



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 – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PEP SUS) – RELATO
DE EXPERIÊNCIA DAS MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MONTE LÍBANO - NATAL/RN**

LÍDIA GALVÃO WILHELM

NATAL/RN
2018

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA (PEPSUS) – RELATOS DE EXPERIÊNCIA DAS
MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
MONTE LÍBANO-NATAL/RN

LÍDIA GALVÃO WILHELM

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

Dedico este trabalho ao meu companheiro Artur Wilhelm por sua paciência e poio
constantes.

Agradeço a todos os colegas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente a meu colega Mackson, sem ajuda do qual tudo seria mais difícil.

RESUMO

A demanda cada vez maior por profissionais capacitados em Atenção Primária a Saúde (APS) e dispostos a trabalhar em áreas mais carentes do nosso país, estimulou a criação do Projeto Mais Médicos (PMM) e, conseqüentemente, a organização do curso de especialização em Saúde da Família através do Programa de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde (PEPSUS), direcionado para esses profissionais. Esse trabalho faz parte das atividades de conclusão desse curso e tem como objetivo apresentar atividades desenvolvidas, seus resultados e conclusões. A metodologia utilizada foi a elaboração de uma coletânea dos seis relatos das experiências realizadas com as microintervenções desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família Monte Líbano nas áreas de Autoavaliação pelo AMAQ-AB, 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, as propostas de continuidade, suas dificuldades, potencialidades identificadas e enfrentadas no desenrolar da experiência. Dessas microintervenções surgiram várias propostas de mudança de práticas nestas seis áreas de atuação com maior qualificação dos profissionais envolvidos, bem como melhora na qualidade da atenção aos usuários.

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde Reprodutiva. Saúde Mental.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
CAPÍTULO I	09
CAPÍTULO II	15
CAPÍTULO III	20
CAPÍTULO IV	25
CAPÍTULO V	29
CAPÍTULO VI	34
CAPÍTULO VII	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES.....	49

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho se trata de uma coletânea de seis relatos de experiência construídos a partir de microintervenções realizadas no território da Unidade Saúde da Família Monte Líbano onde trabalho.

A minha atuação na área da atenção primária em saúde vem de longa data, pois sempre trabalhei no nível básico por opção. A experiência com microintervenções surgiu juntamente com a participação neste curso e sinalizou novas formas de melhorar a qualidade do atendimento em unidades onde a criatividade é um item necessário.

Enfim, convido todos a lerem o meu trabalho e minhas propostas.

CAPÍTULO I: ESTAMOS CRESCENDO

Colaborador: Mackson Emiliano Farias da Silva (Agente Comunitário de Saúde)

Com este relato, pretendemos apresentar a experiência de nossa equipe (equipe 3) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Monte Líbano, num exercício de autoavaliação, utilizando o modelo Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), ferramenta criada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de auxiliar a melhoria dos serviços oferecidos à população. A partir dessa autoavaliação, elaboramos uma Matriz de Intervenção com a finalidade de planejar as ações a serem executadas, além de um instrumento capaz de avaliar e monitorar um dos indicadores de desempenho do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ).

A preocupação com a qualidade do serviço oferecido à população é inerente tanto aos gestores quanto aos profissionais das equipes de saúde. O AMAQ é capaz de estimular as reflexões dessas equipes, no sentido de identificar falhas e propor ações que possibilitem melhoria da qualidade dos serviços.

O AMAQ trabalha com 4 dimensões e 14 subdimensões, sendo 7 relacionadas à Gestão e 7 à Unidade Básica.

Figura 1 – Quadro de Dimensão e Subdimensões

Dimensão	Subdimensões
<u>Unidade Básica</u>	H - Infraestrutura e equipamentos (8 Padrões); I - Insumos, imunobiológicos e medicamentos (8 Padrões).
<u>Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde</u>	J - Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica (3 Padrões); K - Organização do processo de trabalho (14 Padrões); L - Atenção integral à saúde (35 Padrões); M - Participação, controle social e satisfação do usuário (4 Padrões); N - Programa Saúde na Escola (6 Padrões).

Fonte: Elaboração da autora (2018)

É um instrumento que se propõe a identificar pontos positivos e negativos no desenvolver das atividades, favorecendo a elaboração de estratégias para enfrentamento das deficiências.

A reunião das equipes e discussão conjunta dos problemas constitui outra grande vantagem na autoavaliação, pois, a partir daí, surgem propostas de ações com melhora na qualidade do serviço.

Na nossa UBS, o AMAQ já tinha sido aplicado no final de 2017. Decidimos, então, utilizar esses mesmos dados para fazer a reavaliação. Reunimos a nossa equipe, composta por mim (médica), 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que 1 técnica de enfermagem estava de férias e temos carência de 2 ACS, o que dificulta o trabalho de duas microáreas. Além das discussões do grupo, participamos e colocamos em discussão o AMAQ na reunião geral da Unidade.

Os Padrões de cada subdimensão foram analisados e, ao final, classificados em dois grupos. Os que tiveram nota acima de 7, estavam no grupo Melhores Desempenhos. Já os que tiveram nota abaixo de 5, ficaram no grupo Piores Desempenhos, assim, ilustrado no quadro seguinte.

