



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

**Microintervenções: excelente ferramenta na melhoria do atendimento na
Estratégia de Saúde da Família em Natal – Rio Grande do Norte**

José Ribamar de Lima Júnior

NATAL/RN
2018

José Ribamar de Lima Júnior

**Microintervenções: excelente ferramenta na melhoria do atendimento na
Estratégia de Saúde da Família em Natal Rio Grande do Norte**

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

A estratégia de saúde da família (ESF) é a principal proposta para melhoria da Atenção Básica tendo como enfoque a qualidade de vida da população e a prevenção das doenças e dos agravos à saúde da população brasileira. Partindo desse pressuposto é de fundamental importância a capacitação e a especialização dos servidores que integram a ESF, visando uma melhoria e uma maior eficácia no atendimento dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma o curso de especialização em Saúde da Família do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) vem capacitando de forma satisfatória os servidores de nível superior como Médicos, Dentistas e Enfermeiros. O curso de especialização é baseado em problemáticas corriqueiras em atenção básica, usando essas problemáticas são feitas microintervenções de forma que o aluno/profissional de equipe da ESF possa aprimorar os conhecimentos pré-existentes e gerar resultados positivos na população adscrita em sua equipe. Cada capítulo deste trabalho de conclusão de curso (TCC) consiste de uma microintervenção, sendo o último um monitoramento e avaliação dos iniciais.

Palavras-chave: Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e Medicina Preventiva.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE:	7
UM GRANDE TERRITÓRIO NECESSITANDO DE PEQUENAS, POREM, IMPACTANTES INTERVENÇÕES.....	7
CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO, FERRAMENTA ESSENCIAL NO MELHOR ATENDIMENTO AO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA.	12
CAPÍTULO III: IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA	16
CAPÍTULO IV: OS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA ..	20
CAPÍTULO V: SAÚDE DA CRIANÇA: IMPORTÂNCIA DO CUIDADO CONTINUADO NA ATENÇÃO BÁSICA	24
CAPÍTULO VI: COMO PREVENIR E CONTROLAR AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE BRASILEIRAS?	28
CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	39

APRESENTAÇÃO

Com grande satisfação que estou concluindo o início do ciclo do Programa Mais Médico Para o Brasil, com o Trabalho de conclusão de curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família. Utilizando como ferramenta o Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). A metodologia usada no programa é a problematizadora, da forma que ao longo de um ano de Programa fizemos micro intervenções em nosso território de atuação (equipe 43 da Unidade Básica de Saúde do Bairro de Nova Natal em Natal - RN), intervenções essas feitas nos temas mais corriqueiros da atenção básica sendo delimitados em seis capítulos.

No primeiro foi utilizado o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e o instrumento de Autoavaliação (AMAQ) para avaliações periódicas da equipe e da UBS buscando indicadores positivos, para fortalecimento, e indicadores negativos, para serem modificados. No segundo capítulo fizemos um relato de como o acolhimento à demanda espontânea está sendo realizado em nossa unidade, mostrando nossas dificuldades, as facilidades e por fim mostrando os resultados de sua implantação. No terceiro capítulo fizemos uma microintervenção em planejamento familiar / pré-natal partindo da problemática do elevado número de gestação não planejada das usuárias da equipe 43 da UBS de Nova Natal, fazendo abordagem em grupo, com reuniões, orientando sobre a colocação de DIU no pós-parto imediato. No capítulo quatro fizemos uma microintervenção em saúde mental, fazendo o levantamento dos pacientes com sofrimento emocional, usando como ferramenta uma tabela preenchida com os tipos de medicamentos utilizados pelos usuários, a patologia previamente diagnosticada e o tempo de sofrimento/ patologia, tendo os pacientes com maior número de medicamentos um acompanhamento mais detalhado para revisão e necessidade das medicações. No quinto capítulo fizemos uma abordagem, em forma de microintervenção, com as crianças baseado na alteração do Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com a idade, tendo essas crianças consultas mais regulares e abordagem mais detalhada. No capítulo cinco foi feita uma microintervenção em uma das maiores problemáticas da Atenção Básica que é o controle das doenças crônicas não transmissíveis (principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica, HAS, e o Diabetes Mellitus tipo 2, DM2), na intervenção fizemos em forma de reuniões

quinzenais nas quais eram abordados temas como alimentação, atividade física e tomada regular de medicação, tendo como principal objetivo a maior interação e melhor vínculo do paciente com a equipe e com o médico favorecendo e facilitando o controle das doenças. Por fim, concluindo o programa com uma tabela de monitoramento e avaliação dessas microintervenção, verificando os pontos positivos e pontos negativos e como podemos dar continuidade às intervenções de forma que proporcionem melhoria nos indicadores das doenças da população e principalmente com prevenção dos agravos/condições sensíveis à saúde básica.

Então, leia até o final, pois irei discorrer detalhadamente sobre essas microintervenção, como foram as dificuldades para por em prática toda teoria que tive durante minha formação e durante o atual curso de especialização. Serão relatados ainda os resultados positivos, em curto prazo, e as perspectivas de que as intervenções tenham continuidade, melhorando, assim, a forma como trabalha a equipe e gerando melhores indicadores de saúde.

CAPÍTULO I: Observação na unidade de saúde:

Um grande território necessitando de pequenas, porem, impactantes intervenções.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e o instrumento de Autoavaliação (AMAQ) são ótimas ferramentas para fazer levantamento situacional das unidades básicas de saúde e do processo de trabalho, promovendo reflexões sobre as responsabilidades dos trabalhadores em oferecer boa qualidade no serviço fornecido à população, bem como promovendo mudança e melhoria nestes serviços e maior satisfação dos usuários. De forma sistemática e padronizada o AMAQ/PMAQ auxilia os profissionais da atenção básica nesse processo, devendo ser utilizado de forma rotineira, e não apenas quando são precisos serem realizados os levantamentos e relatórios das unidades de saúde.

Acredito que a utilização da autoavaliação do AMAQ nas unidades e também por cada equipe de saúde possibilita realizar um levantamento fidedigno do serviço prestado à população, bem como da identificação de pontos frágeis da equipe no fornecimento desses serviços. Garantindo assim a adoção de medidas que permitam ajustar os indicadores que possuem deficiência na demanda de cada equipe.

Para realizar a autoavaliação do AMAQ foi necessário reunir com a equipe durante 01 turno. A reunião contou com o apoio de todas as agentes comunitárias que compõem a equipe. Não foi possível a participação da enfermeira, pois a mesma encontra-se em licença prêmio, e da equipe de saúde bucal que está sem profissionais há mais de 01 ano. Durante a reunião foi possível discutir todos os itens que compõem o AMAQ e perceber a fragilidade de cada quesito. Alguns itens pontuaram nota máxima, outros nota mediana e dois quesitos pontuaram nota igual ou inferior a 5. Dentre eles, irei citar os quesitos que necessitam de uma intervenção mais rápida para que possam apresentar melhorias nos serviços fornecidos aos usuários.

No quesito Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos um item que foi levantado pela equipe com fragilidade adquirindo nota < 5 foi à questão dos medicamentos fornecidos na unidade, principalmente medicamentos utilizados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência. Como a unidade em que trabalho é de porte IV e possui a

demanda do acolhimento muitos casos de urgência vêm sendo atendidos na unidade. Certo dia chegou para atendimento no acolhimento um idoso com queixa de agonia no peito, taquicardia e dispneia. O paciente estava extremamente ansioso e com tremores pelo corpo. Durante a abordagem inicial solicitei o kit de urgência da unidade para que pudesse realizar a monitorização adequada e intervir no quadro clínico do paciente. O oxímetro de pulso estava sem pilhas, a bala de oxigênio vazia e o tensiômetro havia desaparecido. Os sinais vitais básicos foram prejudicados devido a oferta inadequada desses insumos. Durante a abordagem e exame físico do paciente percebi que o mesmo estava diante de um quadro ansioso associado com ataque de pânico. Quando fui ofertar o medicamento para o paciente percebi que no kit de urgência não havia as medicações básicas para tal intervenção. Quem ajudou durante a abordagem foi um funcionário da unidade de saúde que fazia uso de um benzodiazepínico e acabou fornecendo a medicação.

