



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

LUCELIA TORRES RODRIGUEZ

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GARGALHEIRAS

NATAL/RN
2018

LUCELIA TORRES RODRIGUEZ

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GARGALHEIRAS**

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: Profa. Dra. Daniele Vieira Dantas

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, a qual é minha maior alegria, a minha equipe de trabalho e meus amigos por terem acreditado em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força e fé neste caminho.

Agradeço a meus pais por terem confiado em mim.

Agradeço a minha equipe de trabalho.

Agradeço a minha orientadora Daniele Vieira Dantas.

RESUMO

Atualmente, a Política Nacional de Saúde vigente no Brasil e instituída por lei federal, defende a atenção as pessoas e enfatiza a necessidade de ações de promoção, proteção e reabilitação psicossocial. Para que isso seja realizado de forma eficaz é necessária a implantação de medidas de apoio não apenas ao paciente, mas também a sua família. As microintervenções realizadas na Estratégia Saúde da Família Gargalheiras teve como objetivo implementar melhorias à saúde dos usuários e criar estratégias de resolução e continuidade dos problemas identificados. Para tal, foi utilizado a estratégia de intervenção que permitiu a avaliação da atenção da saúde dos pacientes; da rede de atenção; das dificuldades no acolhimento e demanda espontânea na unidade; do planejamento reprodutivo; das ações voltadas às crianças; dos usuários com agravos de saúde mental e com doenças crônicas não transmissíveis. Percebeu-se melhoria na atenção à saúde; maior número de gravidez planejada, de pacientes com controle metabólico e pressórico; mudanças significativas no estilo de vida dos usuários e continuidade do cuidado; e a equipe ganhou em capacitação e conhecimento.

Palavras-chave: pacientes; saúde; controle; continuidade.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
APRESENTAÇÃO.....	7
CAPÍTULO I. OBSERVAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	8
CAPÍTULO II. ACOLHIMENTO E DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.....	10
CAPÍTULO III. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	12
CAPÍTULO IV. ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE.....	14
CAPÍTULO V. ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	16
CAPÍTULO VI. CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	18
CAPÍTULO VII. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23

APRESENTAÇÃO

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) referente a Especialização em Saúde da Família do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

O TCC foi realizado com base em seis microintervenções que avaliaram o funcionamento e atenção à saúde dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) IV Gargalheiras, da zona rural, município Acari/Rio Grande do Norte.

As microintervenções tiveram como objetivo avaliar e melhorar o funcionamento da Unidade de Saúde quanto a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ); acolhimento e demanda espontânea e programada; planejamento reprodutivo pré-natal e puerpério; atenção a saúde mental; atenção a saúde da criança, crescimento e desenvolvimento; controle das doenças crônicas não transmissíveis; e, por fim, traçar estratégias de monitoramento e avaliação.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

O trabalho foi desenvolvido na área de abrangência Estratégia Saúde da Família (ESF) IV Gargalheiras, da zona rural, município Acari/Rio Grande do Norte.

A unidade básica tem uma população de 1.618 pessoas, distribuídas em sete micro áreas de atendimentos. Nossa equipe está formada por um total de 13 pessoas: uma médica, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, nove agentes comunitários de saúde e um motorista.

Os integrantes da equipe fizeram uma reunião para discutir questões importantes referente a esfera administrativa, funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), organização do processo de trabalho e diagnóstico do território, como ponto de partida para as ações de melhoria e qualidade dos serviços, com objetivo de identificar os problemas de saúde que afetam a nossa população e planejar ações para melhorar.

Depois de fazer a análise, foram identificados os principais problemas de saúde da UBS: elevado índice de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, elevado índice de pacientes usuários de tabagismo, elevado índice de pacientes com doenças mentais, condições estruturais dos postos deficientes, dificuldade para realizar exames de alta complexidade.

O método de análise adotado na Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ) permitiu avaliar o grau de adequação aos padrões de qualidade apresentados, com uma escala de pontuação variando entre 0 e 10 pontos, além de identificar nosso principal problema de saúde: elevado índice de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, com uma pontuação de 5 pontos.