Figura 2 – Quadro de Classificação dos Padrões

Classificação dos Padrões	
Melhores Desempenhos (nota acima de 7)	31 (3.2; 3.8; 3.10; 3.11; 4.1; 4.2; 4.4; 4.5; 4.6; 4.9; 4.11; 4.12; 4.13; 4.16; 4.18; 4.20; 4.21; 4.22; 4.24; 4.25; 4.26; 4.29; 4.31; 4.33; 4.34; 4.36; 4.42; 4.43; 4.44; 4.46; 4.51) 47% dos 65 Padrões
Piores Desempenhos (nota abaixo de 5)	12 (3.3; 3.5; 3.6; 3.7; 3.13; 3.15; 4.3; 4.19; 4.35; 4.37; 4.39; 4.52) 18% dos 65 Padrões

Fonte: Elaboração da autora (2018)

Fomos orientados para que escolhêssemos uma subdimensão com nota igual ou abaixo de 5 que fosse relevante e factível para equipe e elaborássemos uma Matriz de Intervenção com estratégias para enfrentamento do problema. A maioria das 12 subdimensões com pior desempenho tinham a ver com equipamentos, material e estrutura e, portanto, não estavam na nossa área de interferência.

Uma subdimensão chamou nossa atenção por ser algo que vinha ocorrendo e escapando da nossa percepção: a puericultura em crianças na faixa de 2 a 9 anos de idade não estava acontecendo de maneira regular. Ao completar 2 anos de idade, as crianças praticamente tinham “alta” e só voltavam ao serviço se estivessem doentes.

Atualmente, tem chamado atenção dos médicos que atendem crianças, o fato de estarem sendo identificadas doenças de adultos com origem na infância, tais como a obesidade, diabetes, hipertensão e outras. A vida sedentária e alimentação não saudável são algumas causas desses problemas (RICCO, CIAMPO e ALMEIDA 2008). Segundo AMAQ (2016), 16,6% das meninas e 18,8% dos meninos brasileiros de 5 a 9 anos estão obesos. Por outro lado, o avanço das altas tecnologias e superespecializações com a cultura da medicalização em detrimento do cuidado, “fatiam” a criança, ficando o “indivíduo” em segundo plano (RICCO, CIAMPO e ALMEIDA 2008). Para que possamos reduzir doenças em adultos, devemos cuidar das crianças (RICCO, CIAMPO e ALMEIDA 2008). Nesse cenário, decidimos implantar a atividade da puericultura na faixa etária de 2 a 9 anos, contemplando a recomendação do Ministério da Saúde. Elaboramos, então, a Matriz de Intervenção com as estratégias definidas para tal.

Matriz de Intervenção

Descrição Padrão: 4.19 A equipe de Atenção Básica acompanha as crianças com idade até nove anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.

Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Abandono da puericultura após os 2 anos de idade.

Objetivo/Meta: Implantar a puericultura para crianças na faixa etária 2 a 9 anos.

Figura 3 – Quadro de Matriz de Intervenção

Estratégia para alcançar os objetivos/metabol	Sensibilizar familiares e equipes para importância da puericultura
Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	<ul style="list-style-type: none"> - Criar o Cadastro de Crianças de 2 a 9 anos de idade; - Reunião com familiares que tenham filhos menores de 2 anos que estão na puericultura; - Utilizar o Bolsa Família para identificar e cadastrar crianças de 2 a 9 anos de idade; - Realizar o Cadastro das crianças na faixa etária de 2 a 9 anos que venham à Unidade; - Realizar busca ativa na comunidade pelos agentes comunitários de saúde;
Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos; - Recursos materiais: material de expediente.
Resultados esperados	Ter a atividade de puericultura implantada para crianças de 2 a 9 anos de idade.
Responsáveis	Dra. Lídia
Prazos	1 mês
Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação sistemática pela equipe; - Controle de comparecimento das crianças cadastradas em planilha eletrônica; - Elaboração de um Gráfico para monitoramento dos dados; - Criação de um Painel de Monitoramento dos Indicadores a ser afixado na sala de espera.

Fonte: Elaboração da autora (2018)

Levando em conta os indicadores de desempenho estabelecidos na Aula 2 da Unidade 4, decidimos elaborar um instrumento de monitoramento do percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida. Desta forma, criamos a tabela abaixo para monitorar o indicador.

Figura 4 - Tabela do indicador de desempenho 7.

7. Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	
Quantidade de recém-nascidos da Equipe	X
Consultas realizadas de recém-nascidos da Equipe	Z
Percentual de recém-nascidos atendidos	<u>Y%</u>

Fonte: Elaboração da autora (2018)

Enfrentei dificuldades na realização da tarefa: não havia arquivos do AMAQ de 2017 na Unidade e ninguém sabia onde achá-los; não compreendia bem como desenvolver as tarefas solicitadas; enfrentei resistência no sentido de sensibilizar e reunir os colegas para discutir o AMAQ; a sobrecarga de atividades na Unidade e nas tarefas do PEPSUS também dificultaram o trabalho, além do desconhecimento na área de informática e *internet*.

