



**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**

**[MELHORIA DA ATENÇÃO A SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE TABOLEIRINHO NO MUNICÍPIO DE BAÍA FORMOSA-RN. ]**

**[KETURY DAYANA FERNANDES ]**

---

**NATAL/RN**  
**2018**

---

---

[**KETURY DAYANA FERNANDES** ]

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.

[ Orientadora: Maria Betânia Morais de Paiva ]

---

## **DEDICATÓRIA**

Aos professores, reconheço um esforço gigante com muita paciência e sabedoria. Foram eles que me deram recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias.

Aos familiares e amigos, porque foram eles que me incentivaram, através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades.

Aos colegas de profissão, que me acompanham nesta jornada de trabalho e todas as pessoas que de uma alguma forma me ajudaram. Quero deixar um agradecimento eterno, porque sem elas não teria sido possível! ]

---



---

## RESUMO

[Esse trabalho faz parte das atividades de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família promovido pelo Programa de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde (PEPSUS) e tem como objetivo apresentar atividades desenvolvidas, seus resultados e conclusões ao longo desse processo de formação. A metodologia utilizada foi a elaboração de uma coletânea dos seis relatos das experiências realizadas com as microintervenções desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Baía Formosa- RN, com base nas ferramentas de manual de Autoavaliação de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Básica (AMAQ-AB) discorrendo sobre temáticas como Acolhimento, Planejamento Reprodutivo/Pré-Natal e Puerpério, Atenção à Saúde Mental, Atenção à Saúde da Criança - Crescimento e Desenvolvimento, Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com os seus resultados, propostas de continuidade, suas dificuldades, potencialidades identificadas e enfrentadas no desenrolar da experiência. Dessas microintervenções emergiram propostas de transformação da realidade e mudanças de práticas nestas seis áreas de atuação com maior qualificação dos profissionais envolvidos, bem como, melhora na qualidade da atenção aos usuários. Com isso esperamos uma melhorar a qualidade de vida da população adscrita e desenvolver um trabalho em equipe com vistas a promoção de uma assistência integral na perspectiva de executar os planos de continuidade e avaliação contínua de processo de trabalho de equipe.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Saúde da família; Capacitação Profissional.

]

---

---

---

## SUMÁRIO

[APRESENTAÇÃO.....	5
CAPÍTULO 1: TÍTULO: MICROINTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO HIPERDIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE TABOLEIRINHO NO MUNICÍPIO DE BAIA FORMOSA-RN.....	8
CAPÍTULO 2: TÍTULO: APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE PARA IMPLANTAR O ACOLHIMENTO.....	13
CAPÍTULO 3: TÍTULO: INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE VIDA.....	17
CAPÍTULO 4: TÍTULO: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM USO PROLONGADO DE PSICOFÁRMACOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BAÍA FORMOSA-RN.....	22
CAPÍTULO 5: TÍTULO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	26
CAPÍTULO 6: TÍTULO:DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).....	30
CAPÍTULO 7: PLANO DE CONTINUIDADE.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES:.....	43

]

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

[ Este trabalho foi realizado com a finalidade qualificar o processo de trabalho da equipe e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes na microrregião na área de atuação. Trata-se de uma coletânea de seis (06) relatos de experiências construídos a partir de micro intervenções realizados no território onde atuo.

Esse trabalho aconteceu no município de Baía Formosa-RN, na unidade básica de Taboleirinho. O território adscrito tem um total de quase três mil habitantes por área. Estou como médica lá há um ano e cinco meses, sou da capital do estado, NATA-RN e comecei logo após me formar em medicina, dando entrada no município pelo Programa Mais Médicos (PMM). Com relação ao meu ambiente de trabalho tenho algumas dificuldades, como na maioria dos municípios do estado, mas me identifico com o trabalho e com a proposta da atenção básica. Com as microintervenções pude enxergar um pouco mais das necessidades e problemas encontrados no território. Sem essas intervenções propostas pela especialização, não seria possível ver esses problemas e tentar melhorar de alguma forma, como estamos fazendo agora.

Assim, esperamos buscar novas estratégias de intervenção para transformar a realidade desse território.

E por fim, espero que esse trabalho possa ajudar a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas que estão sendo atendidas na unidade de Taboleirinho. Sintam-se convidados a leitura desse projeto.