Sem contar nos picos hipertensivos e hiperglicêmicos que chegam à unidade corriqueiramente e que precisam ser encaminhado para a Unidade Pronto Atendimento (UPA), devido à falta de medicamentos tanto no kit de urgência, bem como na farmácia.

Diante dessa realidade a equipe decidiu se unir e intervir no intuito de transformar essa situação e poder fornecer um melhor atendimento à esses casos. Solicitamos uma reunião com a direção da unidade para que possamos exemplificar os casos que apareceram e que necessitaram de uma intervenção eficaz e não foi possível ser realizado devido à falta desses insumos e medicamentos. Busquei até em algumas fontes o check list dos medicamentos e insumos básicos da urgência na atenção básica para melhor argumentar e explicar a real importância da manutenção adequada dos medicamentos em questão. Orientei ainda que a direção designe um profissional para realizar a conferência desse material permitindo a manutenção adequada e evitando maiores transtornos quando eles forem utilizados. Inclusive, me disponho para ficar encarregado desse material.

Outro quesito que durante a autoavaliação pontuou com nota igual a 5 foi Educação permanente e qualificação das equipes da atenção básica. Existe certa resistência da minha equipe nos cursos de atualização e qualificação profissional. Por se tratar de uma equipe que possui profissionais antigos e com idade mais avançada existe uma barreira na aceitação dessas capacitações, conseqüentemente existe um declínio na qualidade dos serviços ofertados. Muitos preferem ficar na “zona de conforto” e não buscam conhecimento e melhoria dos processos de trabalho. Um exemplo disso é com relação a

capacitação de acolhimento e demanda espontânea. As agentes comunitárias da minha equipe não participaram da capacitação e possuem uma certa resistência de sua implementação na unidade. Acreditam que as vagas que devem ser abertas na agenda para essa demanda só atrapalham a agenda dos atendimentos, visto que precisam marcar menos consultas devido as vagas diárias de acolhimento. Sem contar, que os pacientes que elas orientam procurar o acolhimento são queixas crônicas e que necessitam de uma abordagem que não seja de urgência. Existe também uma baixa demanda das capacitações dos profissionais de saúde diante de determinados temas. Há uma demanda alta da população adscrita na minha equipe com problemas de saúde mental. Vejo que existe uma dificuldade de todas as equipes da unidade em saber lidar com esses pacientes e com determinadas situações. A cultura de encaminhar ao especialista é maior e mais fácil, do que promover a capacitação adequada de todos os profissionais da unidade.

Como forma de intervenção nas reuniões de equipe irei trabalhar a temática do acolhimento com as agentes comunitárias, explicando a importância dessa nova forma de atendimento, bem como orientando com as queixas dos pacientes. Com o objetivo de promover melhor inserção da minha equipe nessa temática solicitei à direção local uma nova capacitação, de caráter obrigatório com todos os profissionais da unidade. Pretendo ainda fazer minicursos e estudo de casos de pacientes que vêm para o acolhimento mostrando sua importância nos atendimentos diários, bem como na orientação adequada que deve ser dada aos pacientes sobre quando procurar atendimento médico do acolhimento. Com relação a saúde mental irei propor à direção da unidade que sejam solicitadas perante secretaria de saúde capacitações dos profissionais de saúde sobre o tema. Para que assim possam conduzir com mais eficácia tal demanda, bem como prestar serviço de qualidade na atenção básica sem realizar tantos encaminhamentos ao especialista.

Durante a reunião da equipe solicitei os indicadores que fazem parte do PMAQ para que pudesse ter noção desses números e também traçar melhores formas de vigilância desses itens. Fui informado pela equipe que o registro era manual e realizado em livros, separados por grupos e/ou patologias. Esses registros são alimentados de acordo com as demandas internas da equipe. Os livros são distribuídos da seguinte forma: pacientes inseridos no programa de hipertensão; pacientes com transtornos mentais; pacientes com doenças sexualmente transmissíveis; pacientes acamados; gestantes; pacientes com

tuberculose/hanseníase; atendimentos da enfermagem; grupos de risco e citologias realizadas. Os dados eram registrados por micro área, de acordo com a população adscrita por cada agente comunitária. Percebi que muitos registros não eram e não haviam sido anotados, gerando subnotificação interna, tanto da equipe, como da unidade de saúde. Não há relato da equipe bucal. Também não há relato dos números de encaminhamentos realizados aos especialistas. Existe um relatório quadrimestral, realizado por todos da equipe onde são repassados esses dados para a direção da unidade. O relatório é manual e depende desses dados coletados por toda a equipe. Neste momento, é que percebo o quanto de dados são perdidos devido a forma como era registrado.

Atualmente, na unidade em que trabalho, está sendo utilizado o E-Sus. A Unidade de Nova Natal foi pioneira em implementar esse sistema há cerca de 01 ano. Dentro do E-Sus existe o CDS e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Foram realizadas capacitações dos profissionais para implementação adequada e utilização do sistema por todos os funcionários da unidade. Atualmente, os registros dos atendimentos dos pacientes são feitos no PEC ou no CDS, onde são inseridos dados de atendimentos médicos incluindo as patologias, atendimentos da enfermagem, vacinas, solicitação de exames, encaminhamentos, visitas domiciliares, realização de grupos prioritários de cada equipe e capacitações realizadas. Ao final de cada semana, quinzena ou mês pode ser gerado um relatório de todos esses dados, desde individual até de todo o funcionamento da unidade, o que acaba sendo mais fidedigno com relação a demanda da unidade. Mesmo com esse sistema alguns profissionais relutam em utilizar. Talvez por demandar mais tempo, compromisso e frequentes capacitações.

Por se tratar de um sistema que demanda tecnologia aliada à informática, é um instrumento que facilita o trabalho de toda a equipe, bem como promove melhor avaliação dos indicadores e permite uma menor subnotificação interna. É essencial seu bom funcionamento, pois fornece dados de todos os atendimentos realizados, exames, vacinas, curativos, medicações prescritas, tudo de forma eletrônica e de rápido acesso. Além, de evitar a problemática de perda de prontuário de paciente. Esse sistema permite melhor e mais eficaz abordagem dos indicadores, bem como monitoramento de estratégias que permitam promover uma melhor qualidade dos serviços à população.

A realização da microintervenção, por meio da autoavaliação do AMAQ, promoveu uma melhor interação da equipe, que por alguns momentos é dificultada pelo grande volume de

trabalho e de atendimentos feitos de forma individual. Esse momento possibilitou conhecer as reais e principais fragilidades da equipe e da unidade de saúde como um todo. Foi possível, também traçar metas e estratégias de melhoria dos serviços fornecidos, bem como tornar todos da equipe mais atuantes e responsáveis pelas ações e modificações que precisam ser realizadas com o intuito de fornecer o melhor atendimento.

CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO, FERRAMENTA ESSENCIAL NO MELHOR ATENDIMENTO AO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua implantação, vem passando por mudanças no intuito de melhorar e expandir o acesso e a qualidade da saúde prestada à população. E uma das mudanças atuais e de grande impacto na oferta deste serviço é o acolhimento à demanda espontânea.

Diante da grande demanda por atendimento médico faz-se necessária a busca de meios para melhorar o atendimento e o acesso à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e a prática de acolhimento trata-se de uma ótima ferramenta na tentativa de suprimir essa demanda.

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 tecno-assistencial. É um dispositivo inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (Humaniza SUS), 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). Trata-se, portanto, de um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (CARVALHO ET AL., 2008; BARALDI; SOUTO, 2011).

