



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

**PLANEJAMENTO E INTERVENÇÕES NA SAÚDE DA UNIDADE
BÁSICA DE SANTA LUZIA I NO MUNICÍPIO DE TOUROS/RN**

JOICE CRISTINA DANTAS BRANDÃO MARINHO

NATAL/RN
2018

PLANEJAMENTO E INTERVENÇÕES NA SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE
SANTA LUZIA I NO MUNICÍPIO DE TOUROS/RN

JOICE CRISTINA DANTAS BRANDÃO MARINHO

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 Betânia Morais de Paiva





RESUMO

Este trabalho é composto pela coletânea de seis microintervenções realizadas no município de Touros, distrito de Santa Luzia, na Unidade Básica de Saúde Santa Luzia I, onde temas relevantes para atenção básica foram abordados, objetivando a criação, por toda a equipe, de estratégias que pudessem melhorar a promoção à saúde na área de abrangência da unidade. Através de reuniões realizadas pela equipe juntamente com o núcleo de apoio à saúde da família e os usuários, temas como acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, saúde da criança e programas de doenças crônicas não transmissíveis foram discutidos e novos protocolos de conduta, programas e atividades foram implantados, resultando em uma nova rotina de trabalho introduzida ao calendário da unidade, a qual espera-se que a cada dia seja aprimorada em benefício da população.

Palavras-chave: Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Qualidade de vida.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
CAPÍTULO I.....	08
CAPÍTULO II.....	13
CAPÍTULO III.....	18
CAPÍTULO IV.....	22
CAPÍTULO V.....	26
CAPÍTULO VI.....	30
CAPÍTULO VII.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	45
ANEXOS.....	46

APRESENTAÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiências construídos a partir de microintervenções realizadas no distrito de Santa Luzia, município de Touros/RN.

O município de Touros situa-se no litoral norte do Rio Grande do Norte e conta com uma população de 33.734 habitantes segundo dados do IBGE de 2018. É composto por 27 distritos dos quais Santa Luzia faz parte. No distrito de Santa Luzia, há duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que representam a porta de entrada dos usuários na atenção básica. A unidade onde as microintervenções aqui relatadas foram realizadas é a UBS de Santa Luzia I, que possui uma população adscrita de aproximadamente 3 mil habitantes. O distrito é predominantemente rural, com ruas em areia, sem saneamento básico e a população possui como base de sua economia a agricultura.

Por sempre ter me interessado por atenção básica, iniciei minha atuação na atenção primária à saúde há 7 anos, desde o término da graduação em medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e sempre foi, para mim, gratificante propor mudanças e ver os planejamentos saírem do papel gerando consequências positivas e a melhoria na qualidade de vida da população. Através deste trabalho com a realização das microintervenções, pude confirmar o que sempre acreditei: quando há união e vontade já se tem metade! Com o trabalho em equipe, pudemos alcançar nossos objetivos iniciais que eram: implementar novas rotinas de trabalho com a criação de grupos e de protocolos de atendimento, estreitando a relação usuário/unidade de saúde e oferecendo uma atenção básica mais acessível e eficaz em menos de um ano de projeto. Fato esse que nos deixa bastante confiantes na manutenção e melhoramento dessas intervenções no futuro.

Convido os leitores a conhecerem um pouco a realidade do distrito de Santa Luzia e o funcionamento da atenção básica bem como a reconhecerem as modificações que provocamos em sua realidade através das seis microintervenções realizadas, propostas neste trabalho de conclusão de curso.

CAPÍTULO I: AVALIANDO A DEMANDA PSIQUIÁTRICA DA UNIDADE DE SANTA LUZIA I COM BASE NOS INDICADORES

Em 15 de Maio do corrente ano, foram realizados juntamente com minha Equipe de Atenção Básica (EAB), a saber: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnica de enfermagem, médica e enfermeira, um momento de avaliação com base no manual de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ). Entre os vários problemas destacados com pontuação inferior ou igual a cinco (5), a problemática da saúde mental vem se mostrando recorrente e poucas mudanças foram realizadas para modificar a realidade local. Especificamente com relação ao item: 4.36 que discorre sobre a seguinte assertiva: A equipe de atenção básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território. Foi a partir deste item que definimos metas a serem cumpridas para alcançarmos melhor pontuação neste quesito, além de fornecer uma atenção e cuidado a esse grupo populacional – usuários de medicamentos psicotrópicos ou em sofrimento psíquico – a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Por muitos anos, a saúde mental foi resumida apenas a prescrição de medicamentos e renovação de receitas. Fato este muito presente até nos dias atuais em muitas unidades de saúde. Vê-se, cada dia mais, jovens iniciarem o uso de antidepressivos, ansiolíticos dentre outras medicações cada vez mais cedo. Muitas vezes, sem acompanhamento regular com médico que prescreve a receita, ou mesmo, do especialista.

Nos últimos anos, muito tem se falado sobre “Reforma Psiquiátrica”, onde os hospitais psiquiátricos deixaram de ser a base do sistema assistencial, abrindo espaço para uma extensa rede de serviços extra-hospitalares, de complexidade cada vez mais crescente, desconstruindo o modelo antes vigente.

Neste contexto, o paciente, sua família e os profissionais dos serviços comunitários passam a serem, cada vez mais, os principais provedores de cuidados em saúde mental. Exigindo articulação entre diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção. (BANDEIRA; BARROSO, 2005)

A demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre

prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, etc. (FUREGATO, 2009)

Tendo em vista essa realidade, que não é diferente em meu local de trabalho, uma das ações propostas pela equipe foi a de se realizar reuniões periódicas em grupo, em uma espécie de "grupo de ajuda conjunta", onde os relatos de alguns pacientes poderiam contribuir para a saúde mental de outras pessoas. Este grupo contaria com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na pessoa da psicóloga e do educador físico, dos agentes comunitários de saúde que por pertencerem à comunidade facilitaria a adesão dos pacientes ao grupo terapêutico, além da médica e da enfermeira. Seriam realizadas, pelo menos 1 reunião mensal ou mais, a depender da aceitação e necessidade dos usuários. Este grupo recebeu o nome de “Grupo Emoções”.

Outra ação proposta foi a realização de palestras sobre uso abusivo de medicamentos com atuação no sistema nervoso central, bem como a caracterização de algumas doenças com ênfase no tratamento não medicamentoso e apresentação de outras terapias alternativas e complementares. Essas palestras seriam realizadas pelo psiquiatra do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que se mostrou solícito a nossa demanda, com periodicidade de pelo menos uma vez a cada 2 meses e com o médico da unidade, caso haja necessidade de uma abordagem mais recorrente sobre temas trazidos pelos próprios usuários.