---

---

---

## **CAPÍTULO I:**

### **TÍTULO: MICROINTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO HIPERDIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE TABOLEIRINHO NO MUNICÍPIO DE BAIA FORMOSA-RN.**

**COLABORADORES:** Núzia Bonifácio, Marcia Nascimento, Patrícia Bonifácio, Mirian, Nivaldo, Eneziana, Taline.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Baía Formosa-RN, onde atuo como médica situa-se no centro da cidade. O município conta com quatro unidades de saúde e uma unidade mista de atendimento 24h. A unidade de tableirinho á qual faço parte, funciona no horário de 8:00 às 12:00 horas e de 13:00 às 16:00 horas, totalizando 8h diárias de atendimento. É composta por uma médica, uma enfermeira, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços. Conta com uma população de 1.879 pessoas, sendo dessas famílias 298 hipertensos e 145 diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA.

A microintervenção tem como objetivo propor um plano de intervenção para melhorar a adesão das pessoas com o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Tableirinho no município de Baía Formosa-RN. A HAS e o DM são doenças crônicas que se constituem um grande problema de saúde pública por sua magnitude, complicações e dificuldades no seu controle. Os procedimentos metodológicos envolveram o diagnóstico situacional e elaboração de plano de intervenção, utilizando-se do planejamento estratégico situacional. Escolhemos sobre esse tema, pois vimos que temos muitos hipertensos e diabéticos na nossa área, observando a população e o trabalho da equipe é possível identificar vários problemas na prestação da assistência á saúde, como o baixo nível de escolaridade e socioeconômico da comunidade; o controle inadequado de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes; dificuldade para a realização de exames complementares e consultas com especialistas; elevada prevalência de tabagismo; fornecimento inapropriado de medicamentos anti-hipertensivos e anti-diabéticos; consultas dos pacientes de forma irregular; hábitos e estilo de vida inadequados; baixo nível de informação sobre a doença.

Para o enfrentamento do problema, foram elaboradas quatro operações: reunir a gestão sobre os medicamentos em falta; cuidar de perto; mais saúde e saber mais. Espera-se que a microintervenção proposta resulte em uma melhor qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos, bem como na reorganização do processo de trabalho na unidade

---



---

de saúde. A microintervenção foi realizada, pois tenho uma dificuldade muito grande como médica da unidade com os pacientes para realizar o uso das medicações para hipertensão e diabetes, visto que têm muita resistência ao uso regular dos medicamentos. Montamos uma planilha com os problemas encontrados; o que poderíamos fazer para resolver esses problemas e quais os resultados esperados.

Vimos que os recursos para melhorar essa adesão são básicos, as dificuldades encontradas foram a falta de medicamento oferecida pelo município e a falta de informações sobre as doenças. A identificação e análise desses problemas foram realizadas por meios de discursões com a equipe e vivência no atendimento prestado a comunidade.

Por fim, esperamos que após essa microintervenção possamos melhorar o fornecimento de medicamentos básicos para hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade de vida desses pacientes com grupos de apoios e incentivos e maiores informações sobre o assunto.

E assim, esses pacientes possam ter uma melhor qualidade de vida. Para realizar o processo de autoavaliação utilizamos o instrumento de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ): Abrangência da oferta de serviço. Na qual foi realizado o monitoramento sobre o percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica.

Foram utilizados os seguintes indicadores:

1- A equipe de Atenção Básica desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território? Nota:1 (muito insatisfatório).

2-A Unidade Básica de Saúde disponibiliza medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade? Nota: 5

3-A equipe de Atenção Básica realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas?

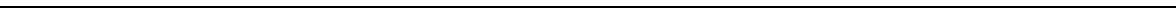
Reunimos nossa equipe e vimos que faltavam grupos de apoios terapêuticos para os pacientes do HIPERDIA. Assim como, a falta de medicamentos era um fator importante, pois isso diminuía a adesão dos pacientes com relação aos medicamentos. Observamos que esses pacientes precisavam de mais cuidado da parte da nossa equipe. Então montamos a nossa matriz de intervenção para fazer esse controle e dar mais assistência ao paciente.

