



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

QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE ÁFRICA –NATAL/RN

LUIS ANDRES CARRASCO GARATE

NATAL/RN
2018

**QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE ÁFRICA –NATAL/RN**

LUIS ANDRES CARRASCO GARATE

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Maria Betânia Morais de Paiva

Dedico este trabalho a população da comunidade África, a população da comunidade Patan, nas montanhas do Perú, onde tive minha primeira experiência na atenção básica numa das regiões mais pobres do continente, de quem levo o melhor aprendizado na minha carreira médica e aos meus pais, Ronaldo Carrasco Ojeda e Ana Maria Gárate Mori que tão cedo me deixaram voar, más prepararam minha bagagem para lutar e vencer sempre as dificuldades da vida, por terem me ensinado a amar a Deus e apesar da distância estarem sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida.

A todos os funcionários que compõem a Unidade Básica de Saúde África, pela dedicação e esforço, pois sem essa equipe não haveria o meu projeto de intervenção e os projetos de saúde da família na comunidade.

A minha orientadora Maria Betânia, pela ajuda e dedicação.

RESUMO

Este trabalho desenvolve o processo de identificação e avaliação dos diferentes problemas relacionados à Atenção Primária a Saúde (APS) na comunidade África, visando a implantação plena das ações de promoção em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, conforme priorizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), componente do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isto foram realizadas diferentes microintervenções contando com a participação de toda a equipe, e após a identificação dos problemas, foram propostas ações de melhoria que foram executadas por toda a equipe. Em cada capítulo será relatado uma descrição reflexiva deste processo, relatando passo a passo sua realização, execução e também as dificuldades que surgiram, e o impacto das ações implementadas. Mesmo enfrentando muitos problemas durante a intervenção, foi uma vitória chegar ao final da intervenção com ótimos resultados. Além disso, deixamos para a equipe consciência sobre a importância de cada profissional para oferecer a qualidade na assistência e para população, o conhecimento das medidas de prevenção e controle das doenças crônicas, melhoras no atendimento da saúde da criança, saúde da mulher. Finalmente foi elaborado um plano de continuidade para que as ações implantadas possam ser mantidas avaliadas e monitoradas. As ações da intervenção já estão sendo incorporadas à rotina da unidade de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Saúde da Família; Saúde da Mulher; Saúde da criança.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
CAPÍTULO I.....	09
CAPÍTULO II.....	19
CAPÍTULO III.....	24
CAPÍTULO IV.....	29
CAPÍTULO V.....	35
CAPÍTULO VI.....	40
CAPÍTULO VII.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso de especialização em Saúde da Família, realizado em parceria com Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e o Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS).

O texto está organizado em seis capítulos, que conformam uma coletânea de seis relatos construídos a partir de narrações reflexivas sobre as experiências vivenciadas durante as microintervenções realizadas na comunidade África, bairro Redinha município de Natal/RN.

O município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, situa-se no litoral do estado, na Região Nordeste e conta com uma população de 877,640 habitantes segundo dados do IBGE de 2018. É composto por 36 bairros dos quais Redinha faz parte. No Bairro da Redinha, há duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que representam a porta de entrada dos usuários na atenção básica. A unidade onde as microintervenções aqui relatadas foram realizadas é a UBS África, que possui uma população adscrita de aproximadamente 6 mil habitantes. Pertence ao distrito Sanitário Norte I, sendo estes no total II na região norte de Natal. A comunidade é predominantemente rural, com ruas em areia, muitas sem saneamento básico e a população possui como base de sua economia o turismo e a pesca.

Eu nasci na Cidade de Arequipa no Peru, segunda cidade do país e durante minha infância e adolescência não tive muito contato com a realidade da atenção básica em regiões carentes, ganhei uma bolsa de estudos, para estudar medicina em Moscou, na Universidade Russa da Amizade dos Povos, Sempre me interessei pela atenção básica, mesmo que em Moscou e na Rússia de forma geral há um modelo de atenção básica que funciona muito bem, não tive uma experiência de como esses modelos poderiam ser aplicados em regiões pobres, já que na Capital Russa as Unidades Básica de Saúde (UBS) contam com especialistas que atendem diariamente, então após a graduação retornei a meu país, com a intenção de conhecer uma realidade mais profunda na saúde, entrei num sistema de serviço médico em regiões pobres do Perú, e fui trabalhar durante um ano numa região considerada entre as mais pobres do país, onde muitas vezes faltava energia por vários dias e a maioria das pessoas não falam espanhol, falavam Quechua segunda língua oficial, tive grandes experiências, mas o tempo nesses serviços é limitado a um ano, então sai novamente do meu país, e vim para o Brasil, com a intenção de realizar uma especialização médica, revalidei o diploma e comecei a trabalhar em urgências, em diferentes serviços e municípios do interior