Mas, enfim, com ajuda e participação dos colegas, estamos conseguindo concluir esta etapa da melhor forma possível. Que venha a próxima etapa.



CAPÍTULO II: UM OLHAR MAIS HUMANO

Colaborador: Mackson Emiliano Farias da Silva (Agente Comunitário de Saúde)

Neste relato vamos avaliar a experiência do acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Monte Líbano, as dificuldades apresentadas na sua implantação, os desafios na sua manutenção, bem como as melhorias no processo de trabalho e na atenção à saúde da população.

O acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua entrada até sua saída¹. Juntamente com a classificação de risco é um instrumento capaz de acolher o cidadão com um melhor acesso aos serviços, humanizando o atendimento, e tem como objetivos: a escuta qualificada, a classificação de queixas, a construção de fluxos de atendimentos e o ordenamento da assistência².

Com esse enfoque, o acolhimento com classificação de risco foi apresentado à equipe da unidade como proposta de micro intervenção. Para sua explanação contamos com a colaboração de alunos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que cumpriam estágio de Saúde Coletiva em nossa unidade. Iniciaram-se as discussões a respeito da temática e foi percebida ao longo da apresentação, grande resistência por boa parte da equipe, com alegações que dificultavam a implantação da estratégia na realidade local, entre as quais destacam-se a carência de profissionais, a ambiência inadequada, a resistência da odontologia que não se sentia capacitada para desenvolver o trabalho e corporativismos.

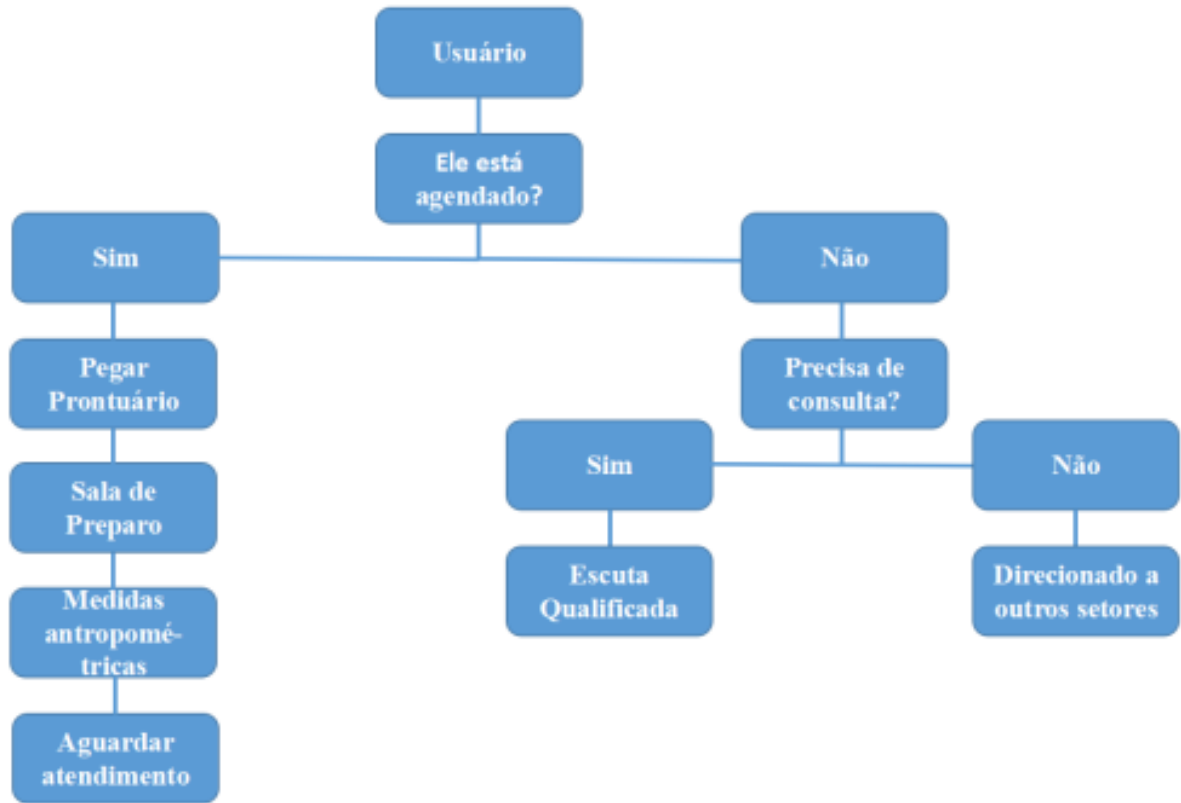
Desse modo, apesar do estranhamento inicial por parte da equipe, várias reuniões se sucederam. Nesse percurso, outras experiências bem sucedidas foram apresentadas e aos poucos as resistências estão sendo rompidas. Foi iniciado, então, o processo de organização do trabalho e, nesse movimento, a participação dos estagiários com o seu entusiasmo tem sido de fundamental importância, pois contribuiu para quebrar as barreiras e convencer a equipe da viabilidade e benefícios da proposta.