---

---

## MATRIZ DE INTERVENÇÃO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA O ALCANCE DO PRADRÃO: MICROINTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO HIPERDIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE TABOLEIRINHO NO MUNICÍPIO DE BAIÁ FORMOSA-RN					
OBJETIVO: Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão das pessoas com o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes na Unidade Básica de Saúde de Taboleirinho no município de Baía Formosa-RN.					
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS
Fornecimento de medicamentos de uso contínuo.	Reunião com a farmácia e com a gestão.	Apoio e compromisso com a gestão.	Melhor adesão dos pacientes, após fornecimento dos medicamentos.	Gestão	1 a 3 meses.
Acompanhamento de consultas de forma regular.	Definir a quantidade de atendimentos semanais de todos os pacientes até 3 meses.	Organizar a agenda e adequação da população.	Acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos pela médica e enfermeira.	Equipe da unidade básica.	3 meses
Hábitos e estilo de vida adequados.	Formação de grupos para atividades educativas, caminhada, grupo de tabagismo e obesidade.	Colaboração de educadores físicos, psicólogos e nutricionistas.	Reduzir a incidência de sedentarismo, tabagismo e obesidade entre os pacientes.	NASF e equipe da unidade.	1 a 3 meses
Baixo nível de informações sobre as doenças.	Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a sua doença.	Mobilização social, recursos como cartazes, folhetos educativos, capacitação dos ACS e cuidadores.	Pacientes hipertensos e diabéticos mais informados sobre sua saúde.	Gestão, NASF e equipe da unidade.	1 a 6 meses.





---

## **CAPÍTULO II:** [

### **TÍTULO: APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE PARA IMPLANTAR O ACOLHIMENTO.**

**COLABORADORES:** Patricia Brasiliano, Liliane, Severina Gaspar, Felipe, Nuzia Bonifacio, Mirian, Marcia Nascimento, Marcia Brasiliano.

O acolhimento propicia a organização do trabalho na porta de entrada da unidade, ajuda a direcionar fluxo e a organizar o processo de trabalho, envolve os profissionais de saúde da unidade para a realização de um trabalho mais articulado e multiprofissional, identifica os casos de maior risco e vulnerabilidades para que seja garantida a resposta à necessidade de saúde do usuário e quando necessário o encaminhamento responsável para outros serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) local com resolutividade. Enfim, o acolhimento é de suma importância no funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS) daí a importância de se discutir sempre sobre este tema.

A implementação do acolhimento já tem história no SUS de muitos municípios brasileiros e, portanto faz-se necessário, a partir do desenvolvido, discutir os avanços alcançados e construir novas práticas. Avanços no sentido de ser as Unidades Básicas de Saúde (UBS) porta aberta para a população, garantindo acesso ao serviço. Outro avanço importante é a constituição de vínculo entre as equipes e a população de sua área de abrangência. Na construção de novas práticas um dos grandes desafios para todos os agentes de produção de saúde, é a qualificação do cuidado e a gestão em saúde. Desse modo, aprofundar conhecimentos sobre o acolhimento, entendendo como uma de suas dimensões a atitude de inclusão, significa, discutir os processos de trabalho e construir coletivamente as propostas para priorizar os riscos e vulnerabilidades que surgem no cotidiano do atendimento na unidade.

Na minha UBS já tem uma estratégia de acolhimento implantada. E o objetivo foi descrever sobre a implantação do acolhimento na unidade, avaliando os desafios impostos ao profissional para que o modelo assistencial torne-se de fato uma realidade nesse ambiente. O acolhimento na minha unidade é feito inicialmente pela atendente ou recepcionista, onde ela distribui as fichas do dia, depois o paciente passa por uma técnica de enfermagem, que realiza uma escuta qualificada da demanda do paciente, que será redimensionado para o atendimento, pois o mesmo já está com a ficha que lhe garante acesso à consulta médica, odontológica ou de enfermagem.

---

---

Com a microintervenção avaliamos que existem algumas falhas no nosso acolhimento como: sobrecarga dos profissionais principalmente do médico, pois o paciente já retira a ficha antes de passar por uma avaliação pela escuta qualificada com a técnica de enfermagem e quer ser atendido. A distribuição das fichas não obedece a nenhum critério de classificação de risco, é feita obedecendo à ordem de chegada, sem saber a classificação de risco e a necessidade do atendimento direcionado.

Então podemos avaliar essas falhas e tentar melhorar o nosso acolhimento, fazendo antes de tudo escuta qualificada para avaliar a condição do paciente, a necessidade do atendimento será definida de acordo com a queixa e classificação do paciente. Na minha Unidade Básica de Saúde (UBS) é bem tranquilo com relação aos atendimentos do dia, o atendimento acontece na maioria das vezes por demanda espontânea e não há muitas queixas relativas à falta de acesso. Realizamos a demanda livre na unidade, então todos ou quase todos os pacientes do dia conseguem atendimento. Só existe consulta agendada/programada para pré-natal, Hiperdia visita domiciliar.