Um em cada três adultos no mundo sofre de Hipertensão Arterial, uma condição que causa cerca de metade de todas as mortes por Acidente Vascular Encefálico e problemas cardíacos, no mundo, conforme destaca a Organização Mundial de Saúde em seu relatório anual sobre estatísticas sanitárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Com base nisso, na discussão da AMAQ pela equipe da UBS, elaborou-se a Matriz de Intervenção.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão: elevado índice de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Descrição da situação: 4,4% da população geral atendida pela UBS tem Hipertensão Arterial.

Objetivo/meta: diminuir os fatores de risco na população de pacientes com hipertensão arterial.

Estratégia para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Mecanismos para avaliar
Realizar ações de saúde com a população que tem hipertensão arterial sistêmica para modificar estilos de vidas e fornecer o conhecimento	Realizar palestra sobre hipertensão arterial fatores de risco. Realizar pesquisa ativa. Aplicar a nosso grupo de risco questionários para avaliar o grau de conhecimento. Criar um grupo na UBS de pacientes com hipertensão arterial.	Humano Material (equipamentos, livros, internet).	Controle metabólico do paciente. Modificar estilos de vida. Diminuir os riscos de desenvolver problemas cardíacos e cérebro vascular.	Equipe de saúde	Imediato.	Controle das tarefas para avaliar sua resolução registrado em papel e fixados para monitoramento contínuo.

Nossa equipe não tem prontuário eletrônico, os registros de atendimentos são feitos manualmente e temos todas as estatísticas registradas em papel como ponto de partida para organização do trabalho.

Foi muito importante fazer a microintervenção com a equipe, uma experiência maravilhosa, a avaliação da estrutura e funcionamento da unidade de saúde foi a tarefa principal e contamos com a participação do apoiador institucional, onde se identificaram os problemas com determinantes proximais, intermediários e distais, com sua possibilidade de resolução, registrados em papel e fixados para monitoramento por parte da equipe.

CAPÍTULO II: Acolhimento e Demanda Espontânea e Programada

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado e gera compromissos. Trata-se de uma atividade pautada pela ética e empatia de nossos profissionais, na unidade básica de saúde (BRASIL, 2011).

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige uma maior preparação de cada integrante da equipe, assim temos como avaliar as vulnerabilidades, dar uma resposta positiva a nossa população, para melhorar e organizar o trabalho (BRASIL, 2011).

É muito importante que a equipe discuta a participação de cada integrante no acolhimento, de modo a oferecer todas as ferramentas para realizar o trabalho com qualidade, avaliar o risco, o recurso e tempo de resposta (BRASIL, 2011).

Essa microintervenção tem como objetivo aperfeiçoar os conhecimentos dos integrantes da equipe para implantar o acolhimento adequado, na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) IV Gargalheiras na zona rural do município Acari. Para isso, foi realizada reunião na secretaria de saúde do município, com a presença dos integrantes da equipe, médico, enfermeiro, técnica em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o motorista, este último com menos capacidade de resolução, mas com capacidade de orientar.

Em conjunto, a equipe lembrou os princípios da atenção primária de saúde e suas funções como ponto de partida para organizar o trabalho na unidade básica de saúde. Avaliamos questões importantes como a saúde como um direito do cidadão brasileiro e como um dever do estado com acesso universal ao cuidado integral e participação social (BRASIL, 1988). Depois de conhecer com detalhes as definições de acolhimento, triagem, demanda espontânea e urgências, a equipe ficou preparada para organizar o trabalho.

Vale ressaltar que a população da ESF é de 1.628 habitantes, com oito micro áreas, cada uma com um ACS, que fica nos atendimentos de sua área de abrangência. Sendo esse profissional importante na porta de entrada da unidade, uma vez que é a primeira pessoa responsável de agendar as consultas de todos os pacientes de sua área. O ACS realiza o primeiro acolhimento, com capacidade de resolução, tendo comunicação direta com os usuários. Em caso de urgência, os usuários podem entrar em contato e marcar uma visita após os atendimentos agendados.

