



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 NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SENADOR HÉLIO CAMPOS, EM BOA VISTA - RORAIMA:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES

KELLY KARINE FRAGA VIEIRA

NATAL/RN
2018

**MICROINTERVENÇÕES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SENADOR HÉLIO CAMPOS, EM BOA VISTA - RORAIMA:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

KELLY KARINE FRAGA VIEIRA

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 (a): ISABELLE KATHERINNE
FERNANDES COSTA**

DEDICATÓRIA (

A minha família e amigos pelo apoio incondicional e paciência nos momentos de ausência.

(Elemento Opcional)
AGRADECIMENTOS

A Deus pela maravilhosa dádiva da vida.

À facilitadora pedagógica Romanniny Almino por sua orientação, paciência e boa vontade em me ajudar com suas sugestões, críticas e incentivos.

À minha UBS Senador Hélio Campos por ter oportunizado a realização do trabalho com os pacientes.

RESUMO

Trata-se do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da especialização em saúde da família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 2018.

Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, por meio de seis microintervenções, realizadas no período de fevereiro a outubro de 2018, na Unidade Básica de Saúde (UBS) - Senador Hélio Campos (SHC), localizada em Boa Vista – Roraima. Essa Unidade é uma das 35 UBSs do município. As microintervenções realizadas no decorrer desta especialização levou a refletir sobre a importância da atenção básica na melhoria da qualidade de vida da população nas cidades brasileiras e evidenciaram que as estratégias para organização e melhoria dos serviços ofertados precisam ser constantes e, sobretudo, eficientes.

A baixa adesão da população nas atividades de educação em saúde promovidas pela equipe é a principal dificuldade identificada e avaliada.

As principais potencialidades encontradas foram: força de vontade e disponibilidade de toda a equipe da UBS na realização de atividades que promovam educação em saúde, conscientizando-os de que o melhor remédio é a prevenção.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde da Família; Microintervenções; Educação em Saúde; Prevenção.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
CAPÍTULO 1: Observação na Unidade saúde.	8
CAPÍTULO 2: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....	11
CAPÍTULO 3: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	15
CAPÍTULO 4: Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde Senador Hélio Campos.....	18
CAPÍTULO 5: Acompanhamento de pacientes com transtornos mentais na UBS	25
CAPÍTULO 6: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.....	32
CAPÍTULO 7: Monitoramento e Avaliação	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho se trata de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Senador Hélio Campos (SHC), criada em 08/05/2002 localizada na área periférica de Boa Vista – Roraima.

A UBS possui duas equipes de saúde, sendo cada uma composta por um médico (a), um enfermeiro (a), um técnico (a) em enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além destes profissionais, atuam também uma vacinadora, uma recepcionista e uma farmacêutica que atendem à demanda de ambas as equipes.

A UBS possui uma estrutura física distribuída em dois andares. No primeiro andar é realizado todo o atendimento para a população e possui três salas de atendimento utilizadas por dois enfermeiros e dois médicos. Não temos uma sala fixa para os atendimentos, pois há necessidade das salas serem divididas entre os quatro profissionais.

Há também uma sala para vacina, uma para triagem e uma para a farmácia. A UBS conta ainda com dois banheiros (um para os profissionais e outro para a comunidade) e uma recepção, onde ficam os prontuários organizados em prateleiras.

A população atendida pelas duas equipes está dividida por bairros (SHC e Jardim Tropical) e há bairros adjacentes (Sílvio Botelho, Aracelis, São Bento, Raiar do Sol), fora da área de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que também são atendidos pelas equipes, o que resulta em aumento da demanda e dificuldade de controle da população atendida. A distribuição da população está mal organizada, pois algumas ruas próximas à unidade pertencem às áreas descobertas e outras ruas distantes da unidade, pertencentes a área de cobertura, poderiam ser atendidas por outras unidades que ficam mais próximas.

Com o objetivo de aprimorar e tornar mais eficiente os atendimentos realizados em nossa UBS, as microintervenções foram realizadas por etapa e serão descritas abaixo:

Capítulo 1 - auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade de atendimento dentro da nossa UBS junto à comunidade usuária. Devido a sua importância e pontuação inferior a 5, escolhemos a HAS.

Capítulo 2 - implantação do acolhimento com classificação de risco na UBS Senador Hélio Campos.

Capítulo 3 - promoção de ações educativas para homens e mulheres com vida sexual ativa sobre a decisão de ter filhos, com o objetivo de prevenir uma gravidez indesejada e planejar o momento ideal para a chegada dos filhos, garantindo o bem-estar, tanto da criança quanto do casal.

Capítulo 4 - avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças até 2 anos de idade através da puericultura.

Capítulo 5 - atenção especial aos pacientes com transtornos mentais, em uso de psicotrópicos.

Capítulo 6 - ênfase à HAS e DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) possibilita às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) a busca pela excelência no atendimento à comunidade e, pensando nisso, entre os dias 19 e 24 de abril nossa equipe de saúde se reuniu para discursão sobre melhorias de atendimento dentro da nossa UBS junto à comunidade usuária através da autoavaliação referente ao AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade). Ao fazermos essa autoavaliação, identificamos inúmeros problemas e dificuldades. Dentre eles, devido a sua importância e pontuação inferior a 5, escolhemos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para fazermos uma microintervenção.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular (MORAES; AVEZUM JUNIOR, 2012). Na nossa UBS, observamos a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto. Pensando nisso, optamos por construir um projeto de intervenção tendo como objetivo aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes idosos adscritos na UBS.

Definimos como meta, garantir ações de conscientização para os idosos hipertensos de maneira que o cuidado e controle possam ter resultados satisfatórios, favorecendo a qualidade de vida dos nossos idosos.