Foi proposta também uma parceria com o CAPS, principalmente para aqueles pacientes mais graves, onde um acompanhamento com o psiquiatra seria mais frequente.

Para realização dessas propostas, seriam necessários: sala para realização das reuniões, Datashow, panfletos ilustrativos, computador, lanches para as reuniões com os usuários. E já pretendemos implantar tais ações a partir de maio do corrente ano e dar prosseguimento às propostas de forma sistemática.

Nossa primeira reunião do Grupo Emoções aconteceu no dia 24 de Maio e contou com um número satisfatório de usuários, aproximadamente 30, onde Dr. Mário deu uma palestra sobre “Insônia e Ansiedade” e tirou dúvidas dos usuários. Após a palestra o

educador físico Lucas orientou sobre a importância da prática responsável de atividade física e realizou exercícios com os presentes.

Para nossa primeira reunião, o resultado foi bem satisfatório, pois a adesão ao grupo foi além do imaginado, embora ainda tenha sido limitada, tendo em vista o número de usuários de medicamentos psicotrópicos na UBS. Compareceram também não só dos pacientes com transtornos psíquicos mas também, alguns familiares, fato esse bastante estimulante para equipe. Pretendemos melhorar a cada reunião a partir das opiniões dos usuários sobre temas, atividades, etc. Nossa proposta é também organizar grupos menores para conversas e “desabafos” dos próprios pacientes entre si.

As principais dificuldades encontradas foram principalmente com respeito à adesão deste grupo de pacientes, uma vez que ainda persiste muito preconceito com relação às doenças psíquicas entre os próprios pacientes que na sua maioria não se consideram doentes. Além da dificuldade de engajamento da equipe que se mostram resistentes a essas reuniões em horários que fogem do expediente, em virtude das inúmeras outras atividades no cotidiano do serviço.

Dando continuidade a observação da unidade de saúde, a equipe dispõe de banners fixados na unidade, mostrando alguns dos indicadores de desempenho exigidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ).

Esses dados são retirados do sistema de informação do E-SUS e colocados no banner. Ultimamente não estava se atualizando tais indicadores, mas após a reunião, foi-se definida a responsabilidade de cada profissional em colocar os dados que dizem respeito à sua parte no banner. (Na foto em anexo consta o banner ainda desatualizado).

SALA SITUACIONAL DA ESCOLA SANTA LUZIA

INDICADOR	Jan	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	AGO	SET	OUT	NOV
INDICADORES										
NºDE FAMILIAS CADASTRADAS	0	3	19	31	33	45	115	165	165	
NºDE HABITANTES NA LOCALIDADE	15	25	34	109	237	315	373	534	534	
NºDE NASCIDOS VIVOS	0	2	2	2	8	4	4	2		
NºDE NASCIDOS VIVOS PREMATUROS	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE NASC. VIV. BAIXO PESO < 2.500g	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE CRIANÇAS < DE 04 MESES	3	5	7	9	11	13	18	17	19	
NºDE < 04 MESES COM AL. EXCLUSIVO	3	5	6	8	6	8	4	10	10	
NºDE CRIANÇAS < DE 01 ANO	42	44	46	48	54					
NºDE CRIANÇAS < DE 02 ANOS								52	52	
NºDE GESTANTES CADASTRADAS	17	20	26	27	32	24	24	27	23	
NºDE GESTANTES ACOMPANHADAS	17	20	26	24	32	24	24	27	27	
NºDE VISITAS DO MÉDICO	2	10	08	12	13	06	17			
NºDE VISITAS DA ENFERMEIRA	07	13	16	20	11	07				
NºDE VISITAS DO DENTISTA	2	09	03	07	05	07				
NºDE VISITAS DO TÉC. ENFERMAGEM	4	6	9	20	21	18	2	4		
NºDE VISITAS DO TÉC. SAÚDE BUCAL	0	2	0	0	0	0	0	0		
NºDE VISITAS DOS A.C.S	365	333	295	277	443	311	490	570		
NºDE CONSULTAS MÉDICAS	2	196	197	210	259	203	252	280		
NºDE CONSULTAS DA ENFERMEIRA	44	91	100	75	104	65	111			
NºDE CONS. DE Puericultura	7	21	9	9	11	2	18	14		
NºDE CONS. DE PRÉ-NATAL	21	23	30	28	38	27	28	29		
NºDE EXAMES PREVENTIVOS	2	20	37	41	23	5	61			
NºDE MULHERES COM DIAG. DE NIC III	2	2	2	2	2	2	2	2		
NºDE ESCOVAÇÕES SUPERVISIONADAS	2	2	2	2	2	2	2	2		
NºDE ATIVIDADES EDUCATIVAS	2	2	1	0	1	1	0	2		
INDICADORES										
NºDE HIPERTENSOS CADASTRADOS	190	192	192	194	194	194	194	194		
NºDE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS	190	192	192	194	194	194	194	194		
NºDE DIABÉTICOS CADASTRADOS	48	48	48	50	51	50	53	53		
NºDE DIABÉTICOS ACOMPANHADOS	48	48	48	50	51	50	53	53		
NºDE PACIENTES ACAMADOS	10	10	09	09	09	09	08	08	08	
NºDE CASOS DE A.V.C	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
NºDE CASOS DE TUBERCULOSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
NºDE CASOS DE HANSENÍASE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
NºDE ETILISTAS NA COMUNIDADE										
NºDE FUMANTES NA COMUNIDADE										
NºDE DEFICIENTES NA COMUNIDADE	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
INDICADORES										
NºDE ÓBITOS TOTAIS	0	0	0	0	0	1	0	1		
NºDE ÓBITOS < 28 DIAS	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE ÓBITOS < 01 ANO	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE ÓBITOS MATERNAIS	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE ÓBITOS EM MULHER EM ID. FÉRTIL	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE ÓBITOS EM HIPERTENSOS	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE ÓBITOS EM DIABÉTICOS	0	0	0	0	0	1	0	0		
NºDE FUMANTES	0	0	0	0	0	0	0	0		
NºDE ETILISTAS	0	0	0	0	0	0	0	0		

Apesar de ainda ser um projeto inicial, a equipe percebeu o interesse da população em participar, o que nos faz acreditar que mudanças positivas no perfil dos pacientes em sofrimento psíquico serão notadas em breve, com a continuidade desse trabalho e maior adesão de novos pacientes, melhorando assim a qualidade de vida dos usuários e de seus familiares.