No dia de atendimentos na microárea, a equipe faz todas as atividades assistenciais. O ACS é a primeira pessoa no acolhimento, com uma tarefa muito importante de

identificação do problema, coleta e análise de informação e avaliação e seleção de atendimento, em conjunto com a técnica em enfermagem. A técnica em enfermagem também é a responsável pela triagem e o enfermeiro, pelo primeiro contato clínico, avaliação de risco e atendimentos aos primeiros socorros, quando necessários, garantindo um atendimento mais adequado.

Para ter um trabalho de qualidade a equipe precisa avaliar e aperfeiçoar o trabalho dia a dia, assim nossa estratégia foi discutir todo mês na reunião da equipe os resultados alcançados e as dificuldades, além de compartilhar o resultado com a população.

Depois de fazer a análise, a equipe tem as ferramentas para trabalhar melhor, mais conhecimento e capacidade de resolução. Em nossa execução avaliamos as potencialidades da equipe como equipe completa, com vontade de trabalhar e apoio da gestão municipal, porém ainda temos como dificuldades a ausência de internet nos postos, condições estruturais dos postos deficientes e poucas cadeiras na sala de espera.

CAPÍTULO III: Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

A atenção a saúde reprodutiva é um conjunto de ações que asseguram ao usuário uma vida sexual segura e satisfatória. Na atenção básica, a população recebe orientações e assistência quanto ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. O aconselhamento é a principal função da atenção básica, por isso é muito importante a preparação de todos os profissionais de saúde envolvidos (BRASIL, 2010).

A micro intervenção foi desenvolvida na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) IV Gargalheiras que tem uma população de 1.628 habitantes. Atualmente a ESF, nas oito microáreas de atendimentos, acompanha sete gestantes e nenhum casal com problemas de fertilidade.

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) trabalha diariamente na promoção de ações educativas com os usuários sobre a decisão de ter filhos ou não; em palestras; na avaliação de risco; na orientação sobre importância do uso de ácido fólico como mínimo de três meses antes de engravidar e dieta saudável; na oferta de métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); em consultas de casais para avaliar o uso do método adequado.

Além disso, em conjunto com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) realiza palestras sobre educação sexual, prevenção e diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e importância do uso de preservativo feminino e masculino.

Em relação as IST, quando diagnosticadas são tratadas rapidamente e oferecidas orientações sobre a doença, o tratamento e a prevenção. Até hoje não temos usuários diagnosticados com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), mas temos as ferramentas para a notificação e acompanhamento adequado dos casos, caso ocorram.

Para essa microintervenção, foi realizada reunião da Secretaria Municipal de Saúde, na qual avaliamos questões importantes do planejamento reprodutivo na Unidade Básica de Saúde. Dentre os aspectos discutidos, tem-se a atenção pré-natal e o puerpério, atividade importante e que necessita da participação de toda a equipe e preparação dos profissionais.

A equipe discutiu sobre a importância de uma busca ativa da gestante, sendo isso a porta da entrada para uma assistência pré-natal segura e continuada; da gravidez na adolescência, que apesar de não ser um problema de saúde para nossa UBS, deve ser evitada; da consulta pré-natal realizada com amor e responsabilidade, avaliando risco, antecedentes

peçoais e familiares, hábitos tóxicos, com o preenchimento da caderneta, solicitação de exames laboratoriais e ultrassonografia no trimestre adequado para avaliação da saúde materno fetal.

Além disso, enfatizou-se que a consulta pré-natal é um espaço de interação com a paciente para orientar sobre cuidados com sua saúde e do futuro bebê, aleitamento materno, nutrição, estilo de vida saudável, riscos, parto, puerpério, uso de sulfato ferroso e ácido fólico, entre outros aspectos.

