infraestrutura temos boa acústica, iluminação e instalação elétrica em bom estado porém precisa de melhoria na instalação hidráulica, conservação das paredes quanto limpeza e infiltração, os consultórios tem espaço suficiente com condições para garantir a privacidade dos usuários, dispõe de equipamento de informática, veículo para atividades externas, rampas e cadeiras de rodas para o atendimento à deficientes e idosos. Dispõe de medicamentos, insumos e material impresso para o desenvolvimento das ações de saúde.	Intensificação das ações que estavam dando certo, maior integração entre UBS e NASF, a EAB observou uma melhoria no acesso e atendimento dos usuários, a microintervenção serviu para refletir na responsabilidade de cada um e o trabalho em equipe em relação a saúde na atenção primária	No ano seguinte iremos contar com a UBS funcionando em prédio novo, com sala de espera, acolhimento multiprofissional, sala para atividades educativas, dispensário de medicamentos, sala para pacientes em observação. Manter agenda de atendimentos. Intensificar as atividades educativas
Acolhimento em demanda espontânea e programada com humanização	A UBS em que atuo funciona de segunda a sexta feira das 07:00 às 18:00hs com equipe de Atenção básica composta por Médico, Odontólogo, Enfermeira, Técnico de	A equipe de atenção básica EAB passou ouvir mais os usuários, melhorando o acolhimento com base nas prioridades. A grande dificuldade é quanto a agenda	Manter e pôr em pratica o calendário de reuniões rodas de conversas com a comunidade sobre tudo nas ações de hiperdia e saúde mental, incrementar o acesso e

	<p>Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Contamos com apoio do NASF sobre tudo em atividades de Nutrição, Psicologia e Fonoaudiologia. Apesar de não termos o espaço físico para acolhimento, o relacionamento entre profissionais e usuários dar-se-á em clima de humanização. Além de ter o atendimento voltado para cada etapa de ciclo da vida utilizamos a estratégia de classificação de risco. A demanda programada é feita em atividade de pré-natal, puericultura, pequenas cirurgias, visitas domiciliares e educação em saúde.</p>	<p>programada em hiperdia e saúde mental, pois os usuários continuam apresentando resistência quanto ao comparecimento a UBS e sempre entregando receitas a terceiras para repetição de medicamentos. A proposta de resolução seria intensificar atividades de educação em saúde no intuito de orientar e conscientiza os usuários quanto a importância do seu comparecimento e acompanhamento na UBS.</p>	<p>acolhimento uma vez que no ano seguinte contaremos com um prédio novo com dependência para sala de espera e acolhimento.</p>
<p>Acolhimento em planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério de forma humanizada</p>	<p>O atendimento em saúde reprodutiva é feito pelo médica e enfermeiro, e contamos com o laboratório da UBS, para a re4alização dos exames preconizados pelo protocolo do SUS. O acesso e acolhimento abrange em sua totalidade a mulher, ignorando o homem ou casal. Não promovemos ação educativas de ter filhos ou não, orientamos de maneira individual sobre métodos contraceptivos e DSTs. Contamos com</p>	<p>Melhoria do acesso e acolhimento dos usuários em saúde reprodutiva, com foco voltado para o homem, a mulher, ou casal. Intensificação da busca ativa de gestantes. Referência para especialidades quando identificado gestantes de alto risco. Atividades educativa envolvendo mulher, homem ou casal em saúde reprodutiva e DSTs. As dificuldades apresentadas seria o envolvimento do homem, a proposta seria</p>	<p>Manter o cronograma de atividades educativa voltadas para o homem e ou casal, quanto as ações de saúde reprodutiva, pré-natal e puerpério</p>