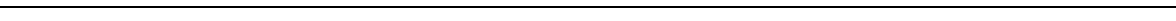
No que se refere especificamente à atribuição do enfermeiro, pode-se dizer que além de acolher, fica responsável pela supervisão do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, pelas orientações sobre as condutas e utilização dos protocolos elaborados pela equipe.

Não conseguimos identificar dificuldades para realizar nosso atendimento direcionado, vamos começar a praticar e então veremos como vai se desenrolar. No entanto, esperamos que assim, diminua a sobrecarga do profissional médico, pois a maioria dos atendimentos é voltada para o médico. A enfermagem tem um papel fundamental no acolhimento, pois muitos atendimentos podem ser realizados sem a necessidade do paciente retornar outro dia.

]

---

---



---

### **CAPÍTULO III:** [

#### **TÍTULO: INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE VIDA.**

**COLABORADORES:** Patricia Brasiliano, Nireide, Severina Gaspar, Polyxena Gurgel, Nuzia Bonifacio, Mirian, Marcia Nascimento, Marcia Brasiliano, Nivaldo, Enerziana, Aldo.

O aleitamento materno promove o desenvolvimento da fala e do músculo maxilar, auxilia na respiração, diminui o risco de alergias, especialmente a alergia à proteína ao leite de vaca, fortalece vínculo mãe e bebê, fornece proteção contra doença, melhora desenvolvimento neuropsicomotor. É importante destacar, ainda que a amamentação possua repercussões na saúde futura do indivíduo, crianças que são amamentadas têm menor probabilidade de desenvolver doenças como obesidade, linfomas e leucemias.

Mães e sociedade podem também se beneficiar com aleitamento materno, visto que a amamentação protege a nutriz contra câncer de mama e de ovário, reduz o sangramento uterino após o parto e auxilia no retorno do peso. É prático e econômico, já vem pronto para ser oferecido e livre de contaminações, além disso, a amamentação reduz a morbimortalidade das crianças especialmente as de menor nível socioeconômico. De acordo com a Organização Mundial de Saúde o aleitamento materno exclusivo deve ser mantido até o sexto mês de vida e com alimentos complementares até os dois anos de idade ou mais, porém para algumas mães isto não é possível.

Para aumentar a taxa de aleitamento materno na área de abrangência da unidade básica de Taboleirinho- RN serão desenvolvidas atividades educativas para gestantes e puérperas abordando temas sobre aleitamento que terá como meta sensibilizar as gestantes para aumentar a adesão ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses.

Foi feita uma intervenção com as gestantes, puérperas e mães com bebês. A ação contou com toda a equipe de funcionários da unidade, incluindo o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) da cidade. Teve sessão de fotos com os bebês, lanche, entrega de repelentes, brindes e orientações para os participantes.

Acreditamos que a baixa adesão ao aleitamento materno se deve aos seguintes fatores: baixa adesão aos grupos de gestantes, falta de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal, falta de estímulo ao contato mãe/bebê, desconhecimento da técnica correta de

---



---

aleitamento, apoio familiar ineficaz, pessoas próximas desestimulando o aleitamento materno, retorno à licença maternidade antes que a criança complete os seis meses de idade, baixa adesão das mães ao acompanhamento de puericultura na unidade e instabilidade emocional, insegurança e despreparo da mãe para o cuidado com os recém-nascidos no puerpério.

É necessário orientar as mães para o aleitamento ainda no pré-natal, para que informadas, possam amamentar com maior tranquilidade. Sendo o puerpério um período de intensa aprendizagem para mães e bebês e onde se estabelece a lactação, é importante a visita domiciliar do profissional de saúde para as puérperas, sendo logo após a saída da maternidade para que se promova avaliação da amamentação e orientação correta.

Nas visitas puerperais encontramos algumas situações bem frequentes como a falta de alguns itens como: falta de incentivo ao aleitamento materno, instabilidade emocional, insegurança e despreparo das mães no cuidado ao recém-nascido ocorrido no puerpério.

Os recursos financeiros necessários para aquisição apostilas, convites, brindes e lanches foram fornecidos pela SMS mediante a autorização do secretário de saúde do município, o qual, após ser sensibilizado da importância do evento foi favorável a disponibilizar os recursos necessários.

Foi extremamente relevante a realização deste projeto de intervenção, o qual contribuiu para aumentar o conhecimento sobre a temática do aleitamento e certamente contribuirá para melhorar a assistência na unidade de Taboleirinho-RN.