do estado e durante 2 anos vivenciei muito as carências na atenção básica, já que muitos pacientes que chegavam na urgência muitas vezes, não tinham um acompanhamento na atenção básica e sempre reclamavam das UBS. Desde que comecei trabalhar no sistema de plantões quis conhecer mais profundamente a atenção básica, já que é muito diferente atender um paciente numa urgência do que realizar um acompanhamento longitudinal, tentei entrar no Programa Mais Médicos para o Brasil, (PMM) mas a demanda era grande e poucas as vagas, até que em dezembro de 2017 consegui, e ainda veio uma grande dificuldade, pois tinha passado em um concurso para a tão desejada residência médica em Ginecologia e Obstetrícia em um hospital em Recife, então era hora de decidir se assumir a residência ou trabalhar na atenção básica, foi então que senti a importância do conhecimento da atenção básica, uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde mesmo no meu processo de formação com especialista e lembrei aquele gratificante ano de trabalho nas montanhas do Perú. Renunciei a vaga de residência médica e assumi um compromisso do qual não me arrependo, passou-se um ano e ainda há grandes desafios.

Com o trabalho em equipe, pudemos alcançar nossos objetivos iniciais que eram: melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica, melhorar o acolhimento do usuário na UBS e o atendimento a demanda espontânea, melhorar no acolhimento e acompanhamento no pré-natal, puerpério e planejamento reprodutivo, organizar uma linha de cuidado para os pacientes em sofrimento psíquico e melhorar a cobertura no atendimento de Idosos Hipertensos e/ou diabéticos. Nossa maior dificuldade, foi, desde o mês de março e ao encerramento deste trabalho continua sendo, a reforma que está sendo realizada na UBS África, motivo pelo qual todos os trabalhadores tivemos que realizar os atendimentos em outra UBS mais próxima, a mesma que não tem estrutura para o trabalho de 4 equipes de ESF, tendo que ajustar nossos horários à disponibilidade de salas e ambientes para os diferentes atendimentos, expressado num sentido geográfico ficamos mais longe da população, mas apesar disso considero que conseguimos oferecer uma atenção básica mais acessível e eficaz em menos de um ano de projeto. Realidade que nos dá satisfação e confiança para poder manter e aplicar as intervenções no ano seguinte.]

CAPÍTULO I: MELHORIAS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E PRIMEIRO PLANO DE AÇÃO NA UBS AFRICA

COLABORADORES:

IRIS ALVES DA CUNHA, diretora da UBS.

EDNA MARIA MENEZES, administradora da UBS.

ANALU RODRIGUES XAVIER, cirurgião dentista da estratégia de saúde da família.

ENAURA ALMEIDA SILVA, enfermeira da estratégia de saúde da família.

FRANCIELMA BATISTA DE ARAUJO, auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família

CAROLINE ALVES MAIA EMIDIO DE OLIVEIRA, técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família.

CRISTIANE DE FARIAS DAS CHAGAS, agente comunitário de saúde.

FRANCISCO GILBERTO DOS ANJOS DA SILVA, agente comunitário de saúde.

LUCIANA ANDRE DO NASCIMENTO, agente comunitário de saúde.

MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES, agente comunitário de saúde.

JOSINEIDE FERREIRA DA SILVA, agente comunitário de saúde.

Considerando a importância de identificar as fragilidades nos serviços de saúde prestados e a necessidade da sua avaliação para serem tomados como pontos de partida para uma intervenção se necessita de um instrumento de autoavaliação que auxilie no planejamento de ações da equipe de saúde. Com o qual sejam identificados os nós críticos que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas.

Nesta experiência será relatado o processo de autoavaliação dos serviços de saúde prestados pela Equipe de Atenção Básica (EAB) 93 da Unidade Básica de Saúde (UBS) África – Distrito Sanitário Norte I, Natal Rio Grande do Norte. Através dos critérios avaliativos do manual de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).

Será descrito também a processo de realização e elaboração de uma matriz de intervenção a partir de questões e fragilidades encontradas durante realização do AMAQ que

é um instrumento de monitoramento dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Considerando como Objetivo principal a melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica na UBS AFRICA, área 93. Cabe ressaltar que a área 93 encontrava-se sem um profissional médico há dois anos, para alcançar essa melhora na atenção básica será necessária uma reorganização completa da forma de trabalho, um novo enfoque já que com um profissional médico a equipe poderá realizar a maioria das intervenções para a melhoria dos serviços da atenção básica.