Para alcançar nossos resultados, precisaremos do apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da gestão da UBS, pois usaremos como estratégias a atualização do cadastro dos idosos hipertensos e a criação de grupos de educação e saúde.

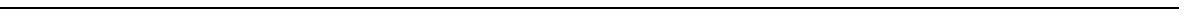
Dentre as atividades a serem desenvolvidas estão: levantamento do número de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos e do número de pacientes com HAS para determinação da prevalência da hipertensão; capacitação da equipe para educação e saúde na UBS e domicílio sobre o autocuidado de pacientes hipertensos para o controle da pressão arterial, realização de atividades recreativas na UBS e na comunidade, no mínimo 1x por mês, para possibilitar a socialização do conhecimento e troca de experiência; prática de atividade física nas

academias ao ar livre, em parceria com a secretaria municipal de saúde; realização de caminhadas coletivas por pelo menos 2x por semana.

Os recursos necessários para o desenvolvimento dessas atividades serão: ficha B do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para cadastro e acompanhamento dos pacientes; convites para os idosos hipertensos participarem das ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da comunidade para Mudança do Estilo de Vida (MEV); definição de um dia na semana para atendimento diferenciado para o grupo de idosos hipertensos para classificação de risco cardiovascular (consulta com solicitação de exames laboratoriais e imagem); sala de reunião adequada e suficiente para atender a demanda.

Com isso, esperamos conseguir uma equipe capacitada e envolvida no processo de educação dos idosos hipertensos para o controle da pressão arterial através da MEV; determinar a prevalência de HAS na ESF Senador Hélio Campos (SHC); tornar os idosos comprometidos com a MEV.

Escolhemos como mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados o registro na prevalência da HAS em idosos na ESF SHC, a frequência dos idosos hipertensos nas atividades coletivas, a assiduidade dos mesmos nas consultas de rotina e a manutenção dos níveis pressóricos desejados na população idosa hipertensa.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Acolher, como definição, significa aceitar, receber, amparar, apoiar e, portanto, manifesta uma ação de aproximação, de “estar próximo”, um ato de inclusão.

Segundo Brasil (2004), o acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização da equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável.

Ao acolher, buscamos relações interpessoais com base na empatia - diretriz ética da Política Nacional de Humanização do SUS! Ética no sentido de compromisso em entender e dividir as responsabilidades seja nas diferenças, nas dores, nas angústias, nas dúvidas, nas alegrias como nos planos de felicidade daqueles que procuram nossa assistência para si ou familiar (ESTECHE, 2018).

A ação de acolher é diferente e bem maior que simplesmente triar. Só o acolhimento permite a inclusão, pois avalia sob a ótica das vulnerabilidades e organiza as demandas programadas e as imprevistas. Diferente da triagem que tem como objetivo a exclusão: “quem não deveria estar aqui” (ESTECHE, 2018).

O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta que, além de garantir atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, propicia informações aos usuários sobre sua condição de saúde e o tempo de espera; promove o trabalho em equipe; melhora as condições de trabalho aos profissionais de saúde por meio da discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumenta a satisfação dos usuários e fomenta a pactuação entre os serviços da rede assistencial (BRASIL, 2009).

Os primeiros dias de implantação do acolhimento com classificação de risco na minha Unidade Básica de Saúde - UBS foram bem difíceis, tanto pela dificuldade de os funcionários acolherem inúmeros usuários, quanto pela resistência dos pacientes de serem reagendados em queixas consideradas menos urgentes. Um paciente que procura a unidade de forma espontânea por achar que precisa de um “exame de rotina” ou para “trocar uma

receita vencida” pode ser encaminhado para o agendamento programado, e não necessariamente ser atendido naquele momento, principalmente se a demanda espontânea do dia estiver sobrecarregando o serviço. Sob essa ótica, percebemos o quão enorme é o grau de insatisfação do paciente ao procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) em busca de uma consulta médica naquele momento e, por ser um caso pouco urgente, é agendado para outro dia.

Ao procurarem a UBS os pacientes almejam ser atendidos no mesmo dia, o que muitas vezes não é possível devido à grande demanda, sendo necessário a avaliação caso a caso e classificando de acordo com as queixas apresentadas. Infelizmente não podemos atender toda a demanda diária, pois se assim fosse, perderíamos a qualidade do atendimento e o principal objetivo da atenção básica que é atuar na prevenção e promoção de saúde.

Percebe-se que são vários os fatores que podem interferir na prática do acolhimento, tais como, a inadequação da área física, a maior sobrecarga de trabalho, o pouco apoio institucional às experiências novas e a redução/inadequação das atividades de prevenção. Outras dificuldades são relevantes: a demanda excessiva de usuários; a falta de médicos nas instituições de saúde; a dificuldade de acesso dos usuários às consultas especializadas e odontológicas; a demanda reprimida de usuários e a falta de medicamentos e materiais (BECK; MINUZI, 2008).

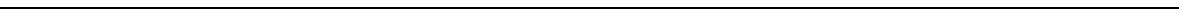
Em nossa Unidade Básica de Saúde Senador Hélio Campos o acolhimento, baseado no protocolo de Manchester (ilustrado na tabela abaixo), funciona da seguinte forma: o médico e o enfermeiro acolhem pela manhã das 08:00 as 09:30 e pela tarde das 14:00 as 15:30. Após os horários do acolhimento o médico começa a atender os pacientes agendados. A demanda diária que procura atendimento médico é quase sempre de 30 pacientes por turno. Procuramos agendar 8 pacientes por dia, não ultrapassando o período de 7 dias para o atendimento médico desses pacientes agendados.