**FOTO 1:** Entrega de repelentes para gestantes.

---

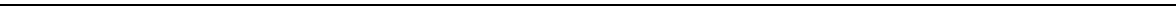
---



**FOTO 2:** Apostilha sobre aleitamento materno.

**FOTOS AUTORIZADAS**

|



---

## **CAPÍTULO IV: [**

### **TÍTULO: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM USO PROLONGADO DE PSICOFÁRMACOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BAÍA FORMOSA-RN.**

**COLABORADORES:** Luciana, Núzia, Márcia Brasiliao, Márcia Nascimento, Mirian, Aldo, Eneziana, Nivaldo.

Iniciamos a microintervenção sobre saúde mental que é um dos grandes problemas na saúde pública no Brasil. Começamos respondendo algumas questões que o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) preconiza, como por exemplo, o registro de usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como, os ansiolíticos de um modo geral. Ao constatar a ausência desses dados na nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) montamos uma planilha para ter realizar esse registro. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) irá colocar nessa planilha os dados dos pacientes em uso dessas medicações. E assim, teremos um monitoramento e avaliação para em seguida começar a marcar consultas com esses usuários para ter controle sobre essas medicações e como está sendo o seu uso.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), temos o dia de saúde mental para atendimento, mas acaba saindo do cronograma, pois a maioria dos pacientes tem outras doenças como hipertensão e diabetes associados. E deixam para ir para consulta no dia do Hiperdia, ficando inviável realizar uma consulta mais detalhada e com isso os pacientes acabam perdendo a consulta de saúde mental.

A equipe não realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos – benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como, os ansiolíticos de um modo geral – para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado, por isso montamos a nossa planilha abaixo discriminada para ter esse controle e poder organizar ações para acompanhamento e diminuição das doses quando necessário, visando que a maioria desses pacientes faz uso sem controle e sem avaliação de rotina.

---

---

---

**Modelo de planilha para registro de usuários em uso crônico:**

		Micro Área -Nome do ACS:			
Paciente:	Cartão do SUS:	Sexo:	Idade:	Psicofármacos em uso contínuo:	Local de acompanhamento:

A rede de saúde mental em meu território está organizada com uma psiquiatra e uma psicóloga do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF). Esse atendimento do NASF teve início recentemente e ainda estamos em fase de articulação no processo de atendimento. O município disponibiliza apenas o grupo do NASF. Não temos apoio do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

No território temos alguns usuários que precisam de uma atenção especial no âmbito da saúde mental e estamos buscando esse apoio do NASF, para tentar elaborar uma linha de cuidado para esses pacientes. Selecionei um caso clínico comum no meu território, como por exemplo, o uso prolongado de medicamentos (benzodiazepínicos) sem acompanhamento especializado nem avaliação periódica do quadro clínico.

Desse modo, selecionamos um caso clínico de uma pessoa atendida em nossa UBS para construção desse relato na perspectiva de elaborar uma linha de cuidado integral articulando outros pontos de atenção na rede de saúde mental como se segue:

**N.B. sexo feminino, 43anos, casada, profissão: ACS.**

Paciente em uso de fluoxetina 20 mg- 1+0+1 e alprazolam 1mg- 0+0+1 há 03 anos, prescrita por médica da UBS após uma crise de fobia, pois começou com quadros de crises nervosas, sensação de morte e pânico. Relata que tinha um quadro de fobia desde a infância, de leve intensidade, referindo a medo de lugares fechados, altura... Há 03 anos

---

---

teve um episódio de pânico ao ficar trancada em uma sala e depois disso, começou a fazer uso das medicações. Nunca foi acompanhada por especialista, nem psicóloga.

Relata que teve melhoras dos sintomas após o uso das medicações, mas há 06 meses está percebendo que a medicação não está mais fazendo efeito, pois não está conseguindo dormir bem.

Antecedentes patológicos: Nenhuma doença de base ou internamentos.

Antecedentes familiares: Mãe teve depressão pós-parto e faz uso de bromazepam 6mg de longa data.

- Conduta: Encaminhamento para avaliação com a psiquiatra do NASF (aguardando contrareferência).

- Programar nova consulta.

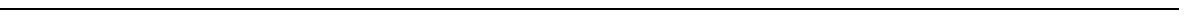
Continuação do CASO: Paciente retorna após consulta com psiquiatra do NASF, relatando que foram trocadas suas medicações. E está em uso de: Clonazepam; fluoxetina e amitriptilina. Mas no momento não está fazendo o uso do amitriptilina, pois se sentiu mal após o uso e parou de tomar por conta própria. Refere melhora da insônia e diz esta se sentindo bem com a troca dos medicamentos.