Pelos motivos acima expostos considerou-se fundamental a realização desta intervenção. A ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve, necessariamente, considerar os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta a ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ). O AMAQ é uma ferramenta validada nacional e internacionalmente. Ela é capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades dos profissionais e gestores de saúde no âmbito da atenção básica, com a finalidade de promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos (Ministério da Saúde, 2012). Através da autoavaliação, o AMAQ permite estimular mudanças na prática de saúde do dia-a-dia, para que cada vez mais os serviços se aproximem dos princípios do SUS e às políticas nacionais de saúde.

Para realização do AMAQ, foi agendada reunião com toda a equipe de Saúde a fim de realizar a leitura e realizar a avaliação dos indicadores expostos no material. Foram convocados para reunião todos os membros da equipe de saúde. Houve a presença do médico, enfermeira e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS's). Nossa UBS deveria contar com 6 ACS, mas por problemas de gestão estamos sem um ACS o que deixa uma microárea descoberta, contamos também, com a presença da diretora da Unidade. Foi discutido inicialmente o motivo e a necessidade desta avaliação, tendo algumas opiniões contrárias a essa avaliação. As pessoas que estavam contra, consideravam que não havia necessidade de realizar alguma mudança na forma de trabalho, mais chegou-se a um consenso geral de que precisamente por não ter sido feita essa avaliação há muito tempo, aparentemente a qualidade da atenção estava sem nenhuma dificuldade, porém ao decorrer da avaliação identificaram-se muitas fragilidades e deficiências nos serviços oferecidos, A equipe entendeu que essas avaliações são realmente necessárias, mas que era necessário ter um

ponto de partida, que neste caso foi o AMAQ, já que anteriormente discutiam-se apenas os problemas mas sem ter um modelo de avaliação.

Visto que a UBS África se encontra em reforma, o atendimento desde o mês de março vem sendo realizado nos ambientes disponíveis da UBS Redinha, a qual encontra-se localizada a 3km da nossa unidade. Desse modo, temos enfrentado muitas dificuldades nos atendimentos, já que alguns períodos não há salas disponíveis para atendimento médico ou de enfermagem, os profissionais aguardam uma ou duas horas alguma sala desocupar para poder realizar os atendimentos. Vale destacar que no momento da reunião não havia no serviço um computador disponível com internet motivo pelo qual foi utilizada versão impressa do material, ano 2016, que foi entregue à direção em 2017 pela secretaria municipal de saúde.

Foram respondidos os critérios relativos à duas dimensões: dimensão “Unidade Básica de Saúde”, subdimensões: Infraestrutura e equipamentos (H); Insumos, imunobiológicos e medicamentos (I). Dimensão Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde, subdimensões: Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica (J); Organização do processo de trabalho (K); Atenção integral a saúde (L); Participação, controle social e satisfação do usuário (M) e; Programa Saúde na Escola – PSE (N). A pontuação de cada critério era atribuída após debate e consenso do grupo acerca do tema disposto.

O resultado das pontuações e classificação conforme critério do AMAQ foi o disposto na seguinte tabela.

Tabela 1 – Resultado das Pontuações e Classificações dos Critérios Avaliados

Subdimensão	Pontuação	Classificação
H – Infraestrutura e Equipamentos	17	Muito insatisfatório
I – Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	40	Regular
J – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica	15	Regular
K – Organização do Processo de Trabalho	95	Satisfatório

L – Atenção Integral a Saúde	254	Satisfatório
M – Participação Social e Satisfação do Usuário	30	Satisfatório
N – Programa Saúde na Escola	27	Regular

Após realização da autoavaliação foi escolhido um dos problemas levantados pelo questionário para confecção de uma matriz de intervenção, considerando os seguintes critérios: nota ≤ 5 , factibilidade de resolução e independência da gestão municipal para realização.

A matriz de intervenção formulada pela equipe abordou o tema acolhimento a demanda espontânea, visto ser um ponto inexistente na unidade e causador de muitos conflitos entre funcionários e usuários. Já que a área da UBS estava sem médico, o acolhimento para os pacientes dessa área era quase inexistente, eles eram atendidos conforme disponibilidade de atendimento na outra equipe.