	VERMELHO	Emergência	0 minutos
	LARANJA	Muito urgente	10 minutos
	AMARELO	Urgente	60 minutos
	VERDE	Pouco urgente	120 minutos
	AZUL	Não urgente	240 minutos

Considerando-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva promover uma abordagem integral do indivíduo e que há uma crescente demanda nos serviços de atenção básica, é necessário buscar alternativas que priorizem o atendimento àqueles usuários com maior gravidade, no sentido de diminuir os riscos advindos do tempo de espera para o atendimento (BRASIL, 2004).

Ressalte-se, assim, a importância da implantação da classificação de risco, que consiste em um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de cuidados imediatos, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, viabilizando um atendimento rápido e efetivo.

Assim, percebemos que o processo de acolhimento é fundamental e necessário para organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010). E como a atenção básica representa porta de entrada à comunidade aos serviços de saúde é essencial proporcionar atendimento acolhedor para diminuir as desigualdades e promover cuidado integral à comunidade.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

Na UBS Senador Hélio Campos promovemos ações educativas, para homens e mulheres, sobre a decisão de ter filhos, com o objetivo de prevenir uma gravidez indesejada e planejar o momento ideal para a chegada dos filhos, garantindo o bem-estar, tanto da criança, quanto do casal – planejamento familiar. A decisão sobre ter filhos é um direito de todas as pessoas. O Estado tem o dever de fornecer acesso a todas as informações educacionais para garantir que essa decisão seja tomada com toda a responsabilidade e segurança.

Ofertamos métodos contraceptivos básicos à população como métodos de barreira (camisinha masculina e feminina), anticoncepcional hormonal oral (Ciclo 21), anticoncepcional hormonal injetável (Noregyna e Demedrox), Dispositivo Intrauterino (DIU), pílula do dia seguinte (emergência) e os definitivos (laqueadura tubária – mulheres e vasectomia – homens).

Após a positividade dos testes rápidos a equipe realiza notificação e encaminhamento adequados dos casos diagnosticados de HIV. O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de atenção básica em realizar os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e sífilis junto ao Departamento de DST-Aids e Hepatites Virais, no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e seus parceiros sexuais.

As DSTs diagnosticadas como sífilis, tricomoníase, gonorreia, clamídia, herpes genital são tratadas adequadamente. Seguimos sempre o protocolo do Ministério da Saúde.

Realizamos busca ativa das gestantes da área, inclusive adolescentes.

Fazemos levantamento periódico das gestantes do bairro, incluindo também as que fazem pré-natal em serviço privado.

Preenchemos adequadamente a caderneta da gestante e solicitamos todos os exames complementares recomendados.

Orientamos quanto aos cuidados nutricionais na gestação, sobre a importância de retornar para a consulta de puerpério e sobre a amamentação. Assim como, estimulamos hábitos de vida saudáveis.

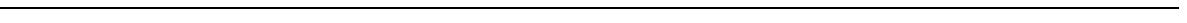
Após o levantamento realizado pelos profissionais da Unidade Básica Senador Hélio Campos, relacionado à saúde sexual e reprodutiva do bairro identificamos o elevado número

de gestantes com gravidez não planejada, gravidez na adolescência, início tardio do pré-natal.

A partir daí, percebemos a falha em não discutirmos em grupo conteúdos sobre diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs, especialmente com os adolescentes.

Com a identificação desses problemas, a equipe decidiu organizar grupos de gestantes para abordarmos a importância do uso de preservativos no período pré-concepcional, evitando uma gravidez indesejada; durante a gravidez evitando uma transmissão vertical; e, no puerpério, evitando intervalos interpartais curtos e multiparidade.

ATENÇÃO! INCLUIR FOTOS DE PACIENTES EM SEU RELATO é imprescindível que os rostos dos participantes deverão estar preservados, assegurando a privacidade e não identificação CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.



CAPÍTULO IV: Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde Senador Hélio Campos

Para que a criança cresça e se desenvolva bem, é fundamental que a equipe de saúde da família acompanhe regularmente o crescimento e desenvolvimento de todas as crianças identificadas no território, seguindo o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde: sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês), duas consultas no segundo ano de vida (18º e 24º mês) e, a partir do segundo ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês de aniversário (BRASIL, 2013a). Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitam de maior atenção devem ser vistas com maior frequência e a depender da necessidade, são encaminhadas para serviços especializados (CERNUTRI – Centro de Recuperação Nutricional Infantil, pediatra, emergência) (BRASIL, 2013a).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Senador Hélio Campos, o crescimento e desenvolvimento da criança são avaliados nas consultas de puericultura, em que o médico sempre realiza a primeira consulta, fazendo uma anamnese mais completa que abrange tipo e local do parto; peso, altura e perímetro cefálico (PC) ao nascer; idade gestacional; Apgar; avaliação das vacinas; testes realizados ainda na maternidade (pezinho, orelhinha, olhinho, coraçãozinho); intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados; dieta (leite materno exclusivo ou mista); exame físico geral e específico (neurológico, aparelho respiratório, aparelho cardiovascular, abdome, extremidades). O enfermeiro dá seguimento às demais consultas de puericultura.

Em todas as consultas de rotina, avaliamos, orientamos e registramos (prontuário e caderna de saúde da criança) a anamnese, o exame físico, o peso, a altura, o perímetro cefálico (até 2 anos de vida), a alimentação e as vacinas.

Uma das dificuldades encontradas por nossa unidade é realizar a consulta da 1ª semana de vida (visita domiciliar), principalmente porque dependemos muito dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que acabam nos trazendo a informação de que a paciente já teve bebê muito tardiamente e também porque as puérperas dificilmente se deslocam até a unidade na primeira semana de vida do recém-nascido.