¹BLOG RHS. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>> Acesso em: 18 de julho de 2018.

² SEMUS São Luís -MA. **Protocolo de Atendimento com Classificação de Risco**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf> Acesso em: 18 de julho de 2018.

De início, um fluxograma para orientar o acolhimento na escuta rápida e na escuta qualificada foi elaborado, conforme imagem abaixo, assim como foi também adotado um protocolo de qualificação de risco adaptado para atenção básica.

Figura 5 - Fluxograma do Acolhimento



Fonte: Adaptado de Capacitação - UBS Monte Líbano (2017, p. 5)

Figura 6 – Quadro de Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica

Situação não aguda
Conduas possíveis:
<ul style="list-style-type: none">• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).• Agendamento/programação de intervenções.• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Situação aguda ou crônica agudizada
<p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: Adaptado de Capacitação - UBS Monte Líbano (2017, p. 7)

A população demonstrou no início certa resistência, porém foi percebendo que esse novo modelo de organização trazia vantagens, pois acabava com as filas na madrugada, a longa espera para marcar uma ficha e inclusive, não era mais necessário se recorrer a ‘compra de fichas’ para garantir seu atendimento. Nessa lógica de organização se permite que as necessidades de saúde sejam atendidas prioritariamente e com resolutividade, evitando o retardo no enfrentamento das doenças e proporcionando o tratamento e recuperação mais rápidos.

Com o tempo, o novo modelo entrou na rotina da unidade e como em todo processo de mudança, outras fragilidades foram surgindo: uma das enfermeiras se afastou por aposentadoria, havendo dificuldades para substituição e complementação da escala; a escuta qualificada foi transferida para outro local com a pretensão de “agilizar” o atendimento e, assim, aos poucos a estratégia do acolhimento estava sendo transformada em marcação de consulta e se tornando praticamente inoperante.

Diante dessa nova realidade foi promovida uma reunião com a equipe para discutir os novos caminhos a serem seguidos. Os colegas mais resistentes continuavam com as mesmas alegações, porém, os depoimentos da maioria dos profissionais foram favoráveis a manutenção do acolhimento, ressaltando que a população estava mais satisfeita com o

modelo atual do que com o anterior de organização do trabalho e por estas razões a equipe deveria reforçar a escuta qualificada.

Nesse sentido, foi definido um espaço melhor estruturado para acolher a escuta qualificada e incluímos os profissionais da odontologia na escala do acolhimento. Assim, apesar das dificuldades, mais uma vez estávamos investindo e acreditando no acolhimento como estratégia de reorganização do processo de trabalho na perspectiva de ofertar um atendimento de qualidade, rápido e efetivo.



CAPÍTULO III: CUIDANDO DO FUTURO

Colaborador: Mackson Emiliano Farias da Silva (Agente Comunitário de Saúde)

Em 1983 o Ministério da Saúde (MS) através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, com objetivo de reduzir a mortalidade.

Os objetivos gerais³ envolvem:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, de prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro;
- Contribuir para redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causa evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Desde então, o SUS vem investindo na qualidade dos serviços oferecidos à população, visando garantir a saúde reprodutiva com o seu planejamento reprodutivo, o pré-natal, o puerpério, entre outros.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalho, isso vem sendo desenvolvido e estamos, com regularidade, avaliando nossos serviços através do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). A maioria dos itens avaliados de acordo com o manual de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ) mostraram desempenho satisfatório.

Nesta microintervenção, decidi por realizar uma atividade educativa de planejamento reprodutivo e outra de pré-natal que fazem parte da rotina de trabalho na unidade. As atividades foram programadas com a participação de alunas de enfermagem que fazem parte da nossa equipe e que contribuem com seu entusiasmo para envolvimento de todos.

³ **Compromisso e Atitude.** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher/>> Acesso em: 8 de agosto de 2018.

Figura 7 – Reunião em Equipe



Fonte: Elaboração da autora (2018)

O planejamento reprodutivo foi apresentado para as usuárias em roda de conversa, onde foram demonstrados todos os métodos contraceptivos, com participação ativa das mesmas e interesse, principalmente, em relação aqueles métodos usuais como o Dispositivo Intra Uterino (DIU) e o diafragma. Foram ainda enfocados os cuidados com a pré concepção ,imunização, exames, uso de ácido fólico, etc. A participação do homem no planejamento do casal e os cuidados com a prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Nessa ocasião, foram oferecidos testes rápidos de Hepatites B e C, Sífilis e HIV para aquelas que os desejassem.

Figura 8 – Planejamento Reprodutivo



Fonte: Elaboração da autora (2018)

A atividade educativa realizada com o grupo de gestante faz parte das atividades rotineiras mensais com a participação de todas as gestantes.

Figura 9 – Grupo de Gestante



Fonte: Elaboração da autora (2018)

Nessa roda de conversa foi focado um tema principal, além das orientações gerais. Foram discutidos os cuidados com o preparo das mamas para a amamentação, além de hábitos de vida saudável, exercício físicos, saúde mental, bem como, o estímulo à participação do companheiro nas consultas do pré natal.