O padrão número 13, subdivisão K, “A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea” obteve nota 2 na avaliação. Os principais problemas encontrados foram: os pacientes devem madrugar para conseguir marcar uma consulta no dia na UBS, não há disponibilidade de vagas para urgências (“consultas de encaixe”), não há fluxo para a demanda espontânea na unidade; não há uma correta classificação de gravidade dos pacientes de urgência; não são utilizados protocolos ou critérios para agendamentos de consultas e não é feita classificação de risco e vulnerabilidades dos pacientes.

Quadro 1 – Matriz de Intervenção

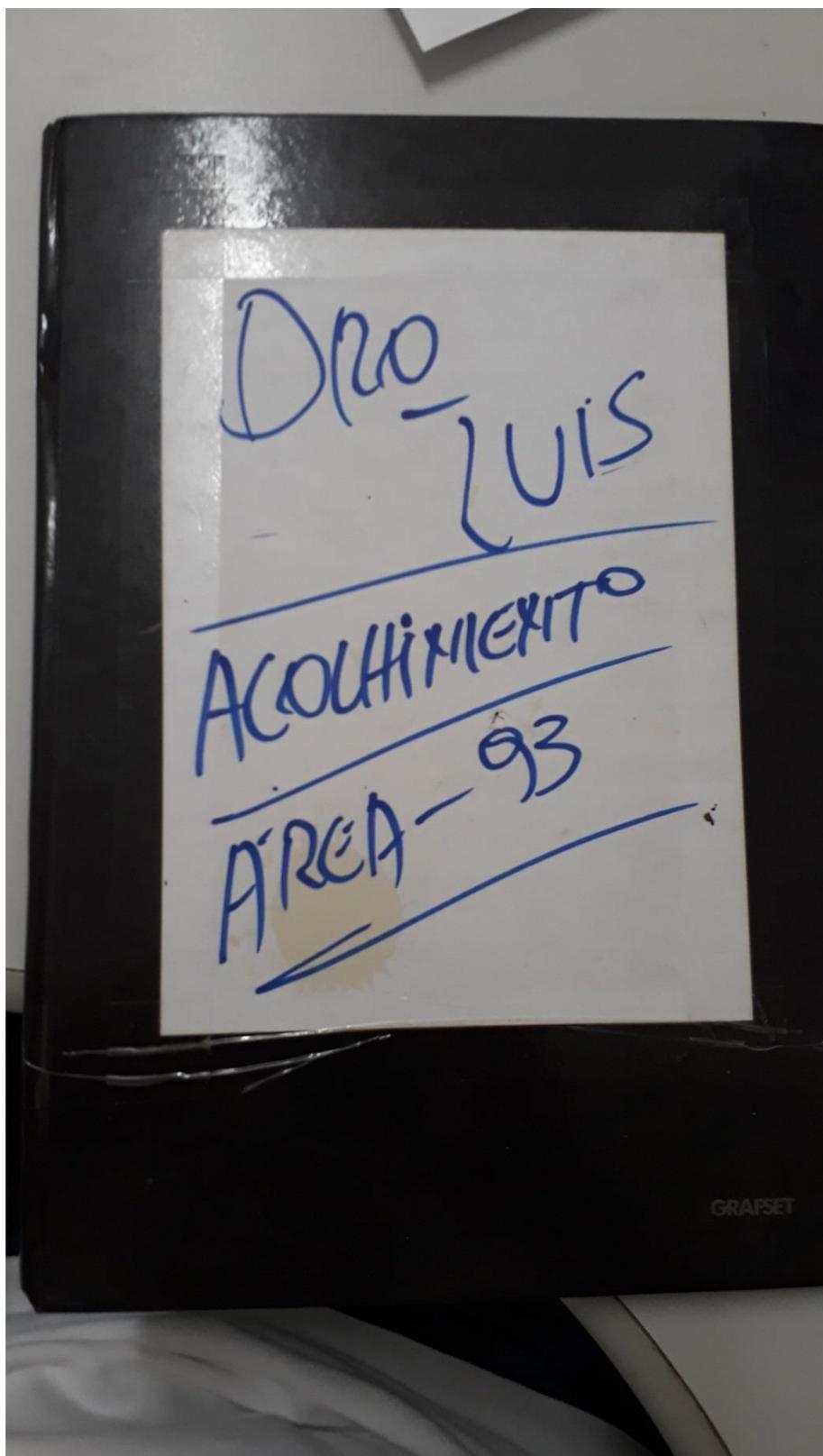
Descrição do padrão: 4.13 – A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A equipe não oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do território; Não há fluxograma estabelecido para acolhimento da demanda espontânea; Não são utilizadas ferramentas de classificação de risco e vulnerabilidades.						
Objetivo/meta: Realizar acolhimento humanizado da demanda espontânea através de fluxograma na unidade e da estratificação de risco e vulnerabilidades da população, realizar um mínimo de quatro (04) atendimentos médicos por demanda espontânea por turno,						
Estratégias para alcançar os objetivos/met	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Capacitação dos funcionários	Reuniões para capacitação em acolhimento a demanda espontânea.	Aula monitorada pelo médico acerca do tema; Material impresso sobre o acolhimento a demanda espontânea do MS 2018	Melhorar o acolhimento humanizado.	Médico	30 dias	Exposição de impressões em reunião técnica quinzenal
Definição do fluxo dos usuários na UBS	Debate da equipe de saúde para definição dos fluxos;	Notebook; Impressora.	Melhorar o acolhimento humanizado.	Médica; Enfermeira; Técnica de enfermagem; Direção da unidade.	30 dias	Exposição de impressões em reunião técnica mensal
Aplicação de ferramenta de estratificação de risco e vulnerabilidades	Estabelecer ferramenta para classificação de risco e vulnerabilidades da demanda espontânea; Utilizar método cromático para identificação da prioridade no prontuário do paciente.	Aula sobre o tema; Notebook;	Aumentar o acolhimento da demanda espontânea; Diminuir o tempo de espera dos pacientes com casos agudos.	Médica; Enfermeira; Técnica de enfermagem; Direção da unidade.	60 dias	Exposição de impressões em reunião técnica mensal; Avaliação do número de atendimentos de demanda espontânea em consolidado mensal.