A primeira semana de vida é um período crítico e de grande vulnerabilidade para o Recém-Nascido (RN). A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral das Crianças e Redução da Mortalidade Infantil prevê, em sua linha de cuidado “Atenção humanizada e qualificada

à gestante e ao recém-nascido”, a realização da ação Primeira Semana de Saúde Integral. Do 3o ao 5o dia de vida do bebê, mãe e filho devem ser avaliados no domicílio ou na unidade de saúde da família (BRASIL, 2005).

Já que nossa UBS não possui uma atividade exitosa, elaboramos uma estratégia para diminuir o número de consultas não realizadas na primeira semana de vida do bebê: todas as gestantes com idade gestacional a partir de 37 semanas, que faltarem a consulta de pré-natal irão receber uma ligação para justificar a ausência.

A proposta é que a primeira consulta ocorra na visita domiciliar. A visita domiciliar no 5o dia de saúde integral da mãe e do bebê aproxima a equipe de saúde do contexto de vida das famílias, oportunizando vínculos importantes sendo um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, dessa forma, atividades educativas e mais humanizadas (FERRAZ; AERTS, 2005).

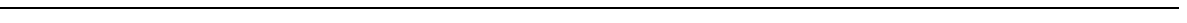
A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica, devendo ser realizada não somente na semana de saúde integral, mas diante das necessidades identificadas. Um estudo evidencia ainda que tal prática e as atividades que envolvem bebês e crianças em geral são as atividades preferidas dos agentes comunitários de saúde (FERRAZ; AERTS, 2005).

Óbitos em crianças na primeira infância, que corresponde à faixa etária de 0 a 2 anos, considerada primeiríssima infância, estão intimamente relacionados às más condições sociais, econômicas, biológicas, ambientais e de saúde materna e infantil. As principais causas dessas mortes são as doenças perinatais, prematuridade da gestação, anóxia neonatal e infecções, decorrentes da ineficiência do pré-natal, parto e nascimento. Esses agravos, em sua maioria, podem ser identificados e evitados com ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CECCON et al., 2014).

Assim, percebemos que uma boa assistência à criança, é a principal maneira de se prevenir alterações de crescimento e desenvolvimento. Essas alterações, quando presentes, podem ser causa ou consequência de doenças e a equipe de Saúde da Família tem um papel fundamental nesse acompanhamento.

ATENÇÃO! INCLUIR FOTOS DE PACIENTES EM SEU RELATO é imprescindível que os rostos dos participantes deverão estar preservados, assegurando a privacidade e não

identificação CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.



CAPÍTULO V: Acompanhamento de pacientes com transtornos mentais na UBS

Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008a).

Dados fornecidos por estudo realizado pela Universidade de Harvard indicam que, das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo (MURRAY E LOPEZ, 1996 apud BRASIL, 2003).

Por volta dos anos 70, no Brasil, foi instituída a Reforma Psiquiátrica que visava abolir a exclusão instituída em asilos e priorizar os direitos do doente mental e sua cidadania. Assim, buscava-se um novo modelo organizado para remodelar o tratamento desses pacientes (TENÓRIO, 2002)

Na década de 80, ampliou-se ainda mais os cuidados em saúde mental com o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um ambiente acolhedor, responsável por oferecer suporte ajudando o paciente se superar e facilitando a inclusão social (SALLES; BARROS, 2014).

O CAPS é um serviço estratégico para promover a desospitalização, aqui entendida enquanto oferta de serviços territoriais, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, os CAPS e a oferta de serviços na abordagem psicossocial não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do país.

Em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio ao Programa Saúde da Família - Núcleos de Atenção à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008b).

Entretanto, muito ainda precisa ser feito para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental.

Após o redirecionamento de ações prioritárias em saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica e por ser porta de entrada dos usuários, no Sistema Único de Saúde (SUS), a

Atenção Básica em Saúde passou a ter papel estratégico no cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013).

Embora todas essas ferramentas existam no papel, no dia a dia, dentro da UBS, as coisas não acontecem como deveriam.

Ao realizamos essa microintervenção percebemos o quanto é negligenciada a saúde mental. Ainda não tínhamos um instrumento que mapeasse todos os usuários de psicotrópicos, o que facilita bastante o acompanhamento mais efetivo, dando uma atenção especial tanto nas consultas, como nas visitas domiciliares. E assim, diminuir a frequência desses pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) somente para renovar a receita do medicamento. Realizamos a construção do instrumento para monitoramento dos pacientes em uso de psicotrópicos.

PACIENTES EM USO DE PSICOTRÓPICOS

**UBS SENADOR HÉLIO CAMPOS
BOA VISTA - RORAIMA**

PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ENDEREÇO	MEDICAMENTO (posologia)	FAZ USO DE ALCOOL?	FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS?	DATA DA ÚLTIMA AVALIAÇÃO COM ESPECIALISTA	CID 10	ENCAMINHAMENTO	
									NASF	CAPS
01	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
02	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
03	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
04	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
05	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
06	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
07	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
08	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
09	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			
10	__/__/__	<input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> MAS			<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE <input type="checkbox"/> FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/> ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL (is)?	__/__/__			

Tabela 1 – Instrumento para acompanhamento de pacientes em uso de psicotrópicos.

As visitas domiciliares são importantes e fazem uma diferença enorme na vida desses pacientes, possibilitando conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e profissionais.