	<p>métodos contraceptivos, oral, injetável, pílula de emergência e preservativos masculinos. Quanto ao Pré-natal e puerpério no território da UBS, os agentes comunitários de saúde fazem busca ativa de gestantes. Atenção primária em pré-natal e puerpério é realizada pela médica e enfermeira e quando necessário encaminhamos a odontologia. Os exames de rotina para esse grupo são realizados pelo laboratório da UBS. O atendimento de gestantes e puérperas é feito pelo agendamento de demanda espontânea e programada.</p>	<p>intensificar as atividades educativas a fim de resgatar o homem ou casal ao acesso à UBS. A equipe de atenção básica avalia esta microintervenção de maneira positiva uma vez que nos fez refletir na melhoria do acesso e acolhimento em saúde reprodutiva, pré-natal e puerpério.</p>	
<p>Transformação da Atenção em saúde mental, na atenção primária da UBS Mãe Tereza Caiçara – Paraná- RN</p>	<p>Reunimos a EAB com o objetivo de detectar as potencialidades e fragilidades em saúde mental e traçar estratégias a fim de que seja feito um acompanhamento longitudinal das pessoas com transtornos mentais incluindo os usuários de álcool e drogas, identificamos que precisamos melhorar a saúde mental fazendo busca ativa dos casos. Inicialmente os agentes</p>	<p>Levantamento e palestra com os usuários. Propostas – intensificação das atividades educativas; manter agenda programada em saúde mental com exceção dos casos de sofrimento psíquico a fim de que seja visto cada caso no tocante a uso racional de medicamentos e acompanhamento. Dificuldades – resistências dos usuários ao comparecimento a</p>	<p>Atividades educativas envolvendo os usuários e familiares, manter a demanda programada evitando o uso abusivo de psicofármacos, manter o cuidado longitudinal e integrada em saúde mental entre a EAB e NASF.</p>

	<p>comunitários de saúde ficaram com incumbência de fazer um levantamento de todos os usuários em saúde mental do território da UBS. Após o levantamento fizemos uma palestra com os usuários de psicotrópicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, e ansiolíticos e orientamos quanto a importância do comparecimento e acompanhamento na UBS</p>	<p>UBS. Avaliação da equipe em relação essa microintervenção esperançosos uma vez que continuamos a estabelecer uma linha de cuidado em caráter multiprofissional envolvendo também o NASF.</p>	
<p>Ações educativas voltadas a introdução de alimentos saudáveis para crianças maiores de seis meses</p>	<p>Atenção à saúde da criança no território da UBS Mãe Maria Tereza é desenvolvido por equipe composta de médicos, enfermeiro, odontólogo e técnico de enfermagem com especial atenção de atividades preventivas. A maioria das ações preconizadas pelo PMAQ-AB são realizadas pela UBS o propósito dessa microintervenção foi intensificar as atividades educativas voltadas para as mães quanto a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança e orientação de introdução de alimentos saudáveis a partir desse</p>	<p>O que estar dando certo é a continuidade das orientações as mães quanto ao aleitamento materno exclusivos até os seis meses da criança e introdução de alimentos saudáveis a partir deste período. Dificuldade encontrada com essa microintervenção falta de integração com outros serviços. Avaliação da equipe de atenção básica de saúde quanto as atividades que deram certo foi a observação do maior interesse das mães em conhecer a importância do aleitamento materno e introdução de alimento saudáveis a partir dos seis meses da criança</p>	<p>Continuaremos investindo em atividades educativas tanto na UBS quanto em creches e escolas do território e procuraremos manter a integralidade e longitudinalidade através adas ações compartilhadas entre equipe de atenção básica e outros serviços como o NASF.</p>

	período	contribuindo para o crescimento e desenvolvimento da criança como também na prevenção de doenças.	
Incrementar as Atividades em doenças crônicas não transmissíveis na UBS Mae maria Tereza Caiçara – Paraná - RN	Em reunião com EAB, verificamos a dificuldade s em manter o agendamento em demanda programada uma vez que os usuários insistem no ciclo vicioso de distribuição de receitas, a UBS não utiliza protocolo de estratificação de risco dos hipertensos e diabéticos como também deixa de avaliar a existência de comorbidades e fatores de risco (Complicações) não contamos com grupo de idosos para atividades física e recreativa. A microintervenção realizado no sentido de melhorar o acesso e acolhimento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis com o objetivo principal de diminuir as complicações das comorbidades contribuindo para uma melhor qualidade de vida e funcionalidade dos usuários	Melhoria do acesso e acolhimento dos usuários e portadores de doenças crônicas não transmissíveis. O que precisaria melhorar; seria a formação de grupo de diabéticos e hipertensos. Dificuldades - resistências dos usuários em aderir ao agendamento em demanda programada. Avaliação da equipe em relação à essa microintervenção não é muito otimista pois estamos lutando para incrementar ações voltadas para esses usuários quanto as a formação de grupos e agendamento de demanda.	Continuaremos investindo em busca ativa e resgate ao comparecimento dos usuários de doenças crônicas não transmissíveis a UBS, a fim de que haja um acompanhamento sequencial evitando complicações e perda da funcionalidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse curso de especialização em saúde da família se propões como objetivo geral a nos preparar como médicos e profissionais de estratégia da saúde da família a conhecer o território em que atuamos e a refletir sobre os principais problemas de saúde que atinge os usuários da atenção primaria e nos levou a traçar estratégias a fim de melhorar o acesso e o acolhimento na atenção primaria de saúde tendo a UBS como porta de entrada, coordenadora das ações em saúde.