A micro intervenção foi uma experiência maravilhosa em equipe e demonstrou que temos potencialidades, equipe completa e organizada, material e livros para trabalhar com nossa população nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Porém ainda temos fragilidades uma vez que não temos internet na UBS, poucas ações com os adolescentes e sobre educação sexual para toda população e deficiência na busca ativa de casais com problemas de fertilidade

CAPÍTULO IV: Atenção a Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde

A saúde mental não está dissociada da saúde geral e por isso faz-se necessário uma preparação completa dos profissionais, aumentando o conhecimento sobre o tema para assim identificar e avaliar as demandas presentes nas Unidades de Saúde. O acolhimento em saúde mental é muito importante. Nele, os profissionais podem oferecer um espaço de escuta ao paciente e as famílias, de modo que eles sintam segurança e tranquilidade para expressar seus problemas (BRASIL, 2013a).

A criação de uma rede de atenção psicossocial foi uma tarefa significativa e as unidades dessa rede oferecem aos pacientes a utilização de cada nível de atenção, de forma continuada e segura. A construção de um sistema ágil de referência e contra referência aumenta a efetividade e organização do serviço e assim oferece uma assistência de qualidade. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) são unidades importantes da rede, com funções específicas (BRASIL, 2013a).

Essa microintervenção foi desenvolvida na área de abrangência do Estratégia Saúde da Família (ESF) IV Gargalheiras, na zona rural do município Acari. A reunião foi feita na Secretaria Municipal de Saúde, com os integrantes da equipe médico, enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentista e auxiliar de saúde bucal. O objetivo foi avaliar o trabalho na rede de atenção a saúde mental dos pacientes de nossa unidade básica.

Em Acari, não temos CAPS, a população do município é de 11.035 habitantes, menos de 20.000 pessoas, que é o número mínimo para se ter um CAPS I. Apesar disso, contamos com o serviço bastante organizado de dois CAPS perto da cidade: um em Currais Novos, com atendimento duas vezes por semanas e outro em Caicó, em atenção aos usuários de álcool e drogas e com internamento para pacientes em surtos. A referência e contra referência é feita via telefone e em conjunto com a equipe do NASF do nosso município, que conta com assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e nutricionista, equipe preparada para agir assim que identifica uma demanda de saúde mental.

Para entender melhor o trabalho da equipe no município, apresento o caso da paciente X, residente na minha área de atuação, 37 anos, solteira, sem filhos, usuária de drogas, com esquizofrenia paranoide, que abandonou o tratamento. O ACS fez o primeiro acolhimento na residência, constatando que a paciente esquizofrênica sem tratamento é usuária de drogas

(cocaína), reside com a mãe, condições desfavoráveis (culturais, econômicas, sanitárias e sociais), com alucinações, irritada, não se alimenta e não consegue dormir.

Como a paciente precisava de atendimento de urgência com psiquiatra, a equipe entrou em contato com o NASF do município que de imediato realizou a visita e depois de avaliada pela psicóloga, assistente social e equipe de saúde da ESF, foi encaminhada para o especialista em Caicó. A paciente X ficou internada com diagnóstico de surto psicótico. Após a alta, retornou para nossa área com acompanhamento pelo psiquiatra, pelo NASF e pela equipe da ESF. A referência e contrarreferência foi feita pelo telefone.

Durante essa microintervenção, a equipe demonstrou algumas fragilidades como a falta de controle dos pacientes em tratamento psicoterápico e para esse controle foi construída a planilha abaixo.

NOME COMPLETO			
IDADE	SEXO	DATA	CARTÃO SUS
ENDEREÇO			
HÁBITOS TÓXICOS		IDENTIDADE	
ANTECEDENTES PESSOAIS			
ANTECEDENTES FAMILIARES			
TRATAMENTO PSICOTRÓPICO			
OUTROS TRATAMENTOS			
AVALIAÇÃO: NASF, CAPS			
OBSERVAÇÕES			
ESF	MÉDICO		
PRONTUÁRIO			

A equipe também sentiu a necessidade de se trabalhar mais os estressores psicossociais e intervir com a família. Quanto as fortalezas, temos uma equipe completa e boa relação com a equipe do NASF. Sabemos que ainda há muitas coisas para fazer e com certeza vamos realizá-las.