Com relação ao caso clínico não tive uma contrareferência do NASF. Entrei em contato com a assistente social e vamos marcar uma reunião como toda a equipe do NASF para discutimos como será organizados esses atendimentos para que possamos trabalhar juntos e conseguir elaborar uma linha de cuidado para esses pacientes. Com a lista dos pacientes em uso dessas medicações que será feita pelos ACSs, vamos montar um plano de atendimentos individualizados para rever essas medicações e depois vamos formar grupos de apoio e conversas. Isso tudo será discutido com a equipe da UBS e do NASF. E assim, esperamos obter um bom resultado e ter uma atenção maior com esses pacientes promovendo uma melhora na qualidade de vida.

]

---

---



---

## CAPÍTULO V:

### TÍTULO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.

**COLABORADORES:** Núzia Bonifacio, Márcia Brasiliao, Márcia Nascimento, Mirian, Aldo, Eneziana, Nivaldo, Nireide, Severina, Patricia, Elisane.

Iniciamos a microintervenção V, com o tema atenção à saúde da criança e iremos começar respondendo algumas questões preconizadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

#### Questionário para Microintervenção – Saúde da Criança

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	

---



Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	

Para responder o questionário foi proposta uma reunião de equipe na qual foram analisadas coletivamente as questões observamos que o resultado foi bastante satisfatório, pois estamos atendendo de modo positiva as recomendações preconizadas pelo PMAQ.

Na nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), temos o acompanhamento Crescimento e Desenvolvimento (CD) das crianças de 0 a 2 anos de modo regular, que é realizado por meio da busca ativa dessas crianças, especialmente, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os dados das crianças são registrados no prontuário e no cartão da criança, ficando assim a ficha espelho com os dados na UBS. As crianças atendidas já saem da unidade básica com sua próxima consulta agendada.

As consultas de acompanhamento do CD são realizadas pela enfermeira da unidade, a qual passa todas as orientações para a genitora. Na consulta inicial na unidade realizamos o teste do pezinho na primeira semana de vida, orientações sobre amamentação e vacinas.

---

Com relação às vacinas, as mães ou acompanhantes são orientadas a procurarem o posto de vacinação que fica localizado na outra unidade básica de saúde do município para atualizar seu cartão de vacina caso esteja com alguma vacina atrasada ou para iniciar seu esquema de vacina pela primeira vez. .

Iniciamos uma atividade de CD coletivo para as crianças uma vez por mês na unidade de saúde. Essa ação teve início no mês de junho e aproveitamos para realizar nossa festa junina na ocasião do CD coletivo.

Infelizmente por falta de materiais básicos como colchonetes ou tatames de EVA e local apropriado não tivemos como realizar essa atividade mensalmente. Foi solicitada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) os recursos necessários, mas ainda não obtivemos retorno. Nossa unidade não tem estrutura adequada para realizar essas atividades coletivas por falta de espaço apropriado, estamos esperando a inauguração da nova unidade de saúde que já está quase pronta para tentarmos novamente incluir essa atividade coletiva no cronograma da equipe.

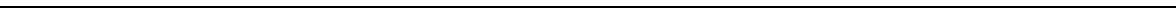
FOTO AUTORIZADA: CD COLETIVO.



]

---

---



---

## **CAPÍTULO VI:**

### **TÍTULO: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).**

**COLABORADORES:** EQUIPE DA UNIDADE BÁSICA DE TABOLEIRINHO.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda. Cientistas renomados e a Organização Mundial de Saúde (OMS) fizeram um apelo para ação, definindo estratégias a serem empreendidas, uma vez que há intervenções custo-efetivas disponíveis.

Em 2007, cerca de 70% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT tais como: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive, as doenças renais, 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras. Conforme abordado em profundidade em outro artigo desta série, essa mudança radical ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social marcado por avanços sociais importantes e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época. Paralelamente a essa mudança na carga de doença, houve uma rápida transição demográfica no Brasil, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos. Crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (DUCAN, SCHMIDT, 2011).

Na minha Unidade Básica de Saúde (UBS), tenho o dia do HIPERDIA que serve para orientarmos os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), obesidade, entre outros. Então, nesse dia as atividades são voltadas para esses pacientes.