O curso foi composto de nove módulos incluindo monitoração e avaliação porem o trabalho de conclusão do curso foi focado nos seis primeiros módulos com ênfase para as microintervenções que foram realizadas durante o decorrer de cada modulo. Em cada modulo nos reunimos com a equipe de atenção básica a fim de nos levar refletir sobre as potencialidades e fragilidades encontradas na UBS em que atuamos, traçar o plano de intervenção e observar os resultados de cada um.

A primeira microintervenção – observação na unidade básica de saúde os resultados obtidos foram intensificação das ações que estavam dando certo, maior integração entre equipe de atenção básica e NASF, melhoria do acolhimento uma vez que passamos a refletir que acolhimento não é triagem; intensificação da busca ativa não esperando a penas pela procura do usuário ao UBS.

A segunda microintervenção acolhimento em demanda espontânea e programada nos levou a refletir sobre a necessidade de ouvir mais os usuários contribuindo para melhor acolhimento com base nas prioridades, usando a estratificação de risco não deixando voltar nenhum usuário sem resposta quanto a solução de suas queixas.

Terceira microintervenção – planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério refletimos sobre o envolvimento do homem ou casal uma vez que até então só tinha quase em sua totalidade a mulher como elemento usuário.

Intensificação de busca ativa de gestantes, melhoria no acolhimento de gestantes de baixo risco na UBS, como também uma atenção melhor quanto a referência aquelas de alto risco.

Quarta microintervenção – atenção à saúde mental, levantamento e palestra com os usuários psicofármacos; intensificação de atividades educativas afim de melhorar o acesso e o acolhimento mantendo com a manutenção de agenda

programada afim de acompanhar cada usuário evitando quando necessário o uso abusivo e indiscriminado de medicamentos.

Quinta microintervenção – atenção à saúde da criança na APS o grande desafio foi orientar as mães quanto a introdução de alimentos saudáveis a partir dos seis meses da criança, a reflexão de quanto a outros serviços como: o NASF, Conselho Tutelar no tocante a nutrição, transtornos de aprendizagem e comportamento e violência doméstica.

Sexta microintervenção - doenças crônicas não transmissível, melhoria do acesso e acolhimento dos portadores DCNT, sugestão para formação de grupos de hipertenso e diabéticos. A grande reflexão é que no caso de comorbidades o desafio é evitar as complicações e perda das funcionalidades uma vez que a maioria destas doenças atinge os idosos e muitas vezes leva a complicações se não forem tratadas a tempo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. V. B.; MAGALHAES, M. L. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. In: **São Paulo carinhosa**: o que grandes cidades e políticas intersectoriais podem fazer pela primeira infância. 2016. Disponível em: . Acesso em: 24 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007–2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007, 85p

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do SUS**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte, 2010. 67p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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.

APÊNDICES

Observação na Unidade de Saúde.
Reunião com Equipe de Atenção Básica



Alguns dados da Micro-intervenção.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:
A equipe de AEB enfrenta dificuldades para a realização da reunião.
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:
Os usuários não comparecem aos consultórios.

Objetivos/meta:

Realizar	consultório	usuário	superávia			
Estratégias para alcançar os objetivos/meta	Atividades a serem desenvolvidas (di/talhamento de execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizar consultório de referência	Monitoramento dos usuários de HAS/BM e fazer visitas	- Espaço para usuário - Ficha do usuário - SUS	- Atender aos usuários de HAS e BM	- Equipes de AEB	- Iniciar em 1 mês - contínuo	- número de atendimentos realizados pelo e-sus
Realizar estratégias para abordar o usuário	uso porta-vozes - Iniciar por consulta	- Kit de intervenção (material)	- Estímulo ou aumento dos comparecimentos	- Equipe de intervenção	permanente	
Realizar busca ativa dos pacientes	acompanhar - Incentivos de consultas subsequentes	- Material HAS e BM				

Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada
Cronograma de Serviços Oferecidos na Unidade

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MÃE TEREZA

Saúde da Família

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DESTA UNIDADE:
DE SEGUNDA À SEXTA DAS 07 horas e 11 min. ÀS 13 horas e 17 min.