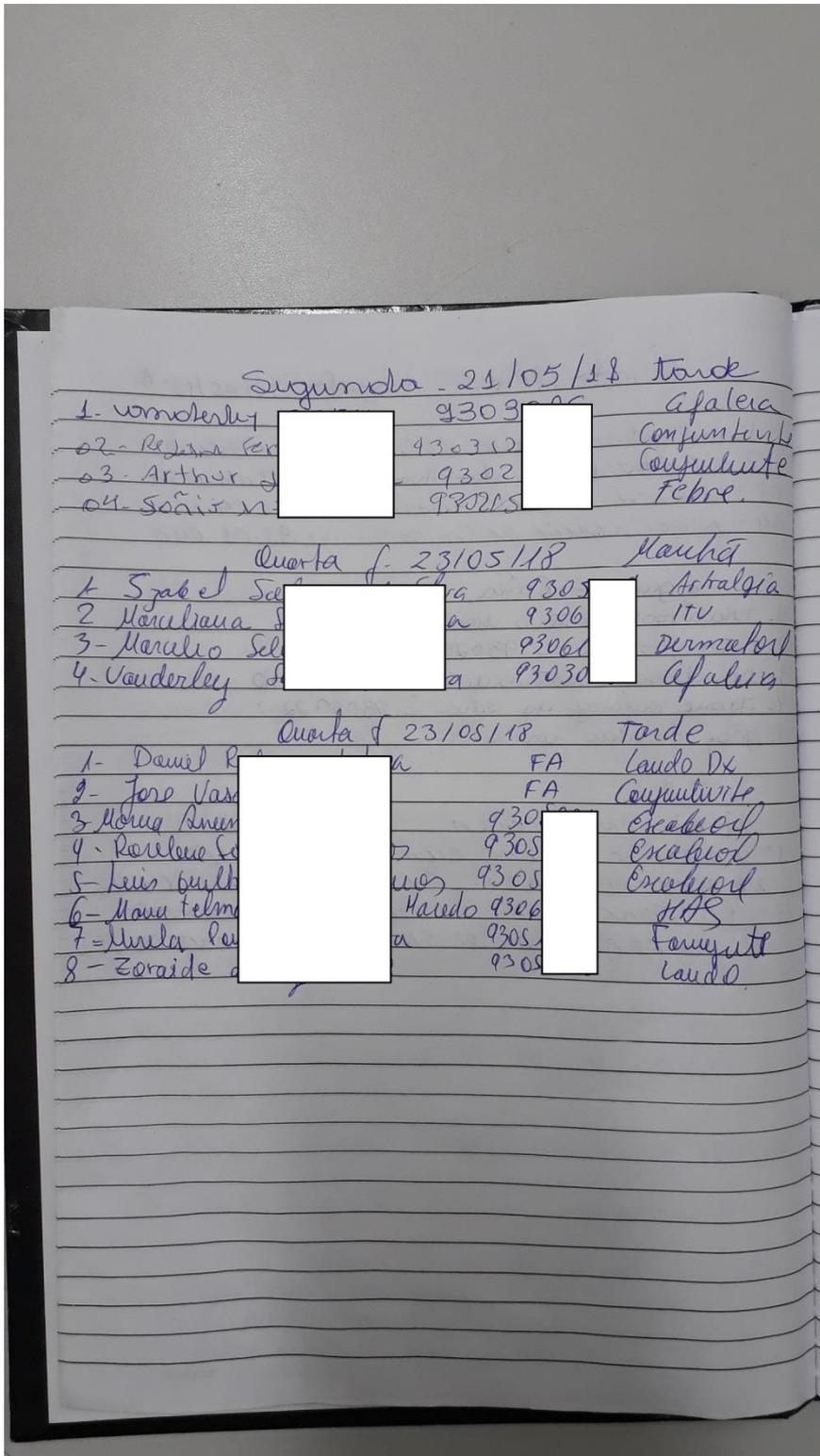
A segunda parte da reunião tinha por finalidade estabelecer uma ferramenta para registrar e monitorar um dos indicadores de qualidade do PMAQ. Estes indicadores são: média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante; percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea; percentual de atendimentos de consulta agendada; índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; razão de coleta de material citopatológico do colo do útero; cobertura de primeira consulta odontológica programática; percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida; percentual de encaminhamentos para serviço especializado; razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas; percentual de serviços ofertados pela EAB; percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal e índice de atendimentos realizados pelo NASF.