Trabalho na Unidade Básica de Nova Natal desde janeiro de 2018. A unidade já possui o processo de acolhimento implantado há cerca de 08 meses. Foi uma das unidades de saúde de Natal piloto na tentativa de implementar a prática diária do acolhimento. A unidade funciona de segunda à sexta-feira nos dois turnos. Inicialmente o acolhimento foi implantado apenas no turno da manhã. No último mês estamos ampliando o acesso avançado para o turno da tarde também. A unidade possui 06 equipes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, das quais 02 encontram-se com a equipe incompleta em virtude da ausência de médicos. A demanda por atendimento médico é sempre alta e

muitas são as dificuldades enfrentadas com a tentativa de instituir eficazmente o processo do acolhimento.

De início houve grande recusa por parte dos funcionários e até mesmo de alguns usuários, durante a implementação do acolhimento. A população já estava acostumada com as quantidades de “fichas” de consultas, com as filas logo cedo da madrugada por atendimento médico e o comodismo por parte das equipes de saúde com a marcação de atendimentos médicos nas agendas, o que acabou dificultando o processo do acolhimento.

No momento atual, a unidade conta com o processo de acolhimento diariamente e nos dois turnos. Os usuários que chegam à unidade são recebidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam a escuta inicial e levam as demandas para os profissionais de nível superior (enfermeiros e dentistas) que por meio de uma escuta qualificada promovem as orientações iniciais e definem de acordo com a queixa do usuário se necessitam de atendimento médico naquele dia/turno.

Existe um ambiente apropriado para realização da escuta, bem como materiais e suprimentos de suporte adequado para esta abordagem inicial. Dependendo da queixa esses profissionais podem resolver as demandas de acordo com suas competências, marcar consulta na agenda médica e em alguns casos fazer uma interconsulta com profissional médico para atendimento no dia/turno ou dependendo da queixa atendimento médico imediato. A gestão local possui um cronograma com a escala dos profissionais de nível médio (ACS) e de nível superior (Dentistas/Enfermeiros) de acordo com o dia e turno da semana que irão ficar exclusivamente disponíveis para realizar o acolhimento na unidade.

Com o objetivo de melhorar o processo de adaptação e implementação do acolhimento à demanda espontânea, são realizadas reuniões técnicas semanais com os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) destacando durante as discussões as principais queixas que surgem durante a semana. Para amparar tecnicamente a discussão existe um material que foi desenvolvido por profissionais médicos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com suporte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) levantando as principais queixas de acordo com a faixa etária, como crianças, gestantes, idosos e adultos. Esse manual possui uma abordagem sucinta e prática de como deve ser conduzida as queixas que chegam no acolhimento. São discutidos de uma forma geral os casos que surgiram durante a semana no acolhimento e a forma como foram conduzidos, procurando sempre melhorar e fornecer melhor serviço prestado.

Durante as reuniões existe uma problemática constante que são os ACS. Não houve capacitação adequada desses profissionais, além da recusa por grande parte desses profissionais de participar do processo de acolhimento. Como todo processo de mudança, a “diminuição do número de fichas” substituída pelas “fichas de demanda espontânea” do acolhimento gerou grande recusa por parte dos ACS, que passam a ver o acolhimento como um processo ruim e de “atraso” nas equipes. Muitos não querem realizar a escuta inicial e acabam mandando os pacientes procurar atendimento na urgência ou voltar outro dia para marcar consulta. Porém, nenhuma providência foi tomada pela gestão local com o objetivo de transformar essa realidade.

Com a rotina semanal das reuniões técnicas percebo que o acolhimento vem apresentando mudanças importantes durante esses meses. O processo vem apresentando adaptações cada vez mais eficazes e resolutivas de acordo as demandas. A troca de experiências entre os profissionais enriquece ainda mais as discussões e promove melhor oferta dos serviços.

De uma forma geral estou sempre estudando, aprendendo e discutindo com minha equipe (Equipe 43) a melhor forma de acolher nossos usuários. Durante as reuniões com minha equipe procuro organizar formas que permitam aos usuários que chegam diariamente à unidade sejam ouvidos e acolhidos. O lema fundamental e inicial é perguntar ao usuário o que ele necessita naquele momento, criando e fortalecendo vínculos, bem como oferecendo melhor destino ao paciente, promovendo orientação adequada e melhor resolutividade à sua queixa.

Percebo com a prática diária do acolhimento que nem sempre o paciente necessita de atendimento médico. No contexto sócio-econômico e cultural a população é muito carente e acredita que os problemas só podem ser resolvidos por meio de consulta médica. Muitos ACS, também possuem essa ideia em mente e acreditam que a melhor forma de servir ao usuário é fornecendo atendimento médico. Grande parte dos funcionários das equipes é formada por pessoas que está há muito tempo no sistema de saúde e que não procuram se reciclar e acompanhar as mudanças na oferta dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É muito frequente escutar alguns profissionais dizendo “... era melhor quando entregávamos as fichas...”, muitos não querem nem conversar, ouvir ou orientar os pacientes, estão demasiadamente estressados com carga de trabalho e com as dificuldades do sistema de saúde. Ao longo do tempo e das reuniões cotidianas de equipe venho mostrando como a mudança nesse processo de trabalho pode melhorar e dar mais

qualidade ao nosso serviço, diminuindo a demanda por atendimento médico (que é o maior desafio da unidade) e criando um bom vínculo com os usuários.

Para efetivação do processo de acolhimento em todas as unidades de saúde, é fundamental que haja capacitação de todos os profissionais, bem como ambiente adequado, profissionais acolhedores e dispostos a ouvir e prestar serviço de qualidade. O acolhimento promove maior integração, acesso de qualidade e humanização dos profissionais que lidam diariamente nos serviços de saúde. Meu maior desafio é lapidar esse pensamento na minha equipe, promovendo diariamente melhor escuta e acolhimento de todos os usuários que procuram a unidade, bem como criar vínculos e estabelecer o grande papel da Atenção Básica que é promoção e prevenção de saúde.

CAPÍTULO III: IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA

O planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos para concepção e anticoncepção que, por sua vez, devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2009). Trata-se de um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996, que o regulamenta.

Sabe-se que as práticas contraceptivas e os métodos de controle da fertilidade sempre existiram na história da humanidade e, no mundo moderno, estiveram intimamente relacionadas às necessidades econômico-políticas das sociedades industriais e tecnológicas (ARAÚJO, 2004; SIDNEY, 2010).

Baseado nisso, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visam de uma forma geral oferecer de forma eficaz a promoção e prevenção da saúde, sendo a saúde reprodutiva uma delas.

Durante o estudo do módulo de Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério muitas temáticas foram importantes para entender o processo de planejamento familiar, bem como a necessidade de intervenções mais efetivas com relação ao tema citado.

A informação adequada em planejamento familiar e reprodutivo é de fundamental importância, pois possibilita reconhecimento dos métodos contraceptivos, orientação sexual, orientação familiar e, principalmente, autonomia sobre suas escolhas, evitando assim decisões e atitudes equivocadas sobre determinada situação. Portanto, o planejamento familiar adequado possibilita regular a fecundidade e decidir livre e responsabilmente em ter ou não ter filhos, quando tê-los, ter acesso à informação, educação e serviços de planejamento familiar, exercer a sexualidade plena e realizar tratamento de infertilidade (ZAMPIERI, NASCIMENTO, 2011).

Durante a minha prática, principalmente, com as atividades de pré-natal, observei a quantidade de mulheres que estavam em gestação não planejada ou até mesmo, algumas que tentaram abortamento no diagnóstico inicial da gestação, reforçando assim, o grande déficit no conhecimento e esclarecimento sobre planejamento familiar na população brasileira.

O pré-natal é o programa que tem maior atenção por parte da minha equipe, sendo feito de forma regular e eficaz com as gestantes. Dentre as pautas principais das reuniões quinzenais da equipe abordamos o tema do pré-natal, fazendo levantamento do número de gestantes; quantas já encerraram a gestação, realizamos também, levantamentos de parto e abortos; quantas iniciaram no programa nas últimas duas semanas e se alguma gestante apresentou alguma intercorrência no período assinalado.

Após realizar o estudo aprofundado da temática em questão e analisar os questionamentos finais do módulo juntamente com a equipe 43 da Unidade de Saúde de Nova Natal percebemos que de uma forma geral não conseguimos realizar com eficácia a promoção e prevenção de saúde à um determinado grupo.