CRONOGRAMAS E SERVIÇOS OFERECIDOS NA UNIDADE

ASSISTÊNCIA MÉDICA					
DIA/TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ 07/11	DEMANDA LIVRE PUERICULTURA	PRÉ-NATAL	VISITA DOMICILIAR SAÚDE DA MULHER	DEMANDA LIVRE PEQUENA CIRURGIA	ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TARDE 13/17	HIPERDIA	REUNIÃO DA EQUIPE			

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM					
DIA/TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ 07/11	PUERICULTURA	PRÉ-NATAL	VISITA DOMICILIAR	PREVENÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO
TARDE 13/17	DEMANDA LIVRE	REUNIÃO DE EQUIPE	PLANEJAMENTO FAMILIAR	HIPERDIA	ESPECIALIZAÇÃO

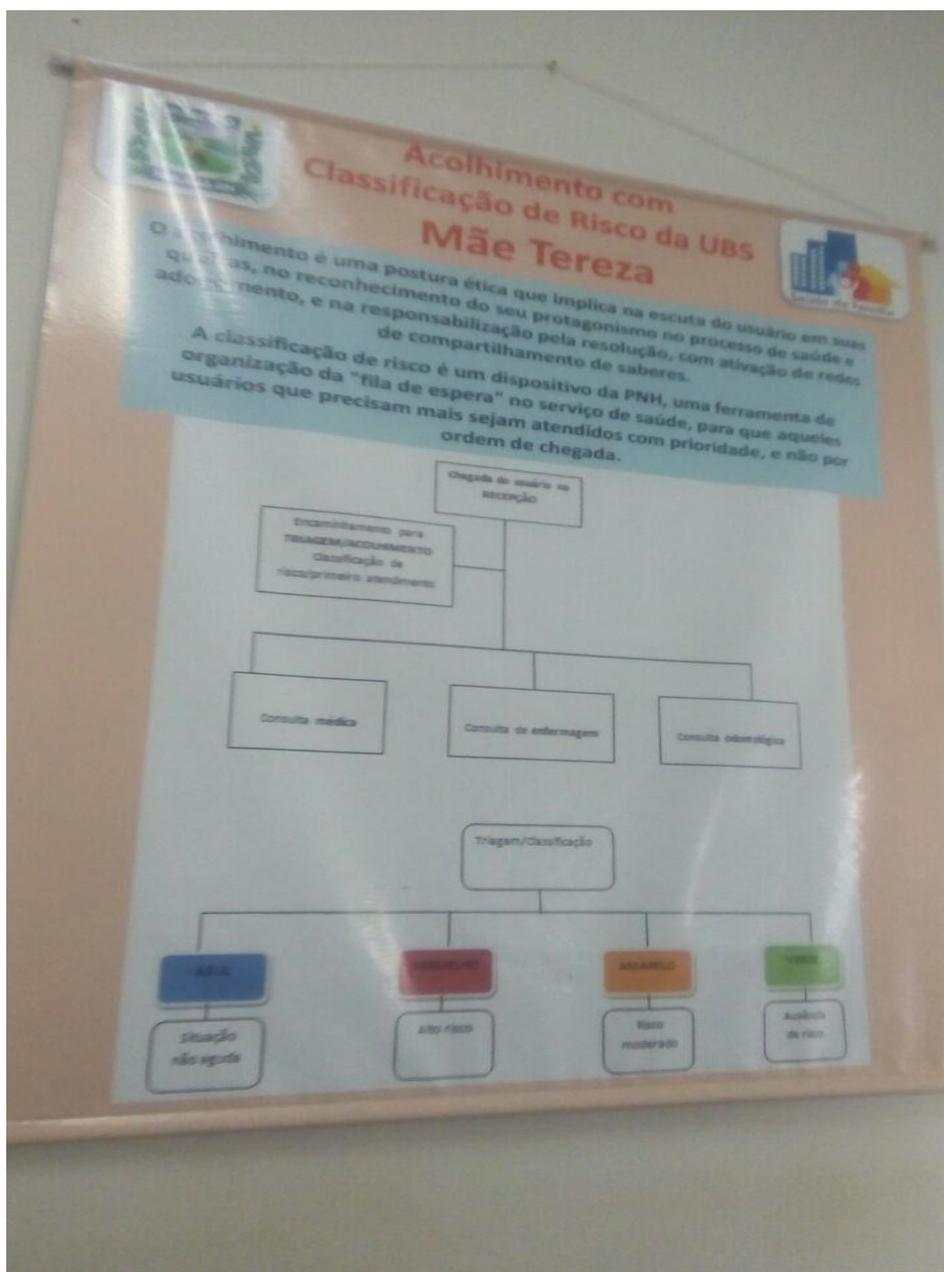
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA					
DIA/TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ 07/11	CONSULTA AGENDADA	ATENDIMENTO À GESTANTE	VISITA DOMICILIAR	CONSULTA AGENDADA	ESPECIALIZAÇÃO
TARDE 13/17	CONSULTA AGENDADA	CONSULTA AGENDADA	DEMANDA LIVRE	CONSULTA AGENDADA	ESPECIALIZAÇÃO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA					
DIA/TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ 07/11	DEMANDA LIVRE	DEMANDA LIVRE	DEMANDA LIVRE	DEMANDA LIVRE	DEMANDA LIVRE
TARDE 13/17	CONFERÊNCIA DE ESTOQUE	DEMANDA LIVRE	DEMANDA LIVRE	DEMANDA LIVRE	DEMANDA LIVRE