Através da visita, podemos realizar atividades de acompanhamento no uso adequado da medicação do portador de distúrbios mentais, aquisição de receitas de psicotrópicos, esclarecer dúvidas dos familiares sobre a doença mental e orientações para o manejo de comportamentos do familiar com sofrimento mental, com o objetivo de melhorar o convívio entre os familiares, incluir a família no tratamento.

O problema de saúde mental remete para uma problematização sobre a formação das equipes, muitas vezes, incompletas, e ainda para a falta de capacitação na área de saúde mental. Acrescenta-se ainda a ausência de um profissional especialista, como um psicólogo ou psiquiatra nas Unidades Básicas de Saúde, para dar suporte aos profissionais. Diante da abertura de um espaço para a reflexão sobre o que existe, mas também sobre o que falta, os profissionais deparam-se com a pergunta: para onde e para quem encaminhar?

Os casos considerados de menor gravidade recebem atendimento médico na UBS e logo em seguida são encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo acompanhados por uma equipe multidisciplinar (psicólogo, psiquiatra, entre outros) com acompanhamento do uso de medicação. Nos momentos em que há o psicólogo na equipe, este também realiza atendimentos na UBS.

Os atendimentos aos casos mais graves de saúde mental são encaminhados ao hospital geral do município para consulta com o médico psiquiatra e início da medicação.

As dificuldades percebidas são referentes à atuação em equipe, discussão de casos, organização dos atendimentos, realização da prevenção e estabelecimento do vínculo terapêutico. As potencialidades dizem respeito à realização de tudo isso, considerando que o papel da Atenção Básica é justamente de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde.

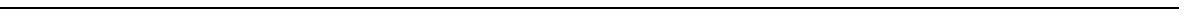
O atendimento a essa demanda torna-se limitado quando compreendido como uma questão isolada do contexto social e tratável apenas pelo uso da medicação e pela hegemonia do saber médico. Há a formação de uma nova percepção que se constitui através da prática profissional e apresenta a importância e necessidade da atuação em equipe interdisciplinar, das novas formas de cuidado como o apoio matricial, da importância de se conhecer a realidade social do usuário o que vem a colaborar com os objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a busca pela resolutividade, do acompanhamento e do vínculo terapêutico.

Assim, percebe-se que a desorganização do serviço de saúde, a falta de profissionais, a necessidade de qualificação e incentivo profissional se concretiza como grandes dificuldades no cotidiano de trabalho da equipe de Atenção Básica, embora isso nem sempre seja perceptível dessa forma aos profissionais, os quais destacam, por vezes, como uma "falha" pessoal o trabalho não realizado.

Abordamos abaixo um relato de caso clínico e como o conduzimos com base na articulação da rede psicossocial:

Relato de Caso: P. S. B., 30 anos, masculino, estudante, veio à consulta médica na UBS Senador Hélio Campos (SHC) no dia 25.06.2018. Relata ser usuário de álcool e drogas desde a adolescência. Afirma que não tem obsessão por álcool, mas quando bebe apresenta uma vontade enorme de cheirar cocaína. É acadêmico de Zootecnia na UFRR (terceiro período). Relata que o consumo de drogas aumentou após adentrar na Universidade, pois assim conseguia ficar acordado até tarde e conseguia estudar. Seu desempenho foi ótimo no primeiro semestre, mas no segundo decaiu bastante, pois começou a faltar aula para sair com os "amigos" e não perder a vontade de estudar. Após o paciente contar um pouquinho de sua história, solicitei alguns exames laboratoriais e o encaminhei ao CAPS-AD, localizado no bairro Jardim Floresta. No dia 23.07.2018 fiz uma visita domiciliar ao paciente. Relatou que estava se sentindo melhor e que realizou a primeira consulta com o psiquiatra e com o psicólogo no dia 26.06.2018, sendo prescrito Diazepam 10mg 1x à noite, orientado a aumentar a dose conforme ansiedade (máximo de 30mg por dia). No dia 17.07.2018, uma segunda consulta com o psiquiatra foi agendada e o mesmo prescreveu Dissulfiram 250mg por dia (manhã) e Diazepam 30mg à noite. Afirma que está em abstinência, desde que iniciou o tratamento, mas que às vezes "sente o cheiro da droga", aumentando sua vontade de cheirar novamente. Nova consulta foi agendada com o psiquiatra e com o psicólogo para o dia 27.08.2018 (40 dias após).

ATENÇÃO! INCLUIR FOTOS DE PACIENTES EM SEU RELATO é imprescindível que os rostos dos participantes deverão estar preservados, assegurando a privacidade e não identificação CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.



CAPÍTULO VI: Atenção à Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde

Para um Relato de Experiência da REDE PEPSUS, você precisará, em um texto único, articulado e coeso, responder às seguintes questões:

-Faça uma breve introdução sobre qual experiência você vai relatar e também procure justificar a importância e o objetivo da sua microintervenção.

-Conte como foi a microintervenção, o passo a passo para ser realizada e o que você e sua equipe aprenderam com ela.

-Fale também das dificuldades e potencialidades em sua execução.

-Que impactos você observou com a microintervenção e o que espera com sua continuidade? O que pode melhorar?

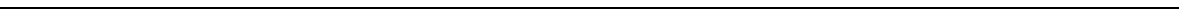
ATENÇÃO!

Um relato de experiência da REDE PEPSUS precisa ter, no mínimo, 2 páginas (Times New Roman ou Arial; espaçamento 1,5).

Para o relato de experiência utilize as perguntas apresentadas aqui para nortear a sua escrita. Contudo, ao redigir o texto, ele deve ter coesão entre as perguntas (encadeamento) para garantir ao produto uma leitura coerente, sequencial sem perder as características da singularidade do território, situação e circunstâncias onde a intervenção está sendo implementada.