O puerpério também foi focado como um momento de extrema importância, não só com os cuidados com a saúde da mãe mas também, como o teste do pezinho.

Figura 10 – Grupo de Gestante com presença de esposos



Fonte: Elaboração da autora (2018)

Fazem parte da atividade do pré natal a visita à Maternidade onde as mesmas se familiarizam com o local onde vão ser atendidas para o parto.

Figura 11 – Visita à Maternidade



Fonte: Elaboração da autora (2018)

Todo protocolo do MS é seguido, e o sistema é de “portas abertas”, ou seja, qualquer gestante tem seu atendimento garantido na unidade, independente de ser de outra área em particular.

Todas essas atividades são desenvolvidas com muita garra e compromisso pois sempre necessitamos enfrentar obstáculos tais como, carência de material educativo, falta de kits de demonstração, cadeiras e ambiência, ou seja, situações além da nossa capacidade de solução. Por outro lado, temos ganhos na prática de acolhimento, conhecimento técnico a partir do preparo das atividades, na relação com os usuários e com nossos colegas de trabalho. No trabalho coletivo identificamos fraquezas e fortalezas que nos garantem crescimento pessoal, da equipe e principalmente, ajudam a fortalecer o vínculo com a comunidade.



CAPÍTULO IV: DE PORTAS ABERTAS

Colaborador: Mackson Emiliano Farias da Silva (Agente Comunitário de Saúde)

O movimento da reforma psiquiátrica com o processo de desinstitucionalização, vem favorecendo a construção de estruturas externas capazes de substituir os hospitais psiquiátricos e, dessa forma, construir uma rede de atenção de acordo com cada grau de complexidade. A Unidade Básica de Saúde se coloca em seu nível mais básico.

Em nossa unidade, estamos participando de um curso de especialização e no módulo de saúde mental, como tarefa de microintervenção, foram colocados para nossa reflexão, alguns tópicos de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) que subsidiariam iniciativas para melhorar a assistência para nossa comunidade.

Um dos nossos grandes problemas identificados foi a constatação de que sequer conhecíamos os nossos usuários de saúde mental: não contávamos com nenhum instrumento de registro de pessoas que usam medicação ou álcool e outras drogas. Juntamente com essa reflexão, foi proposto a elaboração de um instrumento que nos permitisse conhecer e melhorar o acompanhamento de usuários de psicotrópicos.

Reunimos a nossa equipe e colocamos em discussão qual seria a melhor forma de registro e que dados seriam inseridos no mesmo.

Figura 12 – Reunião de Equipe



Fonte: Elaboração da autora (2018)

Optamos, então, por elaborar uma planilha como se apresenta abaixo, para implantação imediata.

Figura 13 – Registro de Saúde Mental

REGISTRO DE SAÚDE MENTAL

Número	Nome	Cartão Nacional do SUS	Número do Prontuário	CID 10	Medicação

Fonte: Elaboração da autora (2018)

Cada usuário de saúde mental que vá à unidade para atendimento terá seus dados inseridos na planilha e seu número registrado no cartão de prontuário, para não ocorrer risco de duplo registro. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também deverão fazer busca ativa daqueles mais resistentes ao atendimento.

Ao chegar esse usuário à UBS, o que podemos oferecer em relação ao atendimento? Como está organizada a nossa rede de atenção? Emergiram do grupos, essas questões problematizadoras.

Novamente nos reunimos enquanto equipe para conversar a respeito dessa rede e sobre o que podemos fazer para melhorar esse atendimento.

No Distrito Oeste, onde estamos inseridos, temos as seguintes unidades da rede com as quais podemos contar ao encaminhar os nossos usuários e ao elaborar para cada um a sua linha de cuidados:

- Policlínica da Cidade da Esperança;
- Centro de Atenção PsicoSocial Infantil (CAPS-I);
- Centro de Atenção PsicoSocial (CAPS);
- Centro de Convivência;
- Centro de Atenção PsicoSocial Alcool e Drogas (CAPS-AD);
- Hospital Colônia Doutor João Machado.

Como exemplo, vamos relatar a construção da linha de cuidados para uma usuária do nosso serviço, a adolescente L. B. G. X. de 16 anos que frequenta nossa unidade desde de Janeiro de 2018, quando chegou apresentando um quadro depressivo grave, com tentativas de suicídio. Foi medicada e encaminhada para o CAPSI onde começou a ser atendida pelos psicólogo e psiquiatra e ainda, acompanhada pela equipe da UBS. Há uma semana, a mãe nos procurou preocupada pelo fato da filha recusar a medicação prescrita, continuar com pensamentos negativos e tentar o suicídio duas vezes no último mês.

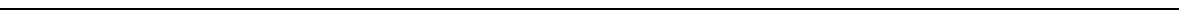
Desse modo, solicitei a vinda da usuária para consulta e juntamente com a mãe conversamos a respeito das alternativas de tratamento disponíveis. A mesma referiu que a psicoterapia “não acrescentava nada”, a medicação a deixava “como um zumbi” e “era antissocial” para participar de grupos. Enfim, foi aventada a possibilidade de internação, alternativa que teve a sua aceitabilidade como “esperança” de controle e melhor adaptação ao tratamento. A dificuldade era conseguir alguém para acompanhá-la na internação.