ASSISTÊNCIA DE APOIO A SAÚDE DAS FAMÍLIAS					
DIA/TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ 07/11	ASSISTENTE SOCIAL	A. SOCIAL/E. FÍSICA FISIOTERAPEUTA	A. SOCIAL/E. FÍSICA FISIOTERAPEUTA	A. SOCIAL/E. FÍSICA FISIOTERAPEUTA/NUTRI	NUTRICIONISTA
TARDE 13/17	X	E. FÍSICA FISIOTERAPEUTA	X	A. SOCIAL/NUTRICIONISTA & FÍSICA/FISIOTERAPEUTA	NUTRICIONISTA

ASSISTÊNCIA LABORATORIAL					
DIA/TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ 07/13	X	COLETA E ANÁLISE	COLETA E ANÁLISE	COLETA E ANÁLISE	X
TARDE -- --	X	X	X	X	X

Classificação de Risco na UBS.



Reunião com as Gestantes da UBS - Unidade Básica de Saúde – Mãe Maria Tereza
Caiçara – Paraná _ RN



Reunião com os Usuários em Saúde Mental da UBS – Unidade básica de Saúde –
Mãe Maria Tereza Caiçara – Paraná - RN



Ficha Espelho de Atendimento de Crianças de 0 a 5 anos, da UBS – Unidade Básica de Saúde Mãe Maria Tereza, Caiçara – Paraná - RN.



Prefeitura Municipal de Paraná - Secretaria Municipal de Saúde
 Centro de Saúde Mãe Maria Tereza – ESF II
 Elaborada por: Flávia de Carvalho, Rosalia Daniela Medeiros da Silva e Marly Javorski (UFPE)
 Adaptado por: Krysmali Allen da Silva Melo



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – PUERICULTURA		Prontuário: 499.
CNS - 500203420876925		
DADOS DA CRIANÇA		
1. Nome:		
2. Data de nascimento	3. Sexo:	4. Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Indígena (5) Outra
13/03/18	masculino	
5. Nome da Mãe:		
6. Nome do Pai:		
7. CNS:		8. Outro documento:
DADOS DO NASCIMENTO		
9. Tipo de parto:	10. Local do parto:	
normal	Rua dos Fernandes - RN.	
11. Mãe realizou pré-natal?	12. Idade Gestacional:	
sim	41w.	
13. Peso ao nascer	14. Comprimento ao nascer	
3.150 kg	50 cm.	
15. APGAR: 08/09	16. PC	15. PT
	34cm.	
17. Intercorrências: não.		
18. Imunizado: (5) Hep. B (3) BCG		19. Realizou: (N) Teste do Olhinho
20. Tipo sanguíneo:		(U) Teste da Orelhinha
		(M) Teste do Coraçãozinho
CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS E DE MORADIA		
21. Ocupação dos Pais: Mãe - Aguardante		
22. Estado Civil:		23. Tipo de moradia:
		caso.
24. Possui saneamento básico?		25. Possui água tratada?
sim		
Pessoas que residem na casa: 4 pessoas.		
Das pessoas com quem a criança reside, alguma é:		
Tabagista: não Etilista: não Usuário de outras drogas: não.		
1ª CONSULTA: VISITA DOMICILIAR		DATA: / /
O bebê encontra-se: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico		Possui marca de nascença?
Aspecto do coto umbilical:		Fontanela: Bregma _____
		Lambda _____
Reflexos: () Normais () Diminuídos () Ausentes		
Quais os reflexos avaliados:		
Alimentação: () AME () AM predominante () AM misto () Aleitamento artificial		
O bebê apresenta boa pega? () Sim () Não, porque?		
Eliminações: Vesicais () Normais () Alteradas _____		
Intestinais () Normais () Alteradas _____		
Observações: Sim Transporte.		