---

---

---

No começo, tínhamos um café da manhã, pois os pacientes chegavam em jejum para realizar o exame de Hemoglicoteste (HGT), verificar a pressão arterial e o peso. E nossa enfermeira conversava com esses pacientes, sobre dieta, atividade física, alimentação, etc. Mas, infelizmente isso não foi mais possível ofertar o café da manhã, pois não recebemos mais o apoio da gestão.

Nossa ação é destinada a melhorar o estilo de vida desses pacientes mediante palestras educativas, orientações, promovendo atividade física, dicas de alimentação saudável, monitoramento do peso e exames laboratoriais, para que possam ter uma evolução adequada dessas doença.

A equipe realizou uma reunião para autoavaliação utilizando como base os itens constantes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que auxilia no planejamento de ações da equipe, norteado pelo questionário abaixo- discriminado:

Com a avaliação observamos que falta o apoio dos grupos na unidade básica, para esses pacientes. Iremos começar a desenvolver ações na unidade de saúde para esse grupo de pacientes, no caso hipertensos e diabéticos, tais como: palestras de alimentação saudável, grupos de alongamentos pelo menos duas vezes na semana, grupos voltados para hipertensos e grupos para diabéticos, isso foi conversado ao responder o questionário e estamos montando uma linha para desenvolver essas ações.

---

---

## Questionário para microintervenção:

QUESTÕES	Em relação às pessoas com <b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>		Em relação às pessoas com <b>DIABETES MELLITUS</b>	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	1 semana		1 semana	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	

A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	X		X	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		X		X
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de			x	

<p>peças com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?</p>				
<p>A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?</p>			X	
<p>A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?</p>				X

**EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE**

<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<p>A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?</p>	<b>X</b>	
<p>Após a identificação de usuário com obesidade (<math>IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2</math>), a equipe realiza alguma ação?</p>	<b>X</b>	

Se SIM no item anterior, quais ações?

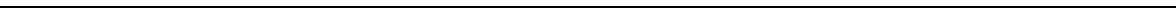
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<p>Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS</p>	<b>X</b>	
<p>Oferta ações voltadas à atividade física</p>	<b>X</b>	
<p>Oferta ações voltadas à alimentação saudável</p>	<b>X</b>	
<p>Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS</p>	<b>X</b>	
<p>Encaminha para serviço especializado</p>	<b>X</b>	
<p>Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso</p>		<b>X</b>





]





**CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE.**

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
MELHORAR A ADESÃO AO HIPERDIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE TABOLEIRINHO NO MUNICÍPIO DE BAIA FORMOSA-RN.	Escolhemos sobre esse tema, pois vimos que temos muitos hipertensos e diabéticos na nossa área com o uso irregular das medicações.	As dificuldades encontradas foram a falta de medicamento oferecida pelo município e a falta de informações sobre as doenças.	Melhorar o fornecimento de medicamentos básicos para hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade de vida desses pacientes com grupos de apoios e incentivos e maiores informações sobre o assunto.
APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE PARA IMPLANTAR O ACOLHIMENTO.	E o objetivo foi descrever sobre a implantação do acolhimento na unidade, avaliando os desafios impostos ao profissional para que o modelo assistencial torne-se de fato uma realidade nesse ambiente.	Sobrecarga dos profissionais principalmente do médico. A distribuição das fichas não obedecem a nenhum critério de classificação de risco, é feita obedecendo a ordem de chegada.	- Diminuir a sobrecarga do profissional médico, pois a maioria dos atendimentos são voltados para o médico. -Avaliar a melhora do atendimento inicial.
INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE VIDA	Para aumentar a taxa de aleitamento materno na área de abrangência da unidade básica de Taboleirinho- RN serão desenvolvidas atividades educativas para gestantes e puérperas abordando temas sobre aleitamento que terá como meta sensibilizar as	Baixa adesão aos grupos de gestantes, falta de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal, falta de estímulo ao contato mãe/bebê, desconhecimento da técnica correta de aleitamento, apoio familiar ineficaz.	Aumento do conhecimento sobre a temática do aleitamento materno com grupos para gestantes e puérperas.