A UBS África não possui uma ferramenta para monitorização dos atendimentos de consultas por demanda espontânea. Foi debatida qual seria a melhor forma de registrar e monitorar esse indicador (instrumento). Ficou estabelecido então que para o registro e monitoramento dos atendimentos de consultas por demanda espontânea serão registrados num caderno específico, onde deverá constar nome do paciente, número do prontuário e motivo da consulta. Este método de registro foi escolhido considerando a maior facilidade na coleta de dados e importância na prática diária da equipe, e principalmente, em virtude da falta de espaço físico já que nos encontramos em uma UBS alheia, onde não temos um painel ou parede onde possamos colocar alguma informação e registro.

FIGURA 1 – foto da capa do caderno de Registro dos atendimentos de consultas por demanda espontânea.



FIRGURA 2 – Foto do interior do caderno de Registro dos atendimentos de consultas por demanda espontânea.







CAPÍTULO II: DO PRIMEIRO CONTATO À CONSULTA MÉDICA

COLABORADORES:

IRIS ALVES DA CUNHA, diretora da UBS.

EDNA MARIA MENEZES, administradora da UBS.

ANALU RODRIGUES XAVIER, cirurgião dentista da estratégia de saúde da família.

ENAURA ALMEIDA SILVA, enfermeira da estratégia de saúde da família.

FRANCIELMA BATISTA DE ARAUJO, auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família

CAROLINE ALVES MAIA EMIDIO DE OLIVEIRA, técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família.

CRISTIANE DE FARIAS DAS CHAGAS, agente comunitário de saúde.

FRANCISCO GILBERTO DOS ANJOS DA SILVA, agente comunitário de saúde.

LUCIANA ANDRE DO NASCIMENTO, agente comunitário de saúde.

MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES, agente comunitário de saúde.

JOSINEIDE FERREIRA DA SILVA, agente comunitário de saúde.

Nesta experiência será relatado o processo de adaptação e posto em prática do primeiro princípio da Atenção Primária à Saúde (APS) - o Princípio do Primeiro Contato, pela Equipe de Atenção Básica (EAB) 93 da Unidade Básica de Saúde (UBS) África – Distrito Sanitário Norte I, Natal Rio Grande do Norte. Será descrito também de que forma está sendo realizado o acolhimento da população, como é o fluxo do usuário que chega à nossa UBS procurando um serviço e a experiência dos primeiros dias da sua implantação.

O objetivo desta intervenção é aplicar um dos princípios fundamentais da atenção básica baseado nas três principais funções da Atenção Primária à Saúde, a resolução, a organização e responsabilização já que o primeiro contato é o ponto de entrada mais fácil e próximo do usuário na nossa comunidade, a pronta acessibilidade do usuário a nosso serviço poderá acelerar um diagnóstico e acelerar as intervenções necessárias para se resolver um determinado problema de saúde.