CAPÍTULO II: PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA E AGENDADA NA UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA LUZIA I

Dando continuidade às intervenções sugeridas durante este módulo, eu e minha equipe de atenção básica (EAB) (composta pela enfermeira, técnica de enfermagem e as 4 agentes comunitárias de saúde (ACS) discutimos sobre outro grande problema existente em nossa unidade: o adequado acolhimento à demanda espontânea e programada.

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo técnico-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento (HENNINGTON, 2005).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. Ele facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema (CARDOSO ET AL., 2009).

Cientes de que a criação e manutenção do vínculo do usuário com a unidade de saúde dar-se-á a partir deste primeiro contato, faz-se necessária sua implementação em todas as unidades básicas de saúde (UBS). Em nossa UBS, propusemos durante a reunião, realizar um estudo do perfil da demanda espontânea e programada que chega diariamente à unidade, a fim de iniciarmos o projeto de implementação de um adequado acolhimento aos usuários, com base em suas necessidades, uma vez que nunca se foi discutido e proposto nada sobre este tema.

A agenda programada da unidade consta de um dia para atendimento geral de crianças e do programa de Crescimento e Desenvolvimento, outro dia para pré-natal e atendimento de planejamento reprodutivo, outro destinado ao atendimento de clínica geral e outro dia voltado para os programas de doenças crônicas e visitas domiciliares. Fora essa

demanda agendada, há sempre as demandas espontâneas, que muitas vezes equivalem em quantidade à demanda agendada.

Justamente por haver este excesso de demanda espontânea, eu e minha EAB acreditamos ser de extrema importância realizar este perfil para que possamos melhorar nosso acolhimento e agendamento das consultas programadas.

Na unidade, não há um funcionário responsável e, muitas vezes disponível, para realizar a escuta qualificada, muito menos um espaço destinado a isso, por falta de estrutura física. Ocorrendo em muitas circunstâncias a entrada do paciente diretamente para a sala do médico ou do enfermeiro, fato esse que compromete a organização dos atendimentos, atrasando o andamento das consultas já agendadas.

O trabalho de estudo do perfil dos usuários de demanda espontânea foi realizado pela equipe durante sete dias. Como as demandas agendadas já seguem um cronograma, como referido acima, já dispomos do perfil de atendimento destes usuários. Desta forma, achamos mais importante estudar o perfil da demanda espontânea para que assim pudéssemos encaixar na demanda programada esses pacientes ou direcionar o atendimento adequado no dia conforme o caso. Criamos uma tabela, onde foram colocados os seguintes dados: horário de procura da unidade; Idade do usuário; gênero sexual, motivo da procura a unidade e desfecho do paciente

A partir desses dados, fizemos um planejamento de como poderíamos orientar e direcionar essa demanda de forma adequada com base nas premissas de um adequado acolhimento e escuta qualificada.

Durante sete dias, avaliamos o perfil de cada usuário que chegou à unidade, fora da demanda agendada, querendo atendimento médico. A partir desses dados, chegamos à seguinte tabela:

TOTAL DE ATENDIMENTOS EM 7 DIAS	140
DEMANDA ESPONTÂNEA/ NÃO AGENDADA	45

(Fonte: próprio autor)

O horário mais procurado para atendimento foi das 11 às 13h, provavelmente, devido a menor quantidade de usuários na unidade a esta hora, uma vez que a maioria já foi atendido.

A idade dos usuários varia bastante, desde lactentes a idosos, porém as faixas etárias abaixo dos cinco (5)anos e acima dos 35 anos predominam.

Com relação ao gênero sexual que mais procura a unidade sem agendamento, o feminino corresponde a 60% dos usuários.

Dentre os principais motivos de procurarem a unidade, encontramos:

MOTIVOS
Renovação de receitas controladas
Febre/cefaléia
Solicitação de exames
Mostrar resultados de exames
Diarreia
Infecção de via aérea superior
Amenorreia/medo de estar grávida

(Fonte: próprio autor)

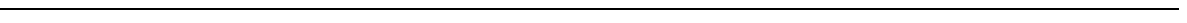
Com base neste perfil, os desfechos mais comuns para esses usuários foram: atendimento no dia de acordo com a prioridade e classificação de risco, marcação de consulta agendada, encaminhamento para o hospital e orientações gerais.

Durante a execução desta atividade, houve bastante dificuldade para se conseguir um profissional disponível para realizar a escuta qualificada, além de um ambiente adequado para isso. Tivemos que alternar os profissionais que realizavam a escuta a esses usuários entre técnica de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Apesar das dificuldades, a partir deste perfil que obtivemos, concluímos mais uma vez, que se faz necessária uma política de saúde em nossa área voltada para saúde mental, uma vez que a grande maioria dos atendimentos era de renovação de receitas controladas de psicotrópicos. Além disso, é importante também orientar sobre a real necessidade de se solicitar determinados exames de rotina, bem como, agendar os usuários que já apresentem

esses resultados em mãos, para que assim possamos fazer um acompanhamento adequado desses pacientes.

Percebemos também como há falha estrutural e de recursos humanos para se realizar um adequado acolhimento na unidade. Além de hábitos populacionais já arraigados na população onde muitos querem ser atendidos, por qualquer motivo e unicamente pelo médico, não querendo ouvir orientações de outros profissionais. E a partir disso, organizamos uma reunião com a Secretaria de Saúde do Município (SMS) solicitando uma melhor estrutura e profissional para realizar esse acolhimento. Aguardamos que nossa solicitação seja brevemente atendida para fornecermos um melhor atendimento à população.



CAPÍTULO III: ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA NA UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA LUZIA I

Dando continuidade às intervenções propostas neste módulo, minha equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) se reuniu mais uma vez, a fim de propor ações simples e possíveis de serem executadas a curto prazo sobre saúde sexual e reprodutiva.

Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados relevantes para a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) de indivíduos e grupos populacionais. O Programa de Ação da IV Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (UNFPA, 2004) e a Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional da Mulher (UNIFEM, 2004), marcos internacionais na definição e visibilidade da SSR, apontam a APS como nível prioritário. No Brasil, a APS é estratégica para a efetivação de políticas de SSR no Sistema Único de Saúde (SUS) (FERRAZ, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A constituição do campo da SSR remete a noções ampliadas de saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, influenciados por políticas de população e desenvolvimento, e pela participação de movimentos sociais que tematizam a sexualidade e as relações de gênero (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2005).