A psiquiatra foi articulada no CAPSI e fez a solicitação de vaga no hospital. A família saiu em busca de alguém para companhia e, assim, ficou traçada a linha de cuidados de L. B. G. X. articulando Unidade Básica de Saúde, CAPSI e hospital.

Não foi uma tarefa das mais simples, em virtude das dificuldades enfrentadas:

- Não existe na rotina, uma integração das equipes das várias unidades;
- Não contamos com o NASF para matriciamento e, dessa forma, ficamos sem apoio para discussão e encaminhamento dos casos;
- O sistema de referência e contra-referência não funciona, faltam vagas para consultas especializadas e quando elas acontecem não nos chegam as contra-referências.

No entanto, contamos com vários pontos positivos: o estímulo à participação das equipes da minha unidade nas discussões de casos, a melhora das relações entre as unidades da rede de cuidados e, enfim, a possibilidade concreta de organizarmos a linha de cuidados da nossa adolescente com a sua participação e a definição daquele tratamento mais viável para a mesma.



CAPÍTULO V: CRESCENDO COM QUALIDADE

Colaborador: Mackson Emiliano Farias da Silva (Agente Comunitário de Saúde)

Ao analisar a tarefa do Módulo de Crescimento e Desenvolvimento (CD), encontrei-me novamente em contato com o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e suas recomendações.

Um questionário havia sido elaborado baseado nesse programa, contemplando as atividades desenvolvidas na atenção à criança e que identificava como estavam organizadas as ações na nossa unidade.

Figura 14 - Tabela de Questionários

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	X	

meses?		
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Fonte: “Questionário para Microintervenção.doc” da Biblioteca Virtual PEPSUS do módulo 8 – Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento, adaptado pela autora (2018)

Para essa análise, utilizamos a reunião semanal da equipe para discutir e assinalar cada item de acordo com a resposta sendo “sim” ou “não”.

Figura 15 - Reunião de Equipe



Fonte: Elaboração da autora (2018)

A maioria das questões obtiveram a concordância de todos, porém em algumas situações foram identificadas falhas, tais como:

- O cadastro das crianças menores de 2 anos fica incompleto por falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais em várias microáreas;
- A inter-relação com outras unidades da Rede de Atenção como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Conselho Tutelar, praticamente não existe em casos de violência familiar e acidentes.

Todos os registros de acompanhamento das crianças são feitos na Caderneta de Saúde e no seu prontuário, bem como os registros das vacinas que são feitos em ficha espelho específica.

Como experiência exitosa podemos relatar a implantação do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) para crianças de 2 a 9 anos, além da realização de CD's coletivos. Essas atividades já vem acontecendo a partir de uma intervenção realizada

no primeiro módulo do Curso de Especialização do PEPSUS. Desde essa época, as crianças vêm sendo cadastradas e o primeiro CD coletivo foi então realizado.

Figura 16 – Roda de conversa no CD Coletivo



Fonte: Elaboração da autora (2018)

As crianças foram agendadas e na reunião foram medidas e pesadas, calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo todos os dados registrados na Caderneta da Criança e no Prontuário. Foram discutidas em roda de conversa, a importância da Caderneta e do acompanhamento do CD, a prevenção de riscos para a saúde, a alimentação saudável e, finalizando, o esclarecimento de dúvidas para as mães e encaminhamento necessário.

Figura 17 – CD Coletivo



Fonte: Elaboração da autora (2018)

Concluimos essa reunião com a certeza que estamos no caminho certo e com a garantia de estarmos oferecendo a essas crianças melhor qualidade de vida e saúde.



CAPÍTULO VI: Futuro com Qualidade

Colaborador: Mackson Emiliano Farias da Silva (Agente Comunitário de Saúde)

À semelhança de outros capítulos do PEPSUS, neste módulo de controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), foram levados em conta os requisitos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) para avaliação das atividades desenvolvidas em nossa unidade.

Uma tabela foi elaborada e nos foi apresentada para que fosse analisada e classificada de acordo com a existência ou não das várias atividades ou itens de organização do serviço, como vemos abaixo:

Figura 18 – Registro de Portadores de Diabetes e Hipertensão

Registro de Portadores de Diabetes e Hipertensão

Nº	Nome	CNS	Prontuário/ Agente	Telefone	Diagnóstico	Medicação

Fonte: Elaboração da autora (2018)

Reunimos, então, a equipe para discutir cada item da tabela e assinalamos “Sim” ou “Não” de acordo com a situação de cada atividade.

Figura 19 – Reunião de Equipe



Fonte: Elaboração da autora (2018)

Numa segunda reunião, retomamos as discussões no sentido de definir um item que fosse considerado prioridade na organização do serviço e planejar uma ação para ser desenvolvida. Foram consideradas como itens indispensáveis: a existência de registro dos usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), bem como daqueles de maior risco/gravidade.