Quando cheguei à UBS África a equipe da área 93 encontrava-se sem profissional médico, fato que dificultava o acesso da população aos serviços de saúde local, a área 92 contava com médico e este profissional atendia os usuários da área 93, mas tinha alguns dias específicos para hipertensos, diabéticos e gestantes, sempre dependendo da agenda de sua própria da equipe. Os atendimentos a demanda espontânea eram realizados no sistema de distribuição de fichas diárias, o paciente que necessitava de atendimento deveria madrugar para conseguir uma ficha e poder consultar com o médico, o que gerava grandes conflitos entre a população e a equipe. Diante da situação- problema vivenciada procurei conversar com a direção na perspectiva de encontrar no coletivo possíveis soluções. Nessa direção, foram realizadas várias reuniões com toda a equipe para organizar uma melhor forma de trabalho e chegamos ao consenso que precisávamos implantar uma estratégia de acolhimento. No entanto, como a população vinha sendo atendida na UBS há muitos anos no sistema de fichas e agendamentos, não seria fácil implantá-la de um dia para outro, desse modo, decidimos continuar com 06 (seis) agendamentos por turno para evitar tensionamentos por parte dos usuários.

No processo de implementação do acolhimento na equipe foram necessárias reuniões semanais com os agentes comunitários de saúde (ACS) com a finalidade de capacitá-los e orientá-los na abordagem do primeiro contato, já que na maioria das vezes, o ACS é o profissional mais próximo do usuário na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e constitui o elo de ligação entre a equipe e comunidade local.

Foi realizada uma análise da situação e percebemos que quando o paciente tem alguma urgência procura diretamente a UBS, mas tratando-se de algum outro problema eles sempre procuram o ACS. Diante da constatação dessa realidade realizamos outra reunião com a enfermeira e diretora da UBS, e decidimos mudar a forma de agendamento, até então o agendamento era realizado pelo recepcionista.

Para operacionalizar o acolhimento na UBS, considerei importante dividir o primeiro contato do usuário com a APS em dois momentos: primeiro contato com o ACS dentro ou fora da UBS e o primeiro contato na UBS com qualquer outro trabalhador da UBS. Nessa direção, foi pactuado em reunião que o agendamento seria realizado pelos ACS, mas para realizá-lo eles realizariam a escuta diária dos pacientes, fariam o registro dos casos e na reunião semanal, todos os casos seriam discutidos e avaliados pelo médico e pela enfermeira e todos os pacientes seriam agendados de acordo com critérios previamente estabelecidos.

A finalidade desta forma de trabalho é garantir o atendimento e otimizar a assistência para quem precisa uma avaliação médica ou uma intervenção em curto espaço de tempo. Dessa forma, se um paciente está com alguma queixa aguda ou subaguda será atendido na mesma semana ou no máximo na próxima semana. Para reorganizar o processo de trabalho da equipe dentro dessa lógica é indispensável uma reunião semanal para os devidos ajustes, mesmo diminuindo um turno nos atendimentos dos pacientes, porque quanto melhor o primeiro contato entre o ACS e o Usuário, melhor será o fluxo e organização do trabalho na equipe.

A implantação desta forma de trabalho gerou inicialmente muita polêmica e resistências, tanto nos pacientes, como nos ACS, já que a maioria deles considerava e alguns ainda consideram, que o agendamento e o primeiro contato devem ser realizados apenas pelo recepcionista. Houve muitas reclamações nos primeiros dias, mas com o decorrer das semanas observamos que está sendo uma forma excelente de trabalho, percebemos que os ACS estão cada vez melhor realizando a inclusão dos usuários. Desta forma, quem precisa um atendimento mais rápido é atendido mais rápido. Para ilustrar, vou citar um exemplo, temos dois pacientes que procuram o ACS ambos de 50 anos, o primeiro sem diagnóstico de doença crônica e sem sintomas de doença aguda, o segundo paciente diabético e hipertenso sem sintomas de doença aguda nem sintomas de complicação em decorrência da hipertensão e/ou da diabetes. Na reunião semanal o ACS relata que a motivação dos pacientes seria realizar o famoso “Check-up”. Nesse sentido, oriento o ACS de modo que o atendimento do paciente diabético seja priorizado e que outro paciente sem queixa aparente seja colocado em espera e possa também ser agendado assim que possível.