A saúde reprodutiva é tomada como completo bem-estar das funções e processos reprodutivos; a assistência a ela inclui métodos, técnicas e serviços que contribuem para o bem-estar reprodutivo e para a prevenção e resolução de problemas. A saúde sexual tem como finalidade a melhoria na qualidade de vida e nas relações pessoais, não sendo restrita ao aconselhamento reprodutivo e à assistência às pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (DST) (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2005).

Diante desses aspectos e analisando a atenção fornecida a esse grupo em minha unidade de saúde, durante a reunião com a enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), identificamos algumas fragilidades em nossa rede de atenção à SSR da população adscrita e realizamos a primeira intervenção com objetivo de modificar essa realidade.

Percebemos que um significativo número de gestantes em nossa área possui menos de 15 anos. De um total de 31 gestantes que acompanhamos neste mês de junho, 10 delas possuem entre 12 a 15 anos, correspondendo a 32% das grávidas acompanhadas no pré-natal.

Diante desta realidade, decidimos realizar atividades educativas nas escolas abordando os temas de gravidez na adolescência e suas repercussões na vida social do jovem e planejamento reprodutivo e anticoncepção.

Decidimos implantar também grupos de gestantes com idades gestacionais semelhantes, com reuniões mensais, para se discutir sobre os sintomas daquela determinada fase gestacional, bem como os medos, anseios e realizar troca de ideias e sugestões entre as pacientes.

Começamos pelas atividades educativas em parceria com a escola municipal local. Acordamos com a direção da escola para realizarmos uma palestra por semana com as turmas de adolescentes a partir dos 12 anos, onde foram abordados os temas:

- Repercussões sociais da gravidez na adolescência;
- Como evitar a gravidez indesejada e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (métodos contraceptivos e de prevenção de doenças)
- O que fazer caso ocorra a gravidez e quem procurar (conversa com a família, procura da UBS para dar início ao pré-natal)

Realizamos durante 3 semanas essa conversa com os mesmos grupos de adolescentes, onde a cada semana um tema era abordado. Os jovens se mostraram bastante participativos, demonstrando interesse sobre o tema, questionando, opinando e dando exemplos de casos que eles já presenciaram. Dividimos os grupos por faixa etária, então ainda falta realizar a atividade educativa com alguns grupos.

Queremos dar continuidade a esta atividade, abordando novos temas de acordo com as sugestões dos adolescentes, a fim de criarmos e estreitarmos o vínculo do jovem com a Equipe de Saúde da Família (ESF), contribuindo para a melhora da qualidade desse grupo.

Das dificuldades encontradas, destaca-se apenas a incompatibilidade de horários da equipe com algumas turmas dos jovens, atrasando a frequência das atividades educativas.

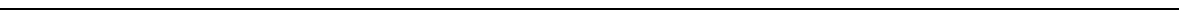
Discutindo-se outras necessidades no que se refere à SSR, vimos também a importância de se criar um grupo de gestantes para se trabalhar as fases da gestação e compartilhar experiências entre as grávidas.

Convidamos as grávidas com idades gestacionais semelhantes e organizamos três grupos: gestantes no primeiro trimestre, no segundo e no terceiro. A partir dessa identificação das mulheres e formação dos grupos, organizamos uma apresentação para cada trimestre de gestação, mostrando a evolução do embrião/feto no decorrer da gravidez, bem como os sintomas mais comuns apresentados.

Até o momento, conseguimos realizar dois encontros nesse projeto, o qual pretendemos dar continuidade, pois foi bastante proveitoso para as pacientes. Através do uso de recursos audiovisuais, apresentamos slides mostrando as modificações no corpo feminino desde a concepção, além de sintomas decorrentes dessas modificações e alterações hormonais. Após isso, algumas gestantes reconheceram nelas mesmas tais sintomas e modificações, trocaram experiências entre si e relataram o que fizeram para melhora desses sintomas.

Apesar de bastante proveitosa esta intervenção, sentimos a necessidade da participação nesses grupos de profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), como nutricionista e educador físico para esclarecer algumas importantes dúvidas das gestantes). Já articulamos com o NASF do município para estarem presentes nas próximas reuniões dos grupos.

Esperamos com essas duas intervenções, continuar promovendo uma melhor qualidade de vida no âmbito da saúde sexual e reprodutiva não apenas às mulheres, mas seus parceiros, além de orientar desde cedo os jovens a se cuidarem, evitando gravidez indesejada e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)



CAPÍTULO IV: ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS PSICOTRÓPICAS E EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA LUZIA I NO MUNICÍPIO DE TOUROS/RN

A saúde mental será, mais uma vez, abordada aqui tendo em vista a prevalência dos usuários em sofrimento psíquico em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS).

Como referido na primeira microintervenção, minha UBS conta com uma demanda de pacientes em sofrimento psíquico considerável, fato esse que motivou a criação de um grupo onde pudéssemos abordar determinados temas, permitindo a interação entre os próprios pacientes, aumentando o vínculo desses com a equipe.

O grupo vem se reunindo quinzenalmente, apesar de alguns percalços, e tem se mostrado bastante produtivo pois tem levado os pacientes a se questionarem sobre a real necessidade do uso de psicotrópicos, uma vez que passaram a reconhecer os riscos do uso contínuo, além de atitudes alternativas como mudanças no estilo de vida, bem como traz um certo conforto quando eles percebem que problemas semelhantes aos seus são compartilhados por outras pessoas.