Prefeitura Municipal de Paraná - Secretaria Municipal de Saúde
 Centro de Saúde Mãe Maria Tereza - ESF II

Elaborado por: Krysna Allen da Silva Melo



PUERICULTURA - CONSULTA SUBSEQUENTE

DATA: 16/05/18	EVOLUÇÃO/INTERVENÇÕES
Idade: 2 meses	<p>Ausência de grito. Reflexos presentes inserção a mãos manuais</p> <p>Antonia Gomes Abrantes Barbosa CRM/RN 1142 CPF: 132.827.964-68</p>
Peso: 6.145 kg	
Estatura: 59 cm	
PT: 47 cm	
PC: 39 cm	

Marcos - 2 meses: Sorri Abre as mãos Firma a cabeça - 4 meses: Rola s/auxílio Juntas as mãos Reconhece pessoas

DATA: 06/08/18	EVOLUÇÃO/INTERVENÇÕES
Idade: 4 meses	<p># ATIVO # EUTROFICO # FÓRMULA LÁCTEAS # SEM ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO.</p> <p>Krysna Allen da S. Melo ENFERMEIRA COREN/RN 362.538</p>
Peso: 7.8 kg	
Estatura: 66 cm	
PT: 47 cm	
PC: 41 cm	

Marcos - 6 meses: Firma a cabeça completamente Vocaliza Apanha e levar objetos a boca Senta s/apoio Dentes?

DATA: 11/09/18	EVOLUÇÃO/INTERVENÇÕES
Idade: 6 meses	<p>Muito ativo, bom peso físico presença sorriso + ponto dentário</p>
Peso: 8.500	
Estatura: 68	
PT:	
PC:	

Marcos - 9 meses: Fica em pé Silabas Entende Não Estica os braços - Dentes? *Rastreamento de anemia

DATA: / /	EVOLUÇÃO/INTERVENÇÕES
Idade:	
Peso:	
Estatura:	
PT:	
PC:	

Marcos - 12 meses: Ergue-se sozinha Fica em pé Nomeia objetos Caminha s/apoio - Dentes? *Hb/Ht

DATA: / /	EVOLUÇÃO/INTERVENÇÕES
Idade:	
Peso:	
Estatura:	
PT:	
PC:	

Marcos - 15 meses: Caminha s/apoio Palavras - 18 meses: Atira bola Segue Instruções

DATA: / /	EVOLUÇÃO/INTERVENÇÕES
Idade:	
Peso:	
Estatura:	
PT:	
PC:	

Marcos - 2 anos: Aponta parte do corpo Rabisca Tira qualquer parte do vestuário Corre ou sobe degraus

Cronograma do Grupo de Fumantes da UBS – Unidade Básica de Saúde Mãe Maria Tereza – Caiçara – Paraná _ RN, Como parte integrante da Microintervenção realizada durante o Modulo em Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Cronograma do Grupo de Fumantes da Caiçara - 2018

1º Encontro (26/09/2018): Apresentação dos objetivos do grupo, anamnese e solicitação de exames;

2º Encontro (03/10/2018): Análise dos exames complementares pelo médico e prescrição de medicamentos;

1ª Entrega de medicamento

3º Encontro (10/10/2018): Palestra sobre a sensibilização e a importância de parar de fumar com a assistente social do NASF;

4º Encontro (17/10/2018): Palestra e atividade prática sobre o exercício respiratório com o fisioterapeuta do NASF;

2ª Entrega de medicamentos

5º Encontro (24/10/2018): Palestra sobre os efeitos do cigarro na voz com a fonoaudióloga do NASF;

6º Encontro (31/10/2018): Palestra sobre alimentação antioxidante com a nutricionista do NASF;

3ª Entrega de medicamentos

7º Encontro (07/11/2018): Palestra sobre os efeitos do tabagismo na saúde bucal, com a dentista da ESF II;

8º Encontro (14/11/2018): Palestra sobre a importância do exercício físico durante o processo de parar de fumar, com profissional de educação física do NASF;

4ª Entrega de medicamentos

9º Encontro (28/11/2018): Encerramento do grupo, avaliação médica final, relato de experiência dos participantes do grupo, entrega de certificado de ex-fumante e sorteio de brindes.

ANEXOS