CAPÍTULO V: Atenção a Saúde da Criança, Crescimento e Desenvolvimento

A prioridade da atenção a saúde da criança até dois anos resulta de trabalho organizado e continuado do Ministério de Saúde, previsto na Rede Cegonha. Nesta perspectiva, a atenção a saúde tem uma tarefa importante, na qual os profissionais tem a responsabilidade de oferecer as famílias as ferramentas necessárias para o cuidado da criança, sendo a aproximação da equipe de saúde com o primeiro passo e as visitas domiciliares permitem a troca de informações vinculadas as necessidades particulares de cada individuo, favorecendo atividades educativas e avaliação de situações de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2012).

O crescimento infantil é um processo dinâmico e contínuo, influenciado por muitos fatores intrínsecos e extrínsecos no qual a vigilância nutricional e o monitoramento desenvolvem ações de promoção e prevenção de doenças. Já o desenvolvimento da criança é amplo como processo de transformação, complexo, contínuo, dinâmico e progressivo (BRASIL, 2012).

Esta microintervenção foi desenvolvida na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) IV Gargalheiras, com a participação do médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e os nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em reunião, avaliamos o questionário abaixo.

A primeira tarefa foi responder o questionário e assim avaliar o trabalho desenvolvido pela equipe. As questões são muito importantes e como resultados tivemos: a equipe realiza as consultas de puericulturas nas crianças até dois anos; utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos; possui cadastramento atualizado das crianças do território; usa a caderneta de saúde da criança para seu acompanhamento; disponibilizamos material com informações em nossos postos para oferecer as mães; mantemos registros de vacinação em dia, consulta de crescimento e desenvolvimento, estado nutricional e teste do pezinho, além disso a equipe faz busca ativa de crianças prematuras, de baixo peso, com consulta ou calendário vacinal atrasados, ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, de estímulos a introdução de alimentos saudáveis e de aleitamento materno continuado a partir dos seis meses. No momento, não temos registros de casos de violência e acidentes,

Nossa equipe tem oito microáreas de atendimentos, na cidade temos um ponto de apoio, onde ficam todos os registros da unidade e se atualizam o dia dos atendimentos, não temos casos conhecidos de violência familiar e acidentes.

O acompanhamento da saúde da criança é feito pela equipe de forma organizada. Nas últimas semanas das consultas da gestante avaliam-se e organizam-se questões importantes como: importância da frequência e consultas com a criança; permanência na área ou mudança para a sede do domicílio, para programação da visita domiciliar em quaisquer um dos casos; primeiro exame físico na criança; aleitamento materno; cuidado do recém-nascido; vacinação; visitas domiciliares. Essas ações são programadas pela equipe, com uma avaliação integral da criança, incluindo situações de riscos e vulnerabilidades, até os dois anos de vida.

Além de todas as ações, a equipe discutiu e implantou um dia de atendimento em cada micro áreas para atividades coletivas com as crianças e as mães, uma vez por mês. Nestas atividades, escolhe-se um tema importante e discute-se em conjunto com a equipe da Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), atualizam-se vacinas e consultas atrasadas, promovendo interação entre equipe, família e criança.

Após esta microintervenção, a equipe fez uma análise e apontou fragilidades na atenção a saúde da criança como: não participação de todas as crianças nas atividades coletivas, deficiência na busca ativa de casos de violência familiar e acidentes e atrasos vacinais. Quanto as potencialidades, tem-se uma equipe completa, organizada e com os profissionais preparados para oferecer a nossas crianças uma atenção de qualidade.

CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis são um conjunto de condições crônicas, relacionadas a causas múltiplas, com um início gradual, prognóstico incerto e longa duração, além disso tem um período de agudização podendo gerar incapacidades a nossos pacientes. Essas doenças aumentaram progressivamente e são responsáveis pelo maior número de atendimentos de nossas unidades básicas de saúde. Seus fatores de risco são, geralmente, preveníveis pela população: tabagismo, inatividade física, dietas inadequadas, consumo de bebidas alcoólicas excessivo, em que a equipe de saúde tem uma tarefa muito importante na educação e cuidado (BRASIL, 2014).

Para tanto, o cuidado deve ser de forma integral e o sistema de saúde organiza-se em redes, com objetivos específicos: ações de promoção de saúde, prevenção das doenças e mudanças de estilo de vida. Nesse sentido, é muito importante avaliar a posição privilegiada que tem a atenção básica na estratégia para o controle dessas doenças (BRASIL, 2013b).

Para esta microintervenção, a equipe fez uma reunião na unidade do Povoado de Gargalheiras, com a participação da médica, enfermeiro, técnico em enfermagem e os nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) IV. Nossa equipe respondeu em reunião o questionário, no qual avaliamos o acompanhamento pela unidade básica dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Nossa unidade de saúde tem oito microáreas de atendimentos, onde a equipe tem programação de atendimento a cada quinze dias. Nas micro áreas, os ACS têm suas visitas programadas toda semana e, assim, eles são o primeiro contato com os usuários.

Na resposta ao questionário, o ponto de partida foi avaliar questões importantes que fazem parte da atenção dos pacientes com doenças crônicas: a equipe tem consultas programadas para pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e a frequência de avaliação depende do dia de atendimentos na micro área, caso o atendimento precise ser com urgência, programa-se, por via telefônica, a consulta na cidade; os protocolos para estratificação de risco dos usuários são utilizados com os pacientes; realiza-se busca ativa e avaliação de comorbidades e fatores de risco cardiovasculares dos hipertensos, essa avaliação engloba eletrocardiograma, encaminhamento ao cardiologista, exames de alta complexidade disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o acompanhamento pela equipe dos pacientes com doenças cardíacas; efetua-se trabalho conjunto com a secretaria de saúde e o laboratório clínico municipal para a programação de

consultas e exames em diabéticos e hipertensos, em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por esta na gestão do cuidado, sendo o controle de pacientes que são encaminhados para outros pontos de atenção feito apenas no prontuário, atualizando-se em cada atendimento; a obesidade, responsável por desencadear outras doenças, é uma preocupação de toda a equipe e por isso realiza-se avaliação antropométrica dos usuários e, caso se identifique obesidade, encaminha-se a nutricionista, solicitam-se exames, oferecem-se palestras e materiais educativos e programa-se retorno mensal a unidade, nestes casos há colaboração do Núcleo Ampliado em Saúde da Família juntamente com o Grupo de Saúde em Movimento de nossa cidade; não se realizam registros de usuários com DM e HAS, tem-se anotação apenas no prontuário, nem o exame periódico de fundo de olho pela equipe, sendo necessário encaminhamento pelo SUS para outros serviços e atualmente há demora na resposta.

Como ação de melhoria para o cuidado aos doentes crônicos, a equipe em conjunto com o NASF disponibilizou um espaço de interação com os usuários na última quinta-feira do mês, na sala de reunião do Centro de Saúde, no qual pode-se avaliar os conhecimentos desses pacientes, orienta-se sobre mudanças de estilos de vidas e prevenção de fatores de riscos., avalia-se os tratamentos, realiza-se medição de glicose capilar, pressão arterial e consultas odontológicas. Nessa ação os ACS têm intensa participação e são responsáveis de fazer o controle dos usuários e solicitar visitas domiciliares, quando necessário.