Como o grupo foi criado a partir do convite dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aos usuários, a unidade não possuía um levantamento real da quantidade total de usuários de drogas psicotrópicas registrados em prontuário com diagnóstico e terapêutica utilizada no momento. Seguindo a atividade proposta deste módulo, realizamos este levantamento, chegando aos seguintes dados:

TOTAL DE USUÁRIOS	145
MASCULINO	41%
FEMININO	59%

(Fonte: próprio autor)

FAIXA ETÁRIA	
15 – 30 ANOS	18%
31 – 40 ANOS	23%
41 – 60 ANOS	34%
>60 ANOS	25%

(Fonte: próprio autor)

CLASSE DE DROGAS MAIS UTILIZADAS	
BENZIDIAZEPÍNICOS/ANSIOLÍTICOS	39%
ESTABILIZADOR DE HUMOR	4,5%
ANTICONVULSIVANTES	4%
ANTIPSIKÓTICOS/NEUROLÉPTICOS	11,5%
ANTIDEPRESSIVOS	41%

(Fonte: próprio autor)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS
TRANSTORNO DE ANSIEDADE
DEPRESSÃO
INSÔNIA
PSICOSE MANÍACO/DEPRESSIVA (ESQUIZOFRENIA)

(Fonte: próprio autor)

Como esses dados foram retirados através da análise de prontuários, uma das maiores dificuldades em seus levantamentos foi o armazenamento inadequado dos prontuários e a desorganização nas pastas de armazenamento. Muitos prontuários encontravam-se em péssimo estado de conservação, sem registros na anamnese de quando o paciente iniciou o uso da medicação e sem o diagnóstico. Nesses casos específicos, o paciente foi chamado a UBS ou o ACS foi a casa desses para completarmos a anamnese e realizarmos o registro das informações.

Com base nesses dados, a equipe pode planejar de forma mais específicas suas ações integradas, uma vez que o município conta com psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e com psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município.

O fluxo de atendimento de pacientes em sofrimento psíquico em minha UBS pode ser exemplificado com base neste relato de caso:

- Paciente 21 anos, masculino, natural e procedente de Touros/RN, marcou consulta médica na UBS queixando-se de estar ouvindo vozes em sua mente e que seus pensamentos “fugiam da cabeça”. Quadro iniciado há 1 mês, sem aparente fator emocional

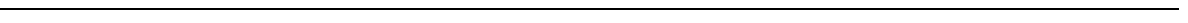
desencadeante e com piora progressiva. Nega comorbidades prévias e uso de drogas. Refere antecedentes familiares apenas de depressão (avó e tia).

Esse paciente foi atendido na unidade e prioritariamente encaminhado ao CAPS e ao NASF, para atendimento com a psicóloga, sendo a consulta no CAPS prontamente agendada.

Na UBS, comumente conseguimos resolver a maioria dos casos de transtorno de ansiedade, insônia e outros sofrimentos psíquicos menos graves sem a necessidade de encaminhar aos serviços de apoio. Porém, quando há necessidade desse suporte, o fluxo ocorre de maneira relativamente fácil na primeira consulta, da unidade para o CAPS ou para o NASF.

Um dos problemas que temos tentado resolver trata-se da questão da contrarreferência desses pacientes com o diagnóstico dado pelo psiquiatra bem como as medicações prescritas e orientações. Infelizmente há uma falha neste ponto, que já foi discutida com tais serviços, e aguardamos esse “feedback” dos demais profissionais para darmos um seguimento adequado a esses pacientes na própria UBS.

Como minha UBS apresenta essa quantidade considerável de pacientes usuários de drogas psicotrópicas e em sofrimento psíquico, ações voltadas para esta área são nossa prioridade. Apesar das dificuldades, temos tentado oferecer melhor qualidade de vida a esses pacientes utilizando o diagnóstico realizado através da análise dos prontuários, direcionando ações específicas para esses usuários.



CAPÍTULO V ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA LUZIA I NO MUNICÍPIO DE TOUROS/RN

O programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD) em nossa unidade de saúde (UBS) é realizado pela médica e enfermeira. Há um dia na semana destinado ao programa e nele as crianças contempladas no conceito de primeira infância (de 0 a 5 anos) são atendidas conforme periodicidade determinada pelas diretrizes do programa ou conforme a necessidade.

O agente comunitário de saúde (ACS) é responsável por fazer a busca ativa das crianças em idade de participar das consultas de CD e a partir da primeira consulta, a criança já sai com a data do retorno agendada. Caso a criança não compareça com o familiar a consulta, o ACS realiza a visita domiciliar para questionar o porquê da falta e remarcar essa consulta.

A nossa equipe se reuniu a fim de responder o questionário do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e percebemos que contemplamos boa parte das questões exigidas pelo programa. As questões não contempladas foram discutidas e ações foram planejadas para o melhoramento do serviço. Abaixo, discorrerei sobre os problemas enfrentados a partir das respostas ao questionário.

Como visto neste **módulo**, a saúde da criança pode ser avaliada com base em seu Crescimento e Desenvolvimento (CD), além da avaliação dos aspectos familiares e sociais nos quais essa criança está envolvida. A manutenção desse vínculo com as famílias dessas crianças e a UBS ajuda-nos a entender determinadas situações bem como, atuar de forma mais eficaz no problema observado, principalmente, por se tratar, a consulta de CD, de um cuidado continuado.

Questionário para Microintervenção

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	x	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	x	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças	x	

até dois anos do território?		
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	x	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		X
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	x	
Crescimento e desenvolvimento	x	
Estado nutricional	x	
Teste do pezinho	x	
Violência familiar	x	
Acidentes	x	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	x	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	x	
Com baixo peso	x	
Com consulta de puericultura atrasada	x	
Com calendário vacinal atrasado	x	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	x	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?		X

De acordo com a análise das nossas respostas ao questionário do PMAQ, observamos dois pontos nos quais podemos melhorar:

- 1) Criação de ficha espelho da caderneta de saúde das crianças atendidas no CD. Atualmente, anotamos no prontuário os dados relevantes da caderneta como status de vacinação, as medidas antropométricas relevantes na avaliação do CD, status nutricional, dentre outros. Após a reunião, passamos a adotar uma ficha avulsa onde anotamos a data da consulta, idade da criança, os dados da caderneta e a data do retorno, para assim, facilitar o acesso a essas informações caso necessário.

-
- 2) Realizamos reunião com a nutricionista do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) a fim de realizarmos palestras uma vez ao mês com as famílias, orientando sobre a introdução de novos alimentos a partir dos 6 meses de vida e deixando a agenda flexível caso alguma criança precise de um suporte mais individualizado.

Acreditamos que em nossa equipe, realizamos satisfatoriamente as ações exigidas pelo PMAQ, sempre tentando melhorar o acesso e o acolhimento a essas crianças e suas famílias.



CAPÍTULO VI: ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA LUZIA I NO MUNICÍPIO DE TOUROS/RN

Dando continuidade às microintervenções propostas, nossa equipe reuniu-se mais uma vez dessa vez, para discutir sobre nossa abordagem aos pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e obesidade.

Em nossa unidade básica de saúde (UBS), dispomos de um dia, nos dois turnos, para atender essa demanda específica. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) agendam as consultas mensalmente, de modo que pelo menos uma vez por mês sejam avaliados parâmetros como pressão arterial (PA), glicemia capilar e peso.