Ao final, ficou definido que fosse elaborada uma tabela para registro de todos os usuários portadores de DM e HAS para aqueles usuários de maior risco/gravidade seria implantado um modelo de Registro de Pacientes Orientado pela Clínica (RPOC) elaborado por mim como atividade do Fórum Café da Saúde Coletiva deste mesmo curso.

Figura 20 – Questionário para microintervenção – VI

Questionário para microintervenção

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	

Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	5 dias		5 dias	
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


<p>A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?</p>	X		-	-
<p>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?</p>		X	-	-
<p>A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?</p>		X	-	-
<p>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.</p>				
<p>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?</p>	X		X	

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

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


Fonte: "Questionário para microintervenção.docx" da Biblioteca Virtual PEPSUS do módulo 9 – Controle das Doenças Crônicas Não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, adaptado pela autora (2018)

Figura 21 – Folha de Rosto Individual do Usuário



Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MONTE LÍBANO
FOLHA DE ROSTO INDIVIDUAL DO USUÁRIO



<u>RPOC - SOAP</u>			
Nome: _____			
CNS: _____		DN: _____	
Endereço: _____			
Telefone: _____			
Alergias: _____			

<u>LISTA DE PROBLEMAS</u>			
<u>CRÔNICOS</u>	<u>ATIVOS</u>	<u>PASSIVOS</u>	<u>DATA DE OCORRÊNCIA</u>

<u>AGUDOS</u>	<u>DATA DE OCORRÊNCIA</u>						

<u>MEDICAMENTOS EM USO</u>	

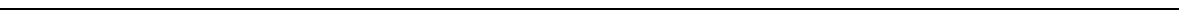
<u>EXAMES</u>	

Fonte: Elaboração da autora (2018)

Para a elaboração dessa experiência não enfrentei grandes dificuldades, pois eram iniciativas dependentes quase exclusivamente do envolvimento da equipe, que se apresentou participativa e envolvida nas discussões apesar de alguns obstáculos em relação a horário disponível para as reuniões.

Os obstáculos deverão surgir com o desenrolar das atividades, pelas dificuldades administrativas “falta de suporte e material”, carência de recursos humanos (2 Agentes Comunitários de Saúde) e tempo disponível para o trabalho.

No entanto, espero que, o que é hoje um exercício, parte de um curso de especialização, transforme-se em rotina de serviço e possibilite o acompanhamento desses usuários, com melhor qualidade e resultados.



CAPÍTULO VII:

Figura 22 – Matriz de Intervenção

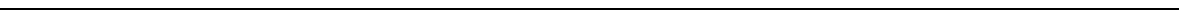
MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
1– Estamos Crescendo	Com este relato apresentamos a experiência da nossa equipe com o exercício de auto avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade AMAQ com o objetivo de auxiliar a melhoria dos serviços oferecidos à população.	Elaboração de Matriz de Intervenção com a finalidade de planejar as ações a serem executadas e de um instrumento de avaliação e monitoramento e implantação da atividade de puericultura para a criança de 2 a 9 anos de idade.	-Implementar as ações de puericultura; -Controle de comparecimento das crianças cadastradas; -Avaliação sistemática das atividades pela equipe; -Manter a busca ativa das crianças na comunidade.
2- Um Olhar Mais Humano	Neste relato vamos avaliar a experiência de acolhimento na Unidade da Saúde da Família Monte Líbano, as dificuldades enfrentadas na sua implantação, os desafios na sua manutenção, bem como as melhorias no processo de trabalho e na atenção à saúde da população.	Elaboração de fluxograma para orientar o acolhimento na escuta rápida e qualificada; e de protocolo de risco adaptado para atenção básica. -Diminuição das filas e da espera para marcação de consulta, cancelamento das “compras de fichas” e atendimento mais rápido e efetivo.	-Manutenção das escalas e atendimentos nas escutas; -Controle das atividades com reuniões de avaliação rotineiras com todas as equipes.

<p>3- Cuidando Do Futuro</p>	<p>Neste relato de experiência demonstramos o trabalho de nossa equipe no Planejamento Reprodutivo a partir da auto avaliação em trabalho de melhoria da qualidade e atenção no pré-natal, planejamento, puerpério e outras atividades rotineiras.</p>	<p>Envolvimento das equipes na realização das atividades, bem como a maior participação das usuárias com consequente melhor informação e cuidados com a saúde.</p>	<p>-Reuniões rotineiras mensais com gestantes; -Roda de conversa com as usuárias sobre planejamento; -Atividades programadas em saúde da mulher em geral.</p>
<p>4- De Portas Abertas</p>	<p>Neste relato, procurei demonstrar as discussões feitas com as equipes na questão do atendimento dos usuários de saúde mental. Suas formas de registros e a composição de sua rede de atenção.</p>	<p>Criação de cadastro de usuários em planilha com dados pessoais e medicação utilizada. Identificação da rede de atenção.</p>	<p>-Cadastro permanente de usuários; -Busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); -Articulação mais ativa com elaboração de linhas de cuidado para usuários mais complexos.</p>
<p>5- Crescendo Com Qualidade</p>	<p>O presente relato pretende demonstrar como, na UBS onde trabalho, encontra-se organizado o atendimento às crianças da nossa comunidade. As ações de puericultura estão organizadas em grupos de menores de 2 anos e de crianças dos 2 aos 9 anos de idade.</p>	<p>As crianças menores de 2 anos já têm atendimento de rotina e contam com ações individuais e de Crescimento e Desenvolvimento (CD) Coletivo. As maiores de até 9 anos passaram a participar também com o CD Coletivo e puericultura 1 vez ao ano.</p>	<p>-Manter registros atualizados nas cadernetas da criança; -Busca ativa de faltosos na comunidade, em registros do Bolsa Família e em ações em creches e escolas.</p>