Percebemos uma falha no serviço oferecido à saúde da mulher, principalmente, com relação à saúde reprodutiva. A população adscrita por minha equipe possui uma grande quantidade de mulheres e gestantes que necessitam de uma melhor atenção e práticas mais efetivas na qualidade dos serviços prestados. Baseado nisso, resolvemos realizar uma microintervenção nesse grupo prioritário abordando a temática do planejamento familiar, principalmente no pós-parto imediato, com a inserção do Dispositivo Intra Uterino (DIU), por exemplo.

Através de artigos, periódicos e da prática clínica observamos que gravidez não planejada decorre da falta de informações e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, do uso inadequado dos mesmos, descontinuidade na oferta do contraceptivo pelo serviço, oferta limitada na variedade dos métodos e efeitos colaterais adversos que levam ao abandono e ao limite de eficácia (FERRAND, 2007).

Desta forma, na perspectiva dos direitos reprodutivos, a escolha de uma gravidez passa pelo plano da racionalidade, sendo resultado do exercício de autonomia e liberdade reprodutiva, de modo que consideramos como não planejada a gravidez resultante de um processo em que inexistiu a decisão consciente da mulher ou do casal para sua ocorrência (COELHO, EDMÉLIA, 2011).

Aliado a essa problemática e em pesquisa aos métodos contraceptivos e sua eficácia decidi delimitar o DIU como melhor opção para o público citado. E com a ampliação do programa para inserção de DIU em recente portaria “BRASIL. Congresso. Senado. PORTARIA Nº 3.265. **Ampliação do Acesso Ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (diu**

de Cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus). Brasília, 1 dez. 2017.”, o Ministério da Saúde, MS, dispõe sobre a colocação de DIU de cobre em Pós-parto ou pós-abortamento imediato, período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento. Enfatiza-se que o DIU inserido logo após o esvaziamento uterino, aumenta significativamente a probabilidade de uma contracepção eficaz e facilita o acesso ao planejamento familiar, tornando-se uma estratégia para diminuir a recorrência de gravidez indesejada.

Baseado nisso, resolvemos realizar uma intervenção com o grupo de gestantes que a equipe 43 da Unidade de Saúde de Nova Natal realiza atividades regulares de pré-natal. Marcamos um encontro com as gestantes durante um turno onde foi abordado a temática do planejamento familiar e reprodutivo. Contamos com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para realizar a divulgação da ação, bem como, o reforço durante as consultas médicas e da enfermagem para ampliar o acesso à esse encontro.

A reunião contou com a presença de 34 gestantes, dentre as 42 que realizam pré-natal pela equipe. O encontro aconteceu em um turno programado exclusivamente para realizar a intervenção. Procurei realizar uma exposição didática e ampla sobre a importância da prática do planejamento familiar, principalmente após o término da gestação. Dividi a palestra em 3 momentos. No primeiro momento realizei uma exposição do tema em geral, incluindo indicações, contraindicações, efeitos colaterais e mitos sobre o uso do DIU, procurando reforçar a sua inserção no pós-parto imediato. O segundo momento foi deixado para perguntas abertas onde todas as gestantes puderam esclarecer suas dúvidas e frustrações; e no terceiro momento, foi feita uma abordagem (feedback) sobre o que as gestantes acharam do tema, o que mudou com a palestra, se alguma deseja fazer inserção do DIU pós-parto imediato, entre outros.

Nesse feedback a equipe pôde observar que a maioria das gestantes se mostrou interessada na inserção do DIU pós-parto imediato, algumas ficaram na dúvida e outras não mostraram interesse pelo tema. Procurei deixá-las bem à vontade com o assunto e esclarecer as dúvidas que estavam ao meu alcance.

Com o término da palestra fui parabenizado pelas gestantes e pela equipe que adoraram a temática abordada, deram sugestão de outros temas relacionados à sexualidade e reprodução e que se possível criasse um grupo de gestantes em que pudessem ser trabalhados de forma contínua vários temas.

De uma forma geral, fiquei bastante contente com a intervenção realizada. Conteí com o apoio de toda a equipe e com a adesão de uma grande parte das gestantes. Percebi a deficiência dessa abordagem na atenção básica e de sua importância na manutenção da qualidade de vida da saúde da família com um todo.

Desta forma pretendo seguir com a educação em saúde no planejamento familiar, elaborando palestras sobre diversos temas. Pretendo ampliar esses encontros à população jovem abordando outras temáticas, como sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam estratégias e ações continuadas e programáticas, sobre o planejamento familiar na atenção básica, fornecendo assim melhor qualidade nos serviços oferecidos, autonomia nas escolhas das decisões e promoção e prevenção da saúde, diminuindo assim os agravos e impactos negativos à saúde.

CAPÍTULO IV: OS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os transtornos mentais constituem um grave problema de saúde mental em nível de atenção básica e afetam pessoas de todas as idades, gênero e nível socioeconômico. No Brasil, aproximadamente 15 a 20% da população brasileira apresentam algum tipo de sofrimento psicossocial, necessitando de cuidados no campo da saúde mental (DIMENSTEIN et al., 2005).

A atenção primária é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, constituindo dessa forma o braço direito para as práticas integrativas e de ações na saúde mental. As práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades.

Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. (BRASIL, 2013).

Acredito que a dificuldade em conduzir os casos de saúde mental diz respeito ao nível de informação das Equipes de Saúde da Família (ESF). A maioria das equipes não está capacitada para atender essa demanda, bem como, conduzir de forma acolhedora os usuários que sofrem com algum transtorno psíquico.

São inúmeros os empasses na assistência da saúde mental, dentre eles: grande quantidade de pacientes em sofrimento mental; dificuldade dos profissionais em lidar com os sofrimentos dos usuários; falta de profissionais capacitados; preconceito dos profissionais e dos outros usuários e falta de medicamentos. Dessa forma é de grande importância intervenções em saúde mental.

Tomando como base inicial desta intervenção a avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ) alguns pontos frágeis da minha equipe, 43 da Unidade de Nova Natal, foram perceptíveis. Os dados dos pacientes que sofriam de algum transtorno mental eram feitos em um livro da equipe não havia, com precisão, as patologias e os medicamentos que faziam uso nem a atualização desses dados há quase 01 ano.

Dessa forma foi criada, segundo orientação do módulo em estudo, uma planilha em que pudéssemos organizar de forma mais rápida e precisa os atendimentos realizados à saúde mental. A planilha é composta por nome de paciente, patologias previamente diagnosticadas, medicações em uso e início do tratamento.

Junto com a planilha existe ainda o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que permite durante os atendimentos selecionar as patologias e as medicações em uso. No final de cada mês o PEC permite gerar um relatório sobre esses atendimentos e criar um gráfico com as principais demandas dos atendimentos de saúde mental. Pretendo juntamente com a equipe e com o uso dessas ferramentas traçar com maior precisão o perfil dos usuários adscritos por minha equipe na saúde mental, bem como, promover melhores ações integrativas e metas de adequação do cuidado.

Com base na frequência dos atendimentos de saúde mental e na dificuldade enfrentada no cotidiano dos serviços, muitas vezes, de conduzir as situações de sofrimento psíquico irei relatar o caso de um senhor jovem dependente do uso de benzodiazepínicos.

Paciente C.A.V.L., 45 anos, sexo masculino, casado, desempregado. Paciente veio para consulta solicitar renovação de receita das medicações que faz uso. Encontra-se em acompanhamento na unidade há 05 anos para hipertensão arterial sistêmica controlada. Faz uso de Losartana 50 mg 2 vezes ao dia, Diazepam 10 mg 3 vezes ao dia e por último foi acrescentado Olcadil 2 mg 2 vezes ao dia.

Paciente refere que a última medicação foi acrescentada porque o mesmo não estava conseguindo dormir à noite e que durante o dia, mesmo fazendo uso abusivo do Diazepam, não conseguia controlar seu pico ansioso. Relatou na consulta que sempre apresentou dificuldade em contar seus sofrimentos, muitas vezes, não se achava acolhido pela equipe e tinha receio em procurar atendimento médico, fazendo apenas renovação de receita e uso abusivo de medicação por conta própria.