Em nossa opinião, esse grupo é o de maior demanda na unidade e, por se tratarem de doenças que podem evoluir para complicações sistêmicas maiores, necessita de maior atenção e uma abordagem multidisciplinar ampla e atuante. Além de ações, palestras, atividades que conscientizem não só os pacientes, mas também seus familiares e cuidadores, uma vez que uma grande quantidade desses pacientes se encontra na terceira idade.

O questionário foi respondido na reunião de equipe e discutido as ações que nossa UBS ainda não realiza, bem como, as dificuldades na aplicabilidade delas em nosso contexto.

Questionário para microintervenção

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	x		x	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou	7		7	

diabetes na unidade de saúde?				
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		x		
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	x			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			x	
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	x		x	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	x			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	x			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão		x		

arterial sistêmica com maior risco/gravidade?				
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	x		x	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	x		x	
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				x
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			x	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				x
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM	NÃO		

A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	x	
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	x	
Se SIM no item anterior, quais ações?		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	x	
Oferta ações voltadas à atividade física	x	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	x	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	x	
Encaminha para serviço especializado	x	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X*	

Percebemos ao responder esse questionário, que a equipe ainda precisa se aprimorar em alguns aspectos do cuidado ao paciente com DCNT entre os quais destaco:

- 1) Necessidade em estratificar através de protocolos, por escrito e em folha anexa, os pacientes portadores de HAS e DM para termos maior controle daqueles com comorbidades mais graves, dando prioridade em retornos, realização de exames, encaminhamentos e maior atenção por parte do NASF também.
- 2) Necessidade de obter junto a secretaria municipal de saúde (SMS) oftalmoscópios para realização da fundoscopia bem como, o treinamento dos profissionais, capacitando-os para a realização do exame. Nessa perspectiva, foi encaminhada através de ofício à SMS a solicitação dessas demandas.
- 3) Ampliação do grupo de obesos criado pela SMS. As atividades do grupo tiveram início este ano, porém abrange uma quantidade bastante limitada de pacientes. O grupo conta com auxílio de psicólogos, nutricionistas, educador físico e médico. Os ACS escolhem 2 pacientes obesos e com determinação para reeducação alimentar e

para realizar mudanças nos hábitos de vida e seleciona-os para encaminhamento ao grupo, que irá ter um seguimento semanal por até 12 meses. A iniciativa da SMS é interessante e esperamos que com o tempo o acesso de pacientes possa ser ampliado.

Os pacientes com DCNT possuem um grau de complexidade um pouco maior em virtude das várias comorbidades que os acompanham bem como, as passíveis de serem desenvolvidas. Por se tratar também de um grupo cuja faixa etária abrange uma quantidade significativa de idosos requer uma atenção redobrada por parte da equipe desde o acesso e acolhimento desse público que em virtude da faixa etária muitos apresentam limitações de locomoção e estão restritos ao seu domicílio. Esse aproximação promove o estreitamento do vínculo com toda equipe e estabelece uma rotina de procura pela UBS por parte dos usuários com DCNT e seus familiares.



CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Avaliando a demanda psiquiátrica na unidade de saúde de Santa Luzia I com base nos indicadores	Devido a demanda significativa de paciente em sofrimento psíquico, criou-se na unidade um “grupo de ajuda conjunta” com os usuários, equipe da unidade básica de saúde, psicóloga da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para promover reuniões periódicas com rodas de conversa e discussão de temas relevantes ao entendimento da saúde mental e dos riscos do uso prolongado de psicofármacos bem como, a banalização da necessidade de seu uso. Além de proporcionar um encaminhamento mais ágil para aqueles pacientes em maior risco.	Inicialmente, houve uma regularidade das reuniões, a cada 15 dias, com discussão de casos dos próprios usuários que os compartilhavam com todo o grupo, compartilhando também anseios e medos com os demais bem como, com a equipe. Alguns pacientes conseguiram cessar o uso de psicofármacos, relatando uma melhor qualidade de vida, o que deixou a equipe bastante satisfeita com o projeto. As reuniões porém, com o tempo, foram se espaçando, tendo em vista as atribuições dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que dificultavam a presença da psicóloga e o absentismo dos usuários, fatos esses que a equipe	A proposta da equipe é já colocar os encontros do grupo no calendário fixo da unidade, com as datas já agendadas e com o profissional, caso haja, já selecionado para a reunião. A gestão municipal também se comprometeu a ceder de forma fixa um psicólogo para participar dos encontros. Além disso, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) convidando e estimulando os usuários a participarem, lembrando-os das datas quando próximo dos encontros é outro ponto que a equipe se comprometeu a estimular e melhorar.

		terá que trabalhar mais intensamente juntamente com a população e os gestores para uma continuidade da ação.	
Perfil da demanda espontânea e agendada na unidade de saúde de Santa Luzia I	Com o objetivo de melhorar o acolhimento na unidade, a equipe realizou um estudo do perfil dos usuários de demanda espontânea e agendada, onde avaliou durante sete dias indicadores como: horário de procura pela unidade, idade e gênero do usuário, motivo da procura e desfecho.	Como resultado dessa análise realizada pela equipe, concluímos que boa parte da demanda espontânea que chega a unidade não necessita necessariamente de uma consulta médica, havendo a possibilidade do usuário ter seu problema resolvido por profissionais como enfermeiro ou técnico de enfermagem. Além disso, muitas queixas podem aguardar agendamento para até 48h. Outra parcela significativa da demanda espontânea corresponde a renovação de receitas controladas, o que nos faz concluir a importância e urgência de se estabelecer projetos para saúde mental em	A equipe se comprometeu a realizar o acolhimento dos pacientes conforme as diretrizes, realizando escuta qualificada, classificação de risco e direcionamento adequado dos usuários de demanda espontânea para seu destino, porém, há necessidade de infraestrutura adequada como um local para se realizar a escuta qualificada além de recurso humano, como um profissional para realizá-la. Necessidades essas comunicadas à gestão, que se comprometeu a supri-las.