Por isso, não deve ser na forma de perguntas e respostas, mas sim em forma de texto!

ATENÇÃO! AO INCLUIR FOTOS DE PACIENTES EM SEU RELATO é imprescindível que os rostos dos participantes deverão estar preservados, assegurando a privacidade e não identificação CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.



CAPÍTULO VII: Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde

Para um Relato de Experiência da REDE PEPSUS, você precisará, em um texto único, articulado e coeso, responder às seguintes questões:

-Faça uma breve introdução sobre qual experiência você vai relatar e também procure justificar a importância e o objetivo da sua microintervenção.

-Conte como foi a microintervenção, o passo a passo para ser realizada e o que você e sua equipe aprenderam com ela.

-Fale também das dificuldades e potencialidades em sua execução.

-Que impactos você observou com a microintervenção e o que espera com sua continuidade? O que pode melhorar?

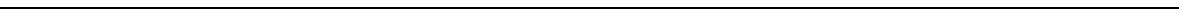
ATENÇÃO!

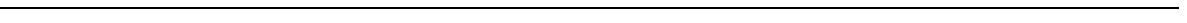
Um relato de experiência da REDE PEPSUS precisa ter, no mínimo, 2 páginas (Times New Roman ou Arial; espaçamento 1,5).

Para o relato de experiência utilize as perguntas apresentadas aqui para nortear a sua escrita. Contudo, ao redigir o texto, ele deve ter coesão entre as perguntas (encadeamento) para garantir ao produto uma leitura coerente, sequencial sem perder as características da singularidade do território, situação e circunstâncias onde a intervenção está sendo implementada.

Por isso, não deve ser na forma de perguntas e respostas, mas sim em forma de texto!

ATENÇÃO AO INCLUIR FOTOS DE PACIENTES EM SEU RELATO é imprescindível que os rostos dos participantes deverão estar preservados, assegurando a privacidade e não identificação CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 que dispõe sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos.





CAPÍTULO VIII: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

As doenças crônicas não transmissíveis, consideradas uma epidemia na atualidade, constituem um sério problema de Saúde Pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nesse rol incluem-se as afecções cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus* (DM), além das desordens mentais e neurológicas, bucais, oculares, auditivas, ósseas e articulares e as alterações genéticas, por se considerar que exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral (OMS, 2005).

Dentre essas, ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças.

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

A grande defasagem entre as estimativas epidemiológicas e os dados dos serviços relativos ao cadastro de pacientes com hipertensão e diabetes demonstra a baixa efetividade das ações de controle desses problemas, especialmente no âmbito da Atenção Básica, e revela também a necessidade de um acompanhamento mais intenso das atividades realizadas por parte dos gestores e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento. Pensando nisso, surge o HiperDia.

O HiperDia constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento de dados. Visa o monitoramento dos pacientes captados no Plano

Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e à geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regular e continuamente.

Diante do exposto, reconhece-se que importantes iniciativas precisam ser implantadas para melhorar o HiperDia, como a ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos, a intensificação do rastreamento de doentes, o melhoramento do acompanhamento de usuários diagnosticados e a descentralização dos pontos de coleta de exames, sobretudo na zona rural, para facilitar o acesso a tais serviços.

É importante também envolver a rede de assistência social, como os Centros de Convivência de Idosos e Centros de Referência da Assistência Social, para difundir o conhecimento acerca da hipertensão e do diabetes, abordando os perigos advindos do controle inadequado, suas principais complicações e sequelas e a efetivação dos serviços de referência e contrarreferência.

De acordo com as normas e rotinas do Ministério da Saúde, os exames devem ser solicitados pelo médico e/ou enfermeiro após a avaliação e não existe um período determinado para a solicitação, devendo ocorrer conforme a necessidade (BRASIL, 2006A; 2006B).

Na nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) Senador Hélio Campos (SHC) realizamos consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. Normalmente, o tempo de espera para a primeira consulta é de até dois dias. A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão.

Estudo realizado na cidade de Framingham, Massachussets, com 5209 pessoas com idades entre 30 e 62 anos levou à identificação dos principais fatores de risco de DCV (Doença Cardiovascular), como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, obesidade, diabetes e sedentarismo, bem como uma grande quantidade de informações valiosas sobre os efeitos de fatores relacionados, tais como os níveis de colesterol HDL e triglicérides, idade, gênero e questões psicossociais (FRAMINGHAM, 2008).

Dessa forma, o escore de Framingham ainda continua sendo o mais utilizado atualmente para quantificar o risco de evolução para eventos cardiovasculares pelos pacientes.

O Escore de Framingham classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas (BRASIL, 2013b).

- **Baixo risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com Pressão Arterial (PA) limítrofe poderá ser anual após orientações sobre estilo de vida saudável.
- **Risco intermediário** – quando existir 10%-20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e for desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.
- **Alto risco** – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrerem dez anos, ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e for desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Pré-hipertensão	120 a 139 mmHg	80 a 89 mmHg
Hipertensão estágio I	140 a 159 mmHg	90 a 99 mmHg
Hipertensão estágio II	≥ 160 mmHg	≥ 100 mmHg

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos (JNC 7 – 2003)

Fonte: CHOBANIAN et al. (2003)

O diagnóstico da HAS baseia-se na média de duas ou mais leituras corretamente medidas.

Nossos pacientes com diabetes mellitus também recebem atenção e atendimentos especiais, com programação de consultas, realização de exames laboratoriais assim como exame do pé diabético e fundo de olho periodicamente.