Durante a consulta, me preocupei em criar um vínculo com o paciente. Percebi que inicialmente não iria conseguir modificar muita coisa nas suas medicações e que na verdade precisava manter uma relação de confiança com esse paciente para que eu pudesse trazê-lo de volta outras vezes na unidade e assim, instituir um plano terapêutico.

Percebi que o distúrbio do sono desse paciente era um distúrbio secundário à uma ansiedade extrema e que precisaria de mais consultas para iniciar um tratamento adequado

para o seu caso. Marquei uma consulta com o paciente uma semana depois. Na consulta posterior ele relatou que o quadro iniciou após a demissão de um emprego há quase 02 anos e que desde então, ele sofre com o acúmulo de dívidas, as discussões em casa por falta de dinheiro e problemas pessoais com a esposa. Inclusive relatou que tomava os medicamentos não só para dormir, mas também, para diminuir as angústias e as preocupações que eram cada vez maiores e que acometiam negativamente toda a sua vida e de sua família.

Diante de toda a problemática do paciente percebi que não era só de medicação que o paciente precisava. A minha função na consulta era além de um médico. Estava fazendo o papel de um amigo, pois não havia em quem ele confiar. Desse modo, procurei fazer o que estava ao meu alcance eu tentei realizar.

Como plano terapêutico iniciei a Fluoxetina com dose baixa e iria ajustar a dose conforme as avaliações posteriores. Marquei os retornos para avaliação a cada 15 dias; informei que precisávamos reduzir as doses dos benzodiazepínicos e encaminhei para terapia com a psicologia. Infelizmente, cheguei na dose máxima da Fluoxetina, tentei retirar o Olcadil, diminuir a dose do Diazepam, iniciar outra medicação e não obtive sucesso. O paciente é totalmente dependente do uso de benzodiazepínicos e não aceita planos terapêuticos.

Na condução do caso entrou em contato com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e fui informado que minha unidade de saúde não possui cobertura do NASF. Entrei em contato com o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para agendar um matriciamento na minha unidade e fui informado que não existe vaga para realizar o apoio matricial nos próximos meses. Entrei em contato com a Policlínica que presta serviço a minha área e estou aguardando uma roda de conversa com o psiquiatra sobre este caso.

Percebi com este caso como os pacientes de saúde mental são mal conduzidos na atenção básica. Existe certo receio ou até mesmo preconceito por parte de todos os profissionais de saúde em acolher e ouvir esses usuários. Minha equipe, por exemplo, acreditava que os pacientes que fazem uso de psicotrópicos não precisavam de consultas periódicas e que apenas as renovações de suas receitas eram suficientes.

Dessa forma, instituir uma prática adequada de saúde mental na equipe exige esforço e quebra de paradigmas. Exige acolhimento integral desse usuário com a equipe e com o

cuidado continuado. Aos poucos estou tentando instituir na equipe práticas do cuidado integrativo, seja ele no hiperdia, na gestante, na puericultura e agora na saúde mental.

Existe uma falha na atenção primária com relação à saúde mental. São poucos os cursos e as capacitações dos profissionais de saúde, bem como, de seminários e oficinas práticas que promovam ampliação do conhecimento e a troca de experiências. Existe uma fila enorme de pacientes necessitando de atendimento especializado e a oferta fornecida pelos gestores é a mesma de anos atrás.

O estudo da saúde mental, neste módulo, também foi limitado, ficou muito abaixo das minhas expectativas restringiu-se, por vezes à revisão histórica de saúde mental, sem temas como as principais patologias mentais na atenção básica, terapêuticas e condutas a serem realizadas. A falha ao acesso especializado continua, bem como algumas dúvidas sobre condutas e planos terapêuticos. Dessa forma proponho que sejam abordados para os próximos especializando temas como os principais transtornos ansiosos, depressivos, psicóticos e o uso e manejo de benzodiazepínicos na atenção básica. Portanto, é fundamental que os gestores e profissionais de saúde estabeleçam estratégias e ações continuadas sobre o cuidado da saúde mental na atenção básica, fornecendo assim melhor qualidade nos serviços oferecidos e integração desses usuários às unidades, diminuindo assim os agravos e impactos negativos à saúde.

CAPÍTULO V: SAÚDE DA CRIANÇA: IMPORTÂNCIA DO CUIDADO CONTINUADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Durante o estudo do módulo Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, muitas temáticas foram importantes para o entendimento de um bom funcionamento das unidades de saúde, bem como a necessidade de intervenções mais efetivas com relação ao tema citado.

Promover atenção integral e cuidado continuado à saúde da criança é um dos desafios da atenção básica. Devido a insuficiência na assistência das equipes de estratégia de saúde da família (ESF) a prática contínua e integrativa dessa população fica negligenciada e em muitos casos com agravos significativos à sua saúde.

O acompanhamento das crianças de forma regular e rotineira, com uso do Caderno de Saúde da Criança (CSC), vem sendo um dos pilares da melhoria da saúde pública no Brasil, para tanto, o CSC aborda orientações para a organização do processo de trabalho, questões tradicionais como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança; supervisão das imunizações e até temas característicos da modernidade, como a alimentação saudável, tão essencial de ser trabalhada na situação atual de epidemia de obesidade infantil; a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência também são abordadas nesse documento (BRASIL, 2012).

Baseado nesse contexto, é fundamental traçarmos metas e ações que permitam promover rotineiramente o cuidado continuado, bem como a introdução de medidas que possam diminuir os agravos à saúde infantil.

Tomando como base inicial desta intervenção a avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da atenção (PMAQ) alguns pontos frágeis na minha equipe 43 da Unidade de Nova Natal foram perceptíveis. Minha equipe encontrava-se sem assistência médica há vários meses. Os atendimentos à saúde da criança estavam sendo realizados pela enfermeira da equipe. Basicamente a puericultura não estava sendo feita e os atendimentos eram baseados nas queixas /patologias.

Quando era diagnosticada alguma alteração as crianças eram encaminhadas ao pediatra com a tentativa de resolver o quadro. Muitas vezes, as consultas com os pediatras demoravam devido a problemática das longas filas de espera nos sistemas e isso acabava agravando ainda mais a saúde da criança e a manutenção do cuidado continuado.

Por mais que a enfermeira da equipe fosse uma excelente profissional e de grande experiência na atenção básica infelizmente, não conseguia prestar um serviço de qualidade, devido à alta demanda e a própria falta de assistência médica na equipe. Infelizmente não havia promoção/ prevenção do cuidado e sim o encaminhamento para tratamento dos agravos à saúde da criança.

Desde a minha entrada no Programa do Mais Médicos (PMM) e durante as inúmeras reuniões técnicas da equipe 43 percebi que alguns pontos da avaliação do PMAQ não vinham sendo praticados como preconiza o Ministério da Saúde (MS).

Não estavam sendo realizadas consultas de puericultura nas crianças de até dois anos de idade, bem como a utilização da caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento. Não havia registro de atendimentos nas cadernetas, e muitas vezes eram utilizadas somente para verificar e atualizar vacinação. Outro ponto frágil era a prática do aleitamento materno e a busca ativa da quantidade de crianças assistidas pela equipe.

Diante das falhas e dificuldades vivenciadas desde o início da entrada no programa, em janeiro de 2018, percebi que precisava realizar algumas intervenções e procurar adaptar o atendimento prestado à saúde da criança ao que preconiza o MS.

Na verdade, essa microintervenção já estava sendo realizada muito antes do início do atual módulo. Logo que percebi a falha na equipe procurei iniciar os atendimentos de puericultura de forma regular e rotineira. Inicialmente, enfrentei resistência por parte das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), quando coloquei nas reuniões que para realizar os atendimentos regulares deveríamos ter um turno específico para esses atendimentos.