		nosso território.	
Atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva na unidade de saúde de Santa Luzia I	<p>A equipe se reuniu mais uma vez a fim de planejar ações no campo da saúde sexual e reprodutiva em nossa unidade. Percebemos que a quantidade de mulheres entre 12 e 15 anos grávidas corresponde a mais de 30% do total de gestantes do mês avaliado. Fato esse que mobilizou a equipe para que organizássemos atividades educativas nas escolas, abordando temas como gravidez na adolescência e a sua repercussão na vida do jovem. Além disso, mostrou-se necessária também a criação de grupos de gestantes, com idade gestacional semelhante, para se discutir sobre os sintomas daquela determinada fase gestacional, bem como os medos, anseios e realizar troca de ideias e sugestões entre as pacientes.</p>	<p>Como resultado das ações onde abordamos o tema de saúde sexual e reprodutiva nas escolas, a equipe percebeu um aumento da procura por métodos contraceptivos e por informações sobre o tema entre os jovens em nossa unidade de saúde, além do fortalecimento do vínculo com esses usuários. Ainda não houve uma redução significativa dos percentuais de gravidez na adolescência em nossa unidade, porém a equipe mostra-se confiante diante da manutenção das ações iniciadas.</p>	<p>Pretendemos continuar com as palestras e orientações nas escolas, uma vez que vimos que repercutiu de forma positiva ao incitar a curiosidade dos jovens por informações e pelo uso de métodos contraceptivos. Além disso, agregamos alguns profissionais do NASF como a nutricionista e o educador físico para que orientassem as gestantes nas reuniões, esclarecendo suas dúvidas e ajudando-as a terem um período gestacional tranquilo e saudável.</p>
Atenção aos usuários de drogas psicotrópicas e em sofrimento psíquico na	<p>Sendo a saúde mental uma das principais demandas da unidade, as ações voltadas para os usuários de drogas</p>	<p>Desde a criação do grupo composto por pacientes em sofrimento psíquico e</p>	<p>Como estratégia para organizar o atendimento dos usuários de saúde mental na unidade, criamos um banco de dados contendo todas as informações do usuário tais</p>

<p>unidade de saúde de Santa Luzia I</p>	<p>psicotrópicas e em sofrimento psíquico tornam-se indispensáveis. Dessa forma, mantivemos o grupo criado na primeira microintervenção, além de termos realizado um levantamento sobre todos os usuários de drogas psicotrópicas da unidade avaliando: quantidade de usuários por sexo, faixa etária, classe de droga utilizada e principais diagnósticos quando iniciou o uso da medicação. Objetivamos com essas informações, planejar ações específicas, juntamente com o centro de atenção psicossocial do município e o núcleo de apoio à saúde da família, oferecendo melhor qualidade de vida a esses usuários.</p>	<p>usuários de psicofármacos até o momento, muitos se questionaram sobre a real necessidade da medicação e alguns tentaram suspender, com sucesso, seu uso. Além disso, o fluxo desses pacientes da unidade para os centros de referência foi melhor organizado de forma a agilizar a consulta com o psiquiatra para aqueles usuários mais gravemente comprometidos. Ainda há uma falha na contrarreferência, onde o psiquiatra enviaria o diagnóstico e poderia propor uma forma de continuarmos o cuidado na atenção básica, mas já estamos trabalhando nessa questão com o especialista.</p>	<p>como: diagnóstico, qual medicação usa, há quanto tempo usa, última data da consulta e com qual profissional foi a consulta e histórico familiar de doenças psiquiátricas. Queremos a partir desse banco de dados, que pretendemos alimentá-lo constantemente, manter um acompanhamento e controle da doença desses pacientes, bem como, melhorar o fluxo da atenção básica para os serviços de referência.</p>
<p>Atenção aos usuários do programa de crescimento e desenvolvimento da unidade de saúde da Santa Luzia I</p>	<p>O programa de crescimento e desenvolvimento da unidade de saúde faz parte da demanda agendada do serviço, o que proporciona um cuidado contínuo</p>	<p>Através da utilização da ficha espelho, os profissionais têm conseguido realizar um melhor controle do crescimento e</p>	<p>As fichas espelho foram anexadas aos prontuários de todos os usuários menores de cinco anos, para acompanhamento, inclusive após o período preconizado para realização das consultas de puericultura. Dessa forma, a</p>

	<p>com esses pequenos usuários. A equipe se reuniu para discutir o questionário no qual o programa de melhoria do acesso e qualidade (PMAQ) avalia a atenção básica oferecida a esse grupo. A partir dessa análise, concluímos que contemplamos boa parte das exigências do programa, havendo algumas deficiências pontuais, as quais propusemos estratégias para saná-las, como a criação de fichas espelho no prontuário e a participação da nutricionista na orientação da introdução da dieta das crianças a partir dos seis meses de vida.</p>	<p>desenvolvimento dos pacientes bem como cobrar o cumprimento do retorno agendado na data estipulada. Já com a orientação da nutricionista, tem-se evitado a introdução de alimentos não adequados para aquela determinada faixa etária, contribuindo para um ganho de peso saudável e conseqüentemente, para um desenvolvimento adequado dos pacientes.</p>	<p>continuidade dessa avaliação do paciente se estenderá por toda sua fase da primeira infância.</p>
<p>Atenção aos usuários do programa de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na unidade de saúde de Santa Luzia I</p>	<p>A equipe se reuniu mais uma vez a fim de responder um novo questionário onde se avaliava os cuidados oferecidos aos pacientes de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e obesidade. Após percebermos que a equipe ainda precisava se aprimorar em alguns</p>	<p>Através dos protocolos de estratificação das doenças desses pacientes, pode-se observar aqueles que necessitavam mais urgentemente de encaminhamento para consultas com especialistas, bem como, aqueles cuja doença estava mal controlada, além de ter podido observar a eficácia</p>	<p>As folhas dos protocolos de estratificação das doenças estão disponíveis no arquivo da unidade para serem utilizadas em novos pacientes com DCNT diagnosticados posteriormente. Porém, aqueles já estratificados, mantêm esse documento anexado ao prontuário, sendo ele preenchido a cada consulta, de modo a facilitar o acompanhamento do usuário caso o paciente seja atendido por um novo profissional ou encaminhado para algum especialista. Os demais fatores discutidos: aquisição de</p>

	<p>aspectos, foram propostas e realizadas novas estratégias de cuidado a esse grupo: estipulados protocolos de estratificação de risco da doença anexado aos prontuários do usuário para melhor acompanhamento nas consultas e observação das necessidades mais urgentes, pactuado com a gestão a obtenção de oftalmoscópios bem como treinamento para seu uso, para ser realizado o exame de fundo de olho nos grupos de risco. Além disso, sugerimos a ampliação do grupo de acompanhamento à saúde do obeso (GASO) criado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para abarcar um maior número de pacientes.</p>	<p>das medicações em uso, melhorando assim o manejo e consequentemente prognóstico da doença nesses pacientes. Outro ponto deficitário percebido em nosso acompanhamento desse grupo foi a realização de fundoscopia nos pacientes de maior risco, problema esse ainda não resolvido pois depende-se da aquisição de oftalmoscópio pela gestão. A ampliação da entrada de novos pacientes no GASO também ainda não aconteceu em virtude da limitação de profissionais para dar suporte adequado ao grupo.</p>	<p>oftalmoscópios e ampliação das vagas para pacientes participarem do GASO, ainda não conseguimos resultados satisfatórios para este ano, mas a gestão se comprometeu a tentar solucionar essas questões para o seguinte ano.</p>
--	--	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante essas seis intervenções que a equipe da unidade básica de Santa Luzia I realizou, pudemos perceber como pequenas mudanças e planejamentos são capazes de melhorar o funcionamento da unidade.