		Glicemia em jejum	2h após sobrecarga	Glicemia casual	HbA1c
NORMAL		< 100 mg/dl	< 140 mg/dl		< 5,7%
PRÉ-DIABETES	Glicemia de jejum alterada	100-125 mg/dl	< 140 mg/dl		5,7-6,4%
	Baixa tolerância à glicose	100-125 mg/dl	140-199 mg/dl		5,7-6,4%
DIABETES		\geq 126 mg/dl	> 200 mg/dl	\geq 200 mg/dl com sintomas	\geq 6,5%

Tabela 1 - Diagnóstico de DM

Fonte: GOLDMAN; AUSIELLO, 2005



O diagnóstico de DM é realizado de acordo com os valores dos níveis glicêmicos em sangue (glicemia) em jejum eventual, ou 2 horas após sobrecarga de dextrosol (75 mg), teste conhecido como teste oral de tolerância à glicose (TOTG), e ainda se diante dos sintomas clássicos (polidipsia, polifagia, poliúria, perda de peso e astenia) acompanhados de uma glicemia aleatória/casual de 200 mg/dl. Para o diagnóstico em pessoas assintomáticas, é necessária a repetição do exame para confirmação.

Sabemos que o excesso de peso e a obesidade têm um papel importante na HAS e no DM. Por essa razão, controlar o peso é uma medida terapêutica e preventiva para os pacientes diabéticos e hipertensos. Esse controle está determinado por dois elementos fundamentais: a educação nutricional e a prática de exercícios físicos.

O excesso de peso, que compreende o sobrepeso e a obesidade, atualmente acomete 50,1% dos homens e 48% das mulheres (IBGE, 2010). O aumento da obesidade é uma realidade não apenas no Brasil, mas praticamente em todos os países do chamado mundo ocidental, em todas as faixas de idade e em ambos os sexos (MONTEIRO, CONDE; POPKIN, 2007; POPKIN, 2010; POPKIN, 2011; JONES-SMITH et al., 2011).

Em relação à atenção à pessoa com obesidade, a equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos e calcula o Índice de Massa Corporal (IMC) e classifica-os em eutróficos, sobrepeso e obesos. Após a identificação dos usuários com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza o acompanhamento deste usuário na UBS, oferta ações voltadas à atividade física e à alimentação saudável, aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS, encaminha

para serviço especializado (endócrino, nutricionista, psicólogo e gastrologista). Assim como, oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso.



IMC: $\frac{\text{Peso em Kg}}{\text{Altura x altura em m}}$

Classificação	IMC
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	24,9 - 29,9
Obesidade grau I	30 - 34,9
Obesidade grau II	35 - 39,9
Obesidade grau III ou mórbida	Maior ou igual a 40

Tabela 3 – Classificação segundo a OMS a partir do IMC

Diante das temáticas abordadas, percebemos o quão difícil é controlar tais comorbidades, visto que o tratamento não é apenas terapêutico, envolve também mudança no estilo de vida (atividade física e dieta).

Além dessas dificuldades, nossa equipe identificou a falta de adesão à terapêutica, desconhecimento dos usuários acerca da HAS e o do DM, a defasagem nos tipos de medicamentos ofertados, a dificuldade na marcação de exames laboratoriais essenciais no diagnóstico da HAS e/ou DM como hemograma, urina, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos e eletrocardiograma.

As potencialidades observadas tangem à gratuidade e a dispensação dos medicamentos nas Farmácias Populares, além das reuniões em grupo e palestras realizadas por nossa equipe.

CAPÍTULO IX: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
Observação na Unidade de Saúde	Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade de atendimento dentro da nossa UBS junto à comunidade usuária. Devido a sua importância e pontuação inferior a 5, escolhemos a HAS.	Na nossa UBS observamos a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. O controle da HAS está diretamente ligado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto	Construção de um projeto de intervenção que tem como objetivo aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes idosos adscritos na UBS. Definimos como meta, garantir ações de conscientização para os idosos hipertensos de maneira que o cuidado e controle possam ter resultados satisfatórios, favorecendo a qualidade de vida dos nossos idosos. Apoio da secretaria municipal de saúde e da gestão da UBS para a utilização do cadastro dos idosos hipertensos e a criação de grupos de educação e saúde.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	Implantação do acolhimento com classificação de risco na UBS Senador Hélio Campos	O acolhimento é baseado no protocolo de Manchester e funciona da seguinte forma: o médico e o enfermeiro acolhem pela manhã das 08:00 às 09:30 e pela tarde das 14:00 às 15:30. Acolher inúmeros usuários e a resistência dos pacientes de serem reagendados quando possuem queixas menos urgentes são as principais dificuldades encontradas pela	Destacar que o processo de acolhimento é fundamental e necessário para organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários, através da classificação de risco, que consiste em um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de cuidados imediatos, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, viabilizando um atendimento rápido e efetivo.