Essa estratégia tem tido bom resultado, com a participação dos usuários e maior controle pela equipe visando oferecer serviço de qualidade. A realização desse trabalho foi uma experiência maravilhosa, a equipe demonstrou que tem debilidades, no entanto com as atividades de capacitação e o excelente conhecimento individual dos profissionais temos melhorado nossos serviços.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
Observação na Unidade Básica de Saúde	O mais relevante na realização de nossa microintervenção foi que diante o método de análise adotado na autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade de atenção básica, nossa equipe depois de fazer uma avaliação da saúde de nossa área identificou o principal problema de saúde: elevado índice de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, sendo um 4,4% de nossa população total.	Na população hipertensa, aumentou o número de pacientes com controle metabólico da doença e o nível de conhecimentos de nossos pacientes.	Avaliar três vezes por ano os pacientes de forma integral de nossa unidade de saúde e lançarmos a proposta para outras unidades de saúde de nosso município.
Acolhimento e Demanda Espontânea e Programada	A equipe avaliou como estava sendo feito o acolhimento em nossa unidade de saúde e as ferramentas a utilizar para ter um acolhimento de qualidade; avaliamos o trabalho de nossos agentes comunitários como porta de entrada a nosso sistema de saúde.	Depois da microintervenção até hoje, em nossa unidade, o acolhimento teve uma melhora significativa, os atendimentos são mais organizados, porém ainda temos dificuldade com os atendimentos de urgência.	Nossas reuniões da equipe são feitas a cada quinze dias e foi incluído a discussão e avaliação do tema do acolhimento em cada uma delas.
Planejamento Reprodutivo Pré-Natal e Puerpério	Foi relevante avaliar o acompanhamento da mulher, com risco pré-concepcional, na educação sexual de nossas pacientes, o uso de	Com a realização da microintervenção, aumentou a busca ativa de gestante e as atividades de	Avaliar 100% de nossas gestantes de forma integral, todo mês, nas reuniões da equipe, e todas as pacientes em idade

	ácido fólico como mínimo três meses antes de engravidar, assim como a busca ativa de gestante como porta de entrada para uma assistência pré-natal segura e continuada.	educação sexual com nossas pacientes.	fértil duas vezes por ano.
Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde	Avaliamos a rede de atenção a pacientes com saúde mental, os protocolos de atendimentos de nossos pacientes no CAPS, as ações da equipe da NASF e o acompanhamento de os pacientes pela equipe.	Tivemos melhoria nos atendimentos de nossos pacientes em surto no CAPS, nas cidades de Caicó e Currais Novos.	Avaliar, todo mês, em conjunto com a equipe da NASF, o acompanhamento de nossos pacientes no CAPS e realizar avaliação integral de nossos pacientes.
Atenção à Saúde da Criança, Crescimento e Desenvolvimento	Avaliação do acompanhamento das crianças até dois anos de vida, dos agentes comunitários de saúde quanto aos cadastramentos das crianças; do uso de protocolos de tratamentos, da avaliação nutricional; do aleitamento materno até os seis meses; da participação da equipe da NASF, nas atividades educativas.	Aumentou o número de consultas em crianças de até dois anos.	Avaliar, em nossas reuniões de equipe, todo mês, as crianças com vacina atrasadas e organizar estratégia para seu controle.
Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Avaliação da atenção aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, modificação de estilo de vida, realização de exames de alta complexidade, controle de fatores de risco dos pacientes e utilização dos protocolos de tratamentos.	Equipe disponibilizou espaço de interação com pacientes uma vez por mês. Temos maior número de pacientes com controle metabólico.	Manter nosso espaço de interação onde se avaliam de forma integral nossos pacientes uma vez por mês.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das seis microintervenções, na nossa unidade básica de saúde, permitiu avaliar a atenção a saúde dos usuários na área de abrangência no ESF IV Gargalheiras, identificando dificuldades, criando estratégia de solução e proporcionando a equipe capacitação individual e coletiva e organização.

Ainda temos dificuldades, mas também destacamos uma equipe que oferece serviço de qualidade e busca estratégias para melhorar o trabalho. Nosso desafio é dar continuidade ao nosso trabalho e compartilhar nossas experiências com as demais unidades básicas de saúde do território.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. **Caderno de Atenção Básica n. 28**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- _____. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. France: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/>. Acesso em: 12 maio 2018.