A sistematização de condutas, criação de protocolos e fichas de atendimentos além da introdução dos projetos, como as reuniões com grupos de usuários específicos, no calendário da unidade, criaram uma rotina organizacional a qual espera-se que continue sendo estimulada pelas equipes futuras e cada vez mais otimizadas.

Não é difícil perceber que quando há união da equipe de saúde da unidade com a convivência da gestão, associada a colaboração dos usuários, mesmo com recursos financeiros escassos, é possível proporcionar uma melhoria na qualidade do atendimento. Apesar das dificuldades, os desafios na atenção básica existem para serem superados, desde que haja vontade e disposição para se realizar mudanças e adequações, que servirão como mola propulsora para novos projetos futuros.

REFERÊNCIAS

- BANDEIRA M, BARROSO SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. J Bras Psiquiatr. 2005;54(1):34-46.
- CARDOSO, L. S. C. et al. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. CuidArte Enfermagem, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 149-155, 2009. [[Links](#)]
- FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza; NEMES, Maria Ines Battistella. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s240-s250, 2009.
- FUREGATO ARF. Mental health policies in Brazil [editorial]. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):1-2.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005. [[Links](#)]
- J.; DICKENS, Bernard M.; FATHALLA, Mahmoud F. Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004[[Links](#)] acesso em 28 de Julho de 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. [[Links](#)]
- UNITED NATIONS FUND FOR WOMAN. Platform of Action. Adopted at the International Conference on Women, Beijing, 1995. New York: UNIFEC; 2004. [[Links](#)] acesso em 28 de Julho de 2018.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND. Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York: UNFPA; 2004 [cited 2017 Mar 9]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf [[Links](#)] acesso em 28 de Julho de 2018.
-

APÊNDICES

ANEXOS

SALA SITUACIONAL DA E.S. SANTA LUZIA

INDICADOR	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
GRUPO DE INDICADORES											
Nº DE FAMILIAS CADASTRADAS	0	3	19	31	33	95	116	165	165		
Nº DE HABITANTES NA LOCALIDADE	15	25	71	107	237	515	773	534	534		
Nº DE NASCIDOS VIVOS	0	2	2	2	8	4	4	2			
Nº DE NASCIDOS VIVOS PREMATUROS	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE NASC. VIV. BAIXO PESO < 2.500g	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE CRIANÇAS < DE 04 MESES	3	5	4	9	11	13	18	19			
Nº DE 04 MESES COM AL. EXCLUSIVO	3	5	6	8	6	8	4	10			
Nº DE CRIANÇAS < DE 01 ANO	42	44	46	48	54						
Nº DE CRIANÇAS < DE 02 ANOS								52	52		
Nº DE GESTANTES CADASTRADAS	17	20	26	24	32	24	24	27	23		
Nº DE GESTANTES ACOMPANHADAS	17	20	26	24	32	24	24	27	23		
AÇÓES E SERVIÇOS											
Nº DE VISITAS DO MÉDICO	0	10	02	12	13	06	17				
Nº DE VISITAS DA ENFERMEIRA	07	13	16	20	21	07					
Nº DE VISITAS DO DENTISTA	0	09	07	07	05	07					
Nº DE VISITAS DO TÈC. ENFERMAGEM	4	6	9	20	21	18	2	2	4		
Nº DE VISITAS DO TÈC. SAÚDE BUCAL	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE VISITAS DOS A.C.S	365	333	295	255	443	371	390	530			
Nº DE CONSULTAS MÉDICAS	0	196	192	240	253	202	252	280			
Nº DE CONSULTAS DA ENFERMEIRA	44	91	100	235	104	65	21				
Nº DE CONS. DE PUERICULTURA	7	21	9	9	11	2	11	14			
Nº DE CONS. DE PRÈ-NATAL	21	23	20	22	38	23	28	29			
Nº DE EXAMES PREVENTIVOS	0	20	27	41	23	5	6				
Nº DE MULHERES COM DIAG. DE NIG. III	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ESCOVAÇÕES SUPERVISIONADAS	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ATIVIDADES EDUCATIVAS	0	0	1	0	1	1	0	2			
MORBIDADES											
Nº DE HIPERTENSOS CADASTRADOS	198	192	192	194	194	194	194	192			
Nº DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS	190	192	192	194	194	194	194	192			
Nº DE DIABÉTICOS CADASTRADOS	48	48	48	50	51	50	53	53			
Nº DE DIABÉTICOS ACOMPANHADOS	48	48	48	50	51	50	53	53			
Nº DE PACIENTES ACAMADOS	10	10	09	09	09	09	08	08	08		
Nº DE CASOS DE A.V.C	0	0	0	0	0	0	0	1			
Nº DE CASOS DE TUBERCULOSE	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE CASOS DE HANSENIASE	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ETILISTAS NA COMUNIDADE											
Nº DE FUMANTES NA COMUNIDADE											
Nº DE DEFICIENTES NA COMUNIDADE	11	11	11	11	11	11	11	11	11		
MORTALIDADES											
Nº DE ÓBITOS TOTAIS	0	0	0	0	0	1	0	1			
Nº DE ÓBITOS < 28 DIAS	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ÓBITOS < 01 ANO	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ÓBITOS MATERNAIS	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ÓBITOS EM MULH. EM SI. FÈRTEL	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ÓBITOS EM HIPERTENSOS	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE ÓBITOS EM DIABÉTICOS	0	0	0	0	0	1	0	0			
Nº DE FUMANTES	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nº DE FUMANTES	0	0	0	0	0	0	0	0			