		equipe.	
Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério	Promoção de ações educativas para homens e mulheres com vida sexual ativa sobre a decisão de ter filhos, com o objetivo de prevenir uma gravidez indesejada e planejar o momento ideal para a chegada dos filhos, garantindo o bem-estar, tanto da criança quanto do casal.	Através da busca ativa das gestantes da área identificamos o elevado número de gestantes com gravidez não planejada, gravidez na adolescência e início tardio do pré-natal.	Abordagem, através da educação em saúde, sobre a importância do uso de preservativo no período pré-concepcional, evitando tanto uma gravidez indesejada, quanto, DST's; durante a gravidez, evitando uma transmissão vertical; e, no puerpério, evitando intervalos interpartais curtos e multiparidade.
Saúde da Criança na Unidade Básica de Saúde Senador Hélio Campos	Avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças até 2 anos de idade através da puericultura.	Avaliação, orientação e registro através do prontuário e caderneta de saúde da criança; anamnese, exame físico, peso, altura, perímetro cefálico, alimentação e vacinas. Realizar a consulta da 1ª semana de vida (visita domiciliar) é a principal dificuldade encontrada por nossa equipe, devido ao atraso da informação dos ACSs de que a paciente já teve bebê e também porque as puérperas dificilmente se deslocam até a UBS na primeira semana de vida do recém-nascido.	Elaboração de uma estratégia para diminuir o número de consultas não realizadas na primeira semana de vida do bebê: todas as gestantes com idade gestacional a partir de 37 semanas, que faltarem a consulta de pré-natal irão receber uma ligação para justificar a ausência.
Acompanhamento de Pacientes com Transtornos Mentais na UBS	Atenção especial aos pacientes com transtornos mentais, em uso de psicotrópicos.	Aumento da frequência das visitas domiciliares. O problema de saúde mental remete para	Construção de um instrumento que mapeie todos os usuários de psicotrópicos, o que facilita bastante o acompanhamento mais efetivo, dando uma atenção

		<p>uma problematização sobre a formação das equipes, muitas vezes, incompletas, e ainda para a falta de capacitação na área de saúde mental. Acrescenta-se ainda a ausência de um profissional especialista, como um psicólogo ou psiquiatra nas UBSs, para dar suporte aos profissionais.</p>	<p>especial tanto nas consultas, quanto nas visitas domiciliares. E assim, diminuir a frequência desses pacientes nas UBSs somente para renovar a receita do medicamento.</p>
<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Ênfase à HAS e DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde.</p>	<p>Dificuldade em controlar tais comorbidades, visto que o tratamento não é apenas terapêutico, envolve também mudança no estilo de vida (atividade física e dieta); falta de adesão à terapêutica, desconhecimento dos usuários acerca da HAS e o do DM, a defasagem nos tipos de medicamentos ofertados, a dificuldade na marcação de exames laboratoriais essenciais no diagnóstico da HAS e\ou DM. As potencialidades observadas tangem à gratuidade e a dispensação dos medicamentos nas Farmácias Populares, além das reuniões em grupo e palestras realizadas por nossa equipe.</p>	<p>Implantação de medidas para melhorar o HiperDia, como a ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos, a intensificação do rastreamento de doentes, o melhoramento do acompanhamento de usuários diagnosticados e a descentralização dos pontos de coleta de exames, sobretudo na zona rural, para facilitar o acesso a tais serviços.</p>



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização destas microintervenções foram muitas as experiências vividas por mim e por toda a equipe. Para a UBS foi proveitoso no sentido de conhecer mais a comunidade na qual está inserida. As atividades desenvolvidas possibilitaram a aproximação da comunidade na prevenção das doenças e promoção da saúde.

Na nossa UBS encontramos dificuldades na manutenção da pressão arterial dos hipertensos e da glicemia dos diabéticos em níveis considerados adequados devido a falta de adesão à terapêutica, desconhecimento dos usuários acerca dessas comorbidades, defasagem nos tipos de medicamentos ofertados, dificuldade na marcação de exames laboratoriais essenciais no diagnóstico da HAS e/ou DM; no acolhimento de inúmeros usuários e na resistência dos pacientes de serem reagendados quando possuem queixas menos urgentes; no elevado número de gestantes com gravidez não planejada, gravidez na adolescência e início tardio do pré-natal. Essas dificuldades foram e são enfrentadas com a realização de eventos educativos e muita conversa com a comunidade, que aos poucos começam a entender que o melhor remédio é a prevenção. A contribuição de toda a equipe foi fundamental para alcançarmos bons resultados nas elaborações de cada microintervenções nos últimos 8 meses. Dentre as potencialidades vamos destacar a gratuidade e a dispensação dos medicamentos nas Farmácias Populares, além das reuniões em grupo e palestras realizadas (educação em saúde) por nossa equipe tanto na própria UBS, quanto em igrejas e escolas, locais mais próximos da comunidade.

REFERÊNCIAS

BECK C.L.C., MINUZI, D. O. **Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: uma Análise Bibliográfica.** Saúde, Santa Maria, vol. 34a, n 1-2, p 37-43, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Coordenação Nacional de DST/Aids.** A Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica.** 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 12p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília; 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de XX. Dispõe sobre XX - Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde,** 2010.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos: resolução CNS 466/12 e outras.** 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

_____, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental, n. 34. Brasília: 2013.

_____. Presidência da República. **Lei no 13.010, de 26 de junho de 2013a**. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. 2013a. Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/ L13010.htm>. Acesso: 22 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília: MS; 2015 [citado 2017 mar. 14]. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248, fev. 2008.

ESTEACHE, F. F. **Acolhimento à Demanda Espontânea e à Demanda Programada**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, 2018.

FERRAZ, L.; AERTS, D. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência&Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr./jun. 2005.

FRAMINGHAM HEART STUDY, 2008. Disponível em: <www.framinghamheartstudy.org>. Acesso em: 15set. 2018.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 97, n. 10, p. 1808-1812, oct. 2007. Epub 2007 Aug. 29.

MORAES, A.A.L.; AVEZUM JUNIOR, A. **O Impacto da Hipertensão Arterial no Mundo**. In: BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. *Hipertensão*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012, p. 11-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. OMS: Geneva, 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA M.A.D.S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública*, vol. 20 n. 06, p.1487-94, 2004.

TENÓRIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Revista História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro. 2002 vol. 9(1): 26-29

World Health Organization. Obesityandoverweight [Internet]. Geneva: WHO; 2016. [cited 2017 Mar 14]. Availablefrom: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

APÊNDICES

[Inclua seus apêndices aqui]

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