Alguns ACS não aceitaram tal determinação, por acreditar que “tirar um turno da agenda” só para atendimentos de criança seria um prejuízo enorme na agenda de atendimentos gerais. Instituir um turno foi um grande desafio desde o início do programa. De acordo com os meses e com os resultados obtidos consegui mostrar para as agentes de saúde que a prática de promoção/ prevenção de saúde tem um resultado a médio e longo prazo e que faz parte da atenção básica. Mostrei que ao longo desses 08 meses de programa, ocorreu uma diminuição da procura por parte das mães com relação a queixas respiratórias, gastrointestinais, angústia por falta de informações dentre outras, queixas diversas.

Atualmente, as consultas de puericultura são realizadas em conjunto com a enfermeira da equipe. Um mês a criança passa em consulta médica e no mês seguinte com a enfermeira.

Dessa forma, promovemos de forma contínua e regular o acesso ao cuidado continuado da criança. Há durante as consultas intervenções e orientações sobre alguma alteração evidenciada ou dúvidas quaisquer que possam surgir por parte dos familiares.

Ainda nesse enfoque de atenção à saúde da criança dou ênfase, em minhas consultas, na parte de alimentação saudável, incluindo aleitamento materno exclusivo até os sexto mês; destaco a importância de se realizar a triagem neonatal, prevenção de acidentes, de manter vacinas atualizadas, de estar sempre com a caderneta da criança em todas as consultas e orientações sobre violência familiar. Realizamos ainda, a busca ativa das crianças utilizando o final do pré-natal para marcar as consultas, bem como, o controle de crianças que necessitam de cuidado integral e continuado.

Atualmente, existe um projeto sendo desenvolvido dentro da unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova natal em torno da saúde da criança. Durante as consultas pude perceber que algumas crianças encontravam-se fora dos escores gráficos padronizados pelo MS presentes na caderneta da criança.

Muitas crianças encontravam-se acima do peso e poucas em estado de desnutrição. Tomando como base, a identificação desses dados procurei a colega médica da equipe 42- Dr. Rútila Praxedes que também está vinculado ao PMM e fomos discutir se havia dados semelhantes na sua equipe. A partir desses dados, resolvemos realizar uma abordagem coletiva e multidisciplinar nessas crianças. Juntamente com alguns profissionais da odontologia, que já realizam um trabalho na escola do bairro, resolvemos elaborar um projeto e tentar intervir de forma positiva e contundente na questão da obesidade/desnutrição infantil. Iremos determinar um dia no mês e vamos realizar na escola do bairro uma ação.

Iremos pesar e medir o Índice de Massa Corpórea (IMC) dessas crianças e traçar um gráfico com esses dados. O objetivo é identificar as crianças que se encontram em quadro de obesidade/desnutrição e intervir por meio de ações educativas e de promoção e prevenção da saúde. Ainda temos alguns pontos que precisam ser amadurecidos nesse projeto, além de contar também com melhor adesão de outros profissionais. Esperamos conseguir conquistar público para o desenrolar desse projeto, bem como melhoria desses escores e da qualidade de vida dessas crianças.

De uma forma geral estou bastante satisfeito com o trabalho que venho realizando na saúde da criança. Percebi durante esses meses que a adoção de medidas simples foi crucial e significativa para mudar o cenário do cuidado continuado na minha equipe.

Vem ocorrendo uma diminuição no número de atendimentos de nossas crianças em acolhimento e vem diminuindo a pressão da população por atendimento dessas crianças fora do período das consultas regulares, como consulta de agravos agudos como pneumonia, diarreia, febre e outras demandas que eram altas em nossa equipe. As mães, que hoje em dia já estão mais orientadas sobre as queixas e agravos principais da infância, já não levam suas crianças para atendimento por uma simples febre, ou por um episódio de fezes amolecidas. As mães já sabem esperar a data das consultas regulares, já sabem o que é 'normal' da criança e o que é doença que requer maior atenção.

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam estratégias e ações continuadas sobre a saúde da criança na atenção básica, fornecendo assim melhor qualidade nos serviços oferecidos, autonomia nas escolhas das decisões e promoção e prevenção da saúde, diminuindo assim os agravos e impactos negativos à saúde.

CAPÍTULO VI: COMO PREVENIR E CONTROLAR AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE BRASILEIRAS?

Sendo hipertensão e diabetes as causas primárias que mais causam complicações a saúde e morte, devemos combatê-las e controlá-las de forma intempestiva. O Diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008). São problemas de saúde considerados condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, evidências demonstram que o bom manejo destes problemas ainda na APS evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Partindo desses conceitos iniciais e de acordo com o presente módulo de Tema: O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde, juntamente com minha equipe de atenção básica, equipe 43, da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova Natal, vimos várias falhas na atenção desses pacientes com HAS e DM, decidimos então iniciar reuniões com os pacientes portadores de DM e/ou HAS, sendo realizadas quinzenalmente e os convites feitos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante suas visitas ao domicílio da população geral, convidando os pacientes portadores dos agravos citados.

Quando são feitos os convites à comunidade, as ACS informam aos pacientes que devem ir à reunião em jejum e que ao chegar será medida sua glicemia e verificada sua Pressão Arterial (PA). Após esse preparo inicial a equipe oferece um café da manhã com oferta de uma grande diversidade de frutas aos pacientes, já iniciando a reunião explicando uma das abordagens básicas para o bom controle e manejo das patologias dos pacientes, que é a alimentação saudável, rica em frutas. Nesta reunião abordamos além da alimentação, o incentivo à realização de atividade física e uso correto das medicações.

Fazemos as reuniões em forma de roda de conversa, onde eu enquanto médico da equipe e a enfermeira abordaram os temas, colocando apresentação em slides dinâmicos, com fotos e ilustrações. Basicamente cada semana tem um tema pré-estabelecidos como, por exemplo, o tema que discorreu sobre a alimentação saudável, podendo os pacientes tirar

dúvidas, expor dificuldades e até mesmo, outros pacientes colocarem possíveis soluções para a problemática. Dessa forma fazemos um controle e cuidado geral das patologias em questão.

De uma forma mais pessoal e específica, usamos os dados coletados antes da reunião, medida de glicemia e PA, para selecionar os pacientes que deverem ser atendidos com certa prioridade. Pacientes com alterações nesses exames são selecionados para ser atendidos em até duas semanas (na primeira reunião, por ter uma demanda menor, esses paciente foram atendidos na semana posterior), sendo ainda orientados a voltar diariamente na unidade para fazer medição dos dados alterados (PA e/ou Glicemia).

A consulta era baseada nas medidas de PA e/ou Glicemia, onde fazemos um ajuste de medicamentos, aumentamos a quantidade de informações sobre hábitos saudáveis e se necessário encaminhamos para serviço especializado. Vou expor aqui o caso do seu João (nome fictício), paciente diabético e hipertenso há 3 anos, seus exames pré-reunião foram PA 160 x 100 mmHg, Glicemia 180, foi selecionado para atendimento em uma semana. Paciente veio fazendo controle de glicemia PA ao longo da semana, variação de Pressão Arterial Sistólica 170 a mais elevada e 120 a mais baixa; Pressão Arterial Diastólica 120 a mais elevada e 80 a mais baixa; Glicemia 196 a mais elevada e 158 baixa. Paciente em uso de Losartana 50 mg. pela manhã e Hidroclorotiazida 25 mg pela manhã, Metformina 500 mg após almoço. Ao longo da consulta o paciente relata fazer uso eventual da medicação por não apresentar sintomas da doença. Expliquei ao paciente que era de fundamental importância o uso regular da medicação independente dos sintomas, que as doenças que o mesmo era portador, são doenças de curso assintomático no início do quadro, porém tendo repercussão ruim se não tratada corretamente. Criamos um vínculo, de fundamental importância no processo saúde doença e principalmente, nessas patologias que o paciente não tem sintomas. Na segunda reunião o paciente já retornou com níveis pressóricos e glicemia dentro do esperado.