6- Futuro De Qualidade	Neste relato, à semelhança de outros anteriores foram levados em conta os requisitos do PMAQ- AB para avaliação das atividades de controle das doenças crônicas não transmissíveis na nossa Unidade. Foi elaborada uma tabela para registro de usuários e preenchido o questionário com itens da PMAQ-AB.	Foi ainda elaborado uma folha de rosto para os prontuários dos usuários com maior gravidade (Registro de Paciente Orientado pela Clínica – RPOC).	-Implantação do RPOC em usuários de maior gravidade; -Manutenção de cadastro dos usuários com busca ativa pelos ACS.
---------------------------------------	--	---	--

Fonte: “PLANO DE CONTINUIDADE.docx” da Biblioteca Virtual PEPSUS do módulo 12 – Monitoramento e Avaliação, adaptado pela autora (2018)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenrolar desse trabalho, pude verificar que várias situações eram similares em muitas áreas de atuação. Cheguei à conclusão de que não conhecia a nossa população, pois não tínhamos cadastro de usuários, principalmente daqueles mais graves. Enfrentei dificuldades com o envolvimento das equipes nas atividades propostas nas intervenções, criando questionamentos para execução das tarefas, dificuldades em relação à gestão (déficit de materiais, instrumentais, como exemplos). As ações de microintervenção, por sua vez, serviram de estímulo para mudança de várias práticas tais como retorno à rotina de reuniões semanais da equipe com uma pauta de temas técnicos, além das discussões das atividades comuns ao dia a dia. A situação mais desafiadora foi aquela na qual necessitei articulação externa para a elaboração de uma linha de cuidado em Saúde Mental, pela inexistência da assessoria do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e desarticulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Essas atividades das microintervenções foram de grande importância no sentido de estimular mudanças e conseguir avanços nas práticas da unidade de saúde garantido, assim, atenção mais efetiva e maior qualidade.

REFERÊNCIAS

CASTRO, Matheus Augusto Araújo, BRITO, Carolina Lemos de. **Capacitação – UBS Monte Líbano** [Arquivo tipo .pptx]. Natal/RN: UFRN; 2017.

BLOG RHS. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <<http://redehumanizausus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>> Acesso em: 18 de julho de 2018.

Compromisso e Atitude. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher/>> Acesso em: 8 de agosto de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Questionário para microintervenção**. Disponível em: <<https://avusus.ufrn.br/course/view.php?id=92>> Acesso em 09 de novembro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Questionário para Microintervenção**. Disponível em: <<https://avusus.ufrn.br/course/view.php?id=94#conteudo>> Acesso em 09 de novembro de 2018.

RICCO, Rubens B.; CIAMPO, Luiz A. D.; ALMEIDA, Carlos A. N.. **Puericultura Princípios e Práticas: Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SEMUS São Luís -MA. **Protocolo de Atendimento com Classificação de Risco**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf> Acesso em: 18 de julho de 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FIGURA 13 – REGISTRO DE SAÚDE MENTAL

REGISTRO DE SAÚDE MENTAL

Número	Nome	Cartão Nacional do SUS	Número do Prontuário	CID 10	Medicação

Fonte: Elaboração da autora (2018)

APÊNDICE B - FIGURA 18 – REGISTRO DE PORTADORES DE DIABETES E HIPERTENSÃO

Registro de Portadores de Diabetes e Hipertensão

Nº	Nome	CNS	Prontuário/ Agente	Telefone	Diagnóstico	Medicação

Fonte: Elaboração da autora (2018)



APÊNDICE C – FIGURA 21 – FOLHA DE ROSTO INDIVIDUAL DO USUÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MONTE LÍBANO
 FOLHA DE ROSTO INDIVIDUAL DO USUÁRIO



<u>RPOC - SOAP</u>	
Nome:	_____
CNS:	_____ DN: _____
Endereço:	_____
Telefone:	_____
Alergias:	_____

<u>LISTA DE PROBLEMAS</u>			
<u>CRÔNICOS</u>	<u>ATIVOS</u>	<u>PASSIVOS</u>	<u>DATA DE OCORRÊNCIA</u>

<u>AGUDOS</u>	<u>DATA DE OCORRÊNCIA</u>						

<u>MEDICAMENTOS EM USO</u>	

<u>EXAMES</u>	

Fonte: Elaboração da autora (2018)

ANEXOS