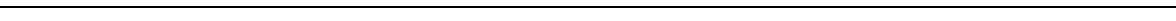
	gestantes para aumentar a adesão ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses.		
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM USO PROLONGADO DE PSICOFÁRMACOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BAÍA FORMOSA-RN.	Ao constatar a ausência desses dados na nossa unidade montamos uma planilha para ter realizar esse registro. Cada (ACS) irá colocar nessa planilha os dados dos pacientes em uso dessas medicações.	Com a lista dos pacientes em uso dessas medicações que será feita pelos ACSs, vamos montar um plano de atendimentos individualizados para rever essas medicações e depois vamos formar grupos de apoio e conversas.	-Grupos de apoio aos usuários crônicos de benzodiazepínicos. -Consulta individualizadas com cada pacientes para saber o porque do uso dessas medicações e se realmente tem necessidade do uso delas.
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.	As consultas de acompanhamento do CD são realizadas pela enfermeira da unidade, a qual passa todas as orientações para a genitora. Na consulta inicial na unidade realizamos o teste do pezinho na primeira semana de vida, orientações sobre amamentação e vacinas.	Iniciamos uma atividade de CD coletivo para as crianças uma vez por mês na unidade de saúde. Essa ação teve início no mês de junho e aproveitamos para realizar nossa festa junina na ocasião do CD coletivo.	Nossa unidade não tem estrutura adequada para realizar essas atividades coletivas por falta de espaço apropriado, estamos esperando a inauguração da nova unidade de saúde que já está quase pronta para tentarmos novamente incluir essa atividade coletiva no cronograma da equipe.
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).	Na unidade temos HIPERTENSÃO que serve para orientarmos os pacientes com (HAS),(DM), obesidade, entre outros. Então, nesse dia as atividades são voltadas para esses	Com a avaliação do PMAQ observamos que falta o apoio dos grupos na unidade básica, para esses pacientes.	Nossa ação é destinada a melhorar o estilo de vida desses pacientes mediante palestras educativas, orientações, promovendo atividade física, dicas de alimentação saudável, monitoramento do peso e exames laboratoriais, para que possam ter uma



	pacientes.		evolução adequada dessas doença.
--	------------	--	-------------------------------------

]





---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

[Neste trabalho foram realizadas seis microintervenções, as quais cada um teve uma grade relevância para o nosso crescimento profissional e aprendizados, para ajudar ainda mais a população do nosso território.

Cada uma microintervenção teve um papel fundamental, pois trabalhamos os principais temas que são mais encontrados na unidade básica, tais como: hipertensão arterial, diabetes, aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento infantil, saúde mental, doenças crônicas e acolhimento. Como por exemplo, a intervenção sobre saúde mental, teve uma grande importância, pois temos na unidade um grande número de usuários de benzodiazepínicos, sem o acompanhamento regular. E com a intervenção iremos realizar um controle dessas medicações e desses usuários.

Foi uma experiência incrível, pois conseguimos unir nossa equipe e montar estratégias em prol de melhorar ainda mais sobre esses temas, fazendo com quem também outros temas possam ser discutidos posteriormente e assim vamos melhorando cada vez mais.

]

---

---

---

## REFERÊNCIAS

[BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (Ed.). **Atenção ao pré-natal de baixo risco: Normas e manuais técnicos**. 32. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Caderno de atenção básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde (Ed.). **Saúde da criança: Nutrição infantil: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. Caderno de Atenção Básica.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde (Org.). **Política nacional de humanização: documentos para gestores e trabalhadores SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. Color.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretária Executiva (Org.). Núcleo técnico de política nacional de humanização: **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Brasil.

DUNCAN; SCHMIDT (Ed.). **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: Saúde no Brasil**. 2011. Maria Inês. Disponível em: <[www.dms.ufpel.edu.br](http://www.dms.ufpel.edu.br)>. Acesso em: 21 out. 2018.

FIGUEIREDO; NUNES, Elisa. **Implantação de acolhimento e classificação de risco em unidades básicas de saúde: desafios para o profissional de enfermagem**. 2010. 28 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Ufmg, Minas Gerais, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, Brasília. **Secretária de Atenção à saúde: Promovendo o aleitamento materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 1 v.

ROZ (São Paulo). Correios da Sbp (Ed.). **A importância do Aleitamento Materno para o recém nascido e o desejo da mulher.:** Impasse na pediatria. 2001. Correios da SBP. Disponível em: <[www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br)>. Acesso em: 01 fev. 2001.

SOUSA, L. A. A.; ESTECHE, F. F. Módulo 9: **Controle das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Unidade 2: Diabetes mellitus e obesidade**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 27.

]





---

## APÊNDICES

---

---

---

		Micro Área -Nome do ACS:			
Paciente:	Cartão do SUS:	Sexo:	Idade:	Psicofármacos em uso contínuo:	Local de acompanhamento:

---

---

## ANEXOS

---

---