Baseado nesse paciente e em outros que são recorrentes fizemos a temática da segunda reunião, que é o fato de HAS e DM serem patologias assintomáticas ou com poucos sintomas do início, mas que tem repercussões desastrosas ao longo do tempo se não tratada e controlada de forma eficaz. Tivemos ainda a colaboração de senhor “João” dando seu depoimento e incentivando outros pacientes na adesão do tratamento.

No início das reuniões tivemos baixa demanda dos participantes, por mais que a ACS buscassem ativamente os paciente, eu e a enfermeira convidasse durante nossos atendimentos. Porém na segunda reunião já tivemos uma demanda maior, a meu ver os pacientes estão se convidando para vir às palestras. Espero que nas próximas atividades a equipe consiga sempre aumentar a demanda de participantes. Outra dificuldade que tivemos foi relacionada à questão financeira, de modo que todas as reuniões têm um custo, principalmente com as frutas do café da manhã saudável, e com as fitas para medir glicemia dos pacientes. Porém esses gastos financeiros estão sendo rateado entra a equipe e até mesmo com a colaboração dos pacientes. Sendo este um ponto que deve ser mais bem trabalhado e aprimorado para manutenção das nossas reuniões.

Minha expectativa e da minha equipe 43, como interventores em uma grande temática, como essa abordada, é que de uma forma simples e com ajuda da própria população possamos prevenir e melhorar a qualidade de vida dos pacientes da comunidade acolhida pela equipe e estamos tentando fazer com que nossa intervenção cresça e seja feita juntamente com as outras equipes da UBS de Nova Natal, sendo feitas reuniões semanais com a presença de duas equipes por semana. Temos ainda expectativa de conseguir outras profissionais para colaborar com nossas reuniões, como educador físico e nutricionista, visto que nossa UBS não tem apoio de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASf), buscamos ainda apoio financeiro ou mesmo alimentos (frutas) e produtos (fitas para medir glicemia) em supermercados e farmácias da região, visando a autossuficiência da nossa microintervenção.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE: UM GRANDE TERRITÓRIO NECESSITANDO DE PEQUENAS, PORÉM, IMPACTANTES INTERVENÇÕES.	Foram utilizados O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e o instrumento de Autoavaliação (AMAQ) para realizar um levantamento fidedigno do serviço prestado à população, bem como da identificação de pontos frágeis da equipe no fornecimento desses serviços.	Esse momento possibilitou conhecer as reais e principais fragilidades da equipe e da unidade de saúde como um todo. Foi possível, também traçar metas e estratégias de melhoria dos serviços fornecidos, bem como tornar todos da equipe mais atuantes e responsáveis pelas ações e modificações que precisam ser realizadas com o intuito de fornecer o melhor atendimento.	Fortalecer os pontos positivos e dar continuidade, aos mesmos, e propor medidas que permitam ajustar os indicadores que possuem deficiência na demanda da equipe.
ACOLHIMENTO, FERRAMENTA ESSENCIAL NO MELHOR ATENDIMENTO AO USUÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA.	Relatar a experiência piloto de uma Unidade Básica de Saúde em acolhimento. Relatamos como foi iniciada e como foi a aceitação dos profissionais e da população diante dessa reorientação da	São feitas reuniões semanais para discussão e aprimoramento do Acolhimento. Com a rotina semanal das reuniões técnicas percebo que o acolhimento vem apresentando	Para efetivação do processo de acolhimento em todas as unidades de saúde, é fundamental que haja capacitação de todos os profissionais, bem como ambiente adequado, profissionais

		Atenção Básica priorizada pelo SUS.	mudanças importantes durante esses meses. O processo vem apresentando adaptações cada vez mais eficazes e resolutivas de acordo as demandas. A troca de experiências entre os profissionais enriquece ainda mais as discussões e promove melhor oferta dos serviços.	acolhedores e dispostos a ouvir e prestar serviço de qualidade. Dessa forma, deve-se ter continuidade com as reuniões técnicas, sempre fortalecendo os pontos positivos e observando as falhas e pontos negativos, devendo esses ser modificados.
IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR REPRODUTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA	DO E NA	Inicialmente a equipe realizou um levantamento do número de pré-natais realizados, dentre as pacientes, utilizando os dados do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que questiona o planejamento da gestação (se é gestação planejada), vimos que tinha um número elevado de gestação não planejada. Diante desses dados a equipe decidiu intervir nessa problemática, orientando a princípio a colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU) no pós-parto imediato.	Os resultados são para longo prazo, pois envolve alguns conceitos e pré-conceitos em relação à colocação de DIU, porém já começamos ver algumas mudanças no pensamento dessas gestantes, que durante as palestras mostraram interesse no procedimento.	Temos como plano de continuidade abordar em todos os pré-natais e em palestras com gestantes a orientação e o questionamento sobre o desejo de colocar ou DIU em pós-parto imediato.

<p>OS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>Observamos com a utilização da avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ) alguns pontos frágeis da minha equipe, 43 da Unidade de Nova Natal. Os dados dos pacientes que sofriam de algum transtorno mental eram feitos em um livro da equipe e não havia, com precisão, as patologias e os medicamentos que faziam uso nem a atualização regular dos dados. Criamos uma planilha em que pudéssemos organizar de forma mais rápida e precisa os atendimentos realizados à saúde mental, composta por nome de paciente, patologias diagnosticadas, medicações em uso e início do tratamento.</p>	<p>Percebi com os casos como os pacientes de saúde mental são mal conduzidos na atenção básica. Existe certo receio ou até mesmo preconceito por parte de todos os profissionais de saúde em acolher e ouvir esses usuários. Dessa forma, instituir uma prática adequada de saúde mental na equipe exige esforço e quebra de paradigmas. Exige acolhimento integral desse usuário com a equipe e com o cuidado continuado.</p>	<p>Para darmos continuidade a esta intervenção necessitamos de mais capacitação, principalmente nos temas corriqueiros da saúde mental como transtornos ansiosos (Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico), transtornos depressivos (Depressão Bipolar e Depressão Unipolar), transtornos psicótico (Esquizofrenia) e suicídio. Devemos ainda ter capacitação no atendimento geral do paciente psiquiátrico (as peculiaridades dos pacientes), que a maioria das equipes tem dificuldade de atender e acolher esses pacientes.</p>
<p>SAÚDE DA CRIANÇA: IMPORTÂNCIA DO CUIDADO CONTINUADO NA ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>Nesta intervenção partimos da problemática que a equipe estava há alguns anos sem médico e os atendimentos de Crescimento e Desenvolvimento eram feitos pela enfermeira da equipe, o que não</p>	<p>Realizamos uma ação na escola ao lado da unidade a fim de buscar maior quantidade dessas crianças que estão com alteração no IMC e foram marcadas consultas regulares para essas crianças, fazendo</p>	<p>Fortalecer a importância das consultas em Crescimento e Desenvolvimento infantil de forma que consigamos fazer o mais precoce possível alterações e doenças nas crianças assistidas pela equipe.</p>

	<p>condiz com os Cadernos de Atenção Básica. Tomamos como base inicial a avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da atenção (PMAQ) alguns pontos frágeis na minha equipe 43 da Unidade de Nova Natal foram perceptíveis. Durante as consultas/intervenção pude notar que algumas crianças estavam acima do peso (baseado no Índice de Massa Corporal, IMC, para idade) e juntamente com a equipe fizemos a intervenção.</p>	<p>abordagem em alimentação, atividade física e buscando possíveis alterações neurológicas ou endocrinológicas ou metabólicas que estivessem acarretando nesse IMC.</p>	
<p>COMO PREVENIR E CONTROLAR AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE BRASILEIRAS?</p>	<p>Juntamente com minha equipe de atenção básica, equipe 43, da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova Natal, várias falhas na atenção dos pacientes com HAS e DM, foram observadas e decidimos então iniciar reuniões com os pacientes portadores de DM e/ou HAS, sendo realizadas quinzenalmente e os convites feitos pelos Agentes</p>	<p>No início das reuniões tivemos baixa demanda dos participantes, por mais que a ACS buscassem ativamente os paciente, eu e a enfermeira convidasse durante nossos atendimentos. Porém na segunda reunião já tivemos uma demanda maior, a meu ver os pacientes estão se convidando para vir às palestras. Espero</p>	<p>Minha expectativa e da minha equipe 43, como interventores em uma grande temática, como essa abordada, é que de uma forma simples e com ajuda da própria população possamos prevenir e melhorar a qualidade de vida dos pacientes da comunidade acolhida e estamos tentando fazer com que nossa intervenção cresça e seja feita juntamente com as outras equipes da UBS de Nova Natal, sendo feitas</p>

	<p>Comunitários de Saúde (ACS) durante suas visitas ao domicílio da população geral. Desta forma criamos um vínculo com esses pacientes, melhorando a adesão do tratamento e o controle das patologias.</p>	<p>que nas próximas atividades a equipe consiga sempre aumentar a demanda de participantes. Tendo como resultados diminuição da demanda desses pacientes por consultas em acolhimento e até mesmo ida dos mesmos em prontos-socorros.</p>	<p>reuniões semanais com a presença de duas equipes por semana. Temos ainda expectativa de conseguir outras profissionais para colaborar com nossas reuniões, como educador físico e nutricionista, visto que nossa UBS não tem apoio de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASf).</p>
--	---	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da especialização foram feitas 6 micro intervenções e foi imensa a evolução que tive como médico e que minha equipe teve a nível de atenção básica. Foram meses de muita dificuldade, muitas experiências boas, crescimento emocional e técnico.

Iniciamos com a microintervenção de observação da unidade de saúde, utilizando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e o instrumento de avaliação (AMAQ) de forma que fizemos um levantamento de como estava sendo prestado nosso serviço à população adscrita em nosso território. Com essas avaliações vimos, e vemos diariamente como é difícil colocar em prática o que está no papel, com um sistema de saúde dispondo de limitado recurso financeiro e da falta de profissionais. Estamos diariamente tentando fortalecer os pontos positivos que a equipe demonstrou nas avaliações de PMAQ/AMAQ e fazendo as modificações, dentro das nossas limitações, nos pontos negativos e deficitários, da forma que venha gerar bons frutos nos indicadores de saúde em nosso território.

Seguimos com a microintervenção sobre acolhimento, nessa temática foi realizado um relato de experiência, pois nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova Natal, em Natal RN é uma UBS piloto na capital em se tratando de Acolhimento a demanda espontânea. Foi relatado como são feitos esses acolhimentos, como são feitas as trocas de experiência entre os trabalhadores da UBS e como podemos fazer para aprimorar esse Acolhimento. De forma satisfatória esse acolhimento veio tendo bons resultados, com diminuição do número de consultas em médio prazo, diminuição da procura desses usuários às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). A perspectiva é que continuem as capacitações e reuniões periódicas dos trabalhadores da UBS para que possamos oferecer serviço de qualidade aos usuários.

Outra microintervenção, com temática de grande importância na atenção Básica, foi relacionada ao planejamento familiar / pré-natal, na qual a problemática surgiu ao longo dos pré-natais os quais a grande maioria das gestantes não desejava estar grávidas. Iniciamos com orientações sobre contracepção, que a maioria tinha pouco conhecimento e foram observadas ótimas oportunidades, dentro da indicação/contraindicação de cada

paciente, da inserção de DIU no pós-parto imediato. Durante as palestras as pacientes mostraram-se interessadas no método e algumas já relatando o desejo se fazer tal procedimento. Vimos com bons olhos essa microintervenção, o que no futuro próximo já pode gerar bons frutos com a diminuição das gestações não desejadas.

Um grande problema da saúde como um todo é a saúde mental, e não seria diferente na saúde básica, muito menos em nossa equipe, situada em área de vulnerabilidade socioeconômica (um dos principais motivos do adoecimento mental da população). Dessa forma o capítulo orienta intervir nesses pacientes. Durante as reuniões de equipe, foi observado a dificuldade de lidar com esses pacientes, tínhamos que ver uma forma sistematizada e acolhedora de atendê-los, como priorizar quem estava mais necessitado que pudesse esperar mais alguns dias. Dessa forma fizemos um levantamento, em planilha, desses pacientes, quais medicações e quantas os mesmos faziam uso, quais patologias foram previamente diagnosticadas e quanto tempo. Observamos que alguns estavam com excesso de medicação e alguns estavam afastados da unidade (muitas vezes os familiares somente buscar as receitas), decidimos acompanhar mais detalhadamente esses pacientes tentando diminuir seus sofrimentos emocionais e patológicos.

Um enfoque que teve destaque na especialização foi a atenção voltada ao Crescimento e Desenvolvimento (CD) das Crianças. Partimos da problemática que a equipe estava há alguns anos sem Médico, tendo muitas crianças sem essa atenção. Observamos que algumas crianças, quando procuravam atendimento por queixas diversas, apresentavam IMC alterado para idade e sexo. Dessa forma tentamos colher os dados da maior quantidade possível de crianças e verificar presença de obesidade nelas. Usamos para coleta a escola ao lado da unidade, crianças com IMC elevado para idade tinham consultas marcadas e acompanhamento com foco principal em alimentação e atividade física.

Sendo as condições que mais causam morbimortalidade no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) não poderiam ficar de fora dessa abordagem da atenção básica. Nessa microintervenção foi baseada em palestras quinzenais e fortalecimento de vínculo com os pacientes portadores de HAS e DM2 de nossa equipe, sendo esses pacientes convidados pessoalmente pelos ACS. Nas palestras são verificadas Pressão Arterial e Glicemia aleatória, sendo abordados temas como alimentação saudável, atividade física, diminuição de estresse e tomada de medicação. Concluímos as palestras

com um saudável café da manhã. A proposta é que essas reuniões continuem, passando a ser semanalmente com a presença de outras equipes da UBS.

A perspectiva é que possa continuar colocando em prática diariamente os conceitos aprendidos e aprimorados nesta especialização e que as microintervenções possam continuar sendo feitas, que eu possa passar os conhecimentos para outras pessoas não abordadas inicialmente, que a equipe possa se tornar uma propagadora de conhecimento para assim melhorar cada vez mais o atendimento a essa população tão carente socioeconômica e emocionalmente.

REFERÊNCIAS

- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. **A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde de Família em São Carlos, São Paulo.** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36. n.1 p. 10-17, Jan/Abr. 2011
- Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. In: **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** [Cadernos de Atenção Básica, nº 33]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: **Manual para uso da caderneta de saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ms, 2009.
- BRASIL. Congresso. Senado. PORTARIA Nº 3.265. **Ampliação do Acesso Ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (diu de Cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus).** Brasília, 1 dez. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
- CARVALHO C.A.P, et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde.** 2008 abr/jun; 15(2):93-5.
- COSTA, Sarah Hawker. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.187-206, abr. 1989. Semestral.
- COUTINHO, Larissa Rachel Palhares. Acolhimento na atenção primária á saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>>. Acesso em: 20 de mai. 2018
- 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.
- MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 16, n. 5, p.2549-2558, maio 2011. FapUNIFESP (SciELO).
Mental - ano III - n. 5 - Barbacena - nov. 2005 - p. 33-42
- REYES, Marlenis Dieguez. **Qualidade de Vida Saúde Mental: Cuidados Primários de Saúde na Unidade Básica de Saúde "Vila Cristina" Município de Betim - Minas Gerais.** 2015. 37 f. Tese (Doutorado) - Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade de Minas Gerais, Betim, 2015.
- ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede publica do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde.** Brasília: 2010.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet,** London, 9 maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
-

SILVA, Ana Carolina Ribeiro. **Planejamento familiar na Atenção Básica de Saúde:** Um plano de ação para promoção de saúde. 2014. 26 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade de Minas Gerais, Formiga, 2014.

VIERO, Reno Ortega et al. Atividade de grupo como acesso ao planejamento familiar. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Não use números Romanos ou letras, use somente números Arábicos., 2014, Gramado. **Anais...** . Gramado: Sbmfc, 2014. v. 1, p. 1 - 46.