Com relação ao segundo momento que consiste no acolhimento no primeiro contato do Usuário na UBS, para sua implantação foi também realizada uma reunião geral com toda a equipe e a direção da UBS e estabelecido que o paciente seja escutado na recepção, pelo recepcionista, por algum ACS que estiver na UBS, ou se estiver disponível a técnica de enfermagem. Em virtude das frequentes qualificações, os ACS já estão mais “treinados” para realizar essa inclusão, algumas vezes, a demanda do usuário não se trata, necessariamente, de doença, mais atender outra necessidade, por exemplo renovação de receitas, encaminhamento, entre outras. Após conversa e avaliação profissional, a necessidade do paciente sempre é resolvida o mais rápido possível. Nos casos agudos de doença, mesmo que não seja uma urgência propriamente dita e o paciente relate que esteve na UPA no dia anterior, foi medicado e orientado procurar a UBS, ele é acolhido pela técnica de

enfermagem ou pela enfermeira, passa pela escuta e após realizada a triagem é atendido no mesmo dia. Para as demandas de urgência foi implantado um registro diário de acolhimentos, aonde são anotados nome do paciente, número do prontuário e motivo do contato, respeitando sempre os seis (06) atendimentos que já estão previamente agendados. Ainda não foi estipulado pela equipe um número máximo para o acolhimento da demanda espontânea, pois até agora está funcionando corretamente e, geralmente, são destinados quatro (4) acolhimentos por turno, alguns dias mais, outros, menos. Geralmente são disponibilizados 12 atendimentos por turno para a organização da agenda.

A principal dificuldade encontrada nesta intervenção foi a não aceitação por alguns dos ACS e também alguns conflitos com a população, já que algumas pessoas preferiam madrugar para ser atendidos a ser agendados conforme suas necessidades. Outra grande dificuldade foi com relação aos usuários de consultas de retorno que precisavam mostrar algum resultado de exames de laboratório ou de imagem e os ACS não sabiam como agendar estes pacientes, já que eles já haviam passado consulta médica, solicitados exames e já tinham resultados. Para atender essa situação foi implantado o seguinte fluxo, se durante a consulta médica são solicitados exames de laboratório ou de imagem e dependendo da situação clínica do paciente, são sinalizados em um receituário comum o "retorno no acolhimento com resultados" desta forma, assim que o paciente tem os resultados ele é atendido novamente sem necessidade de ter que procurar o ACS ou o recepcionista para agendar um atendimento. Se o paciente não tem esse papel assinado pelo médico, significa que ele deverá marcar um retorno na agenda habitual. Para se evitar transtornos e conflitos com os pacientes com relação às consultas de retorno, durante a consulta médica o paciente é orientado a respeito da avaliação dos resultados, como uma forma de tranquilizá-lo e, principalmente, para que não fique com os resultados na mão querendo todo dia ser encaixado numa consulta. Considero essa nova realidade como uma das principais mudanças no processo de trabalho e com resultados positivos, uma vez que maioria dos pacientes estão se adequando ao novo modelo adotado pela equipe e a garantia de continuidade do cuidado contribui para redução das tensões na UBS e a satisfação do usuário com a assistência prestada.



CAPÍTULO III: AS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO NA GESTACÃO NÃO PODEM ESPERAR

COLABORADORES:

Iris Alves Da Cunha, diretora da UBS.

Edna Maria Menezes, administradora da UBS.

Analu Rodrigues Xavier, cirurgião dentista da estratégia de saúde da família.

Enaura Almeida Silva, enfermeira da estratégia de saúde da família.

Francielma Batista De Araujo, auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família

Caroline Alves Maia Emidio De Oliveira, técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família.

Cristiane De Farias Das Chagas, agente comunitário de saúde.

Francisco Gilberto Dos Anjos Da Silva, agente comunitário de saúde.

Luciana Andre Do Nascimento, Agente Comunitário de Saúde.

Maria Da Conceicao Gomes, Agente Comunitário de Saúde.

Josineide Ferreira Da Silva, Agente Comunitário de Saúde.

Joao Maria Barbosa Da Silva, recepcionista - arquivista da UBS

Marlene Xavier Do Nascimento, recepcionista – arquivista da UBS

Nesta experiência serão relatadas as estratégias realizadas pela Equipe de Atenção Básica (EAB) 93 da Unidade Básica de Saúde (UBS) África – Distrito Sanitário Norte I, Natal - Rio Grande do Norte para realizar melhoras no acolhimento e acompanhamento no pré-natal, puerpério e planejamento reprodutivo partindo da análise das potencialidades e fragilidades em relação ao processo de trabalho da equipe e aos principais problemas apresentados pelas pacientes gestantes. Serão relatados dois problemas:

Um dos principais problemas encontrados, foi a falta de registro e levantamento periódico das gestantes na comunidade, nessa direção, foi realizada uma reunião com toda a equipe e acordado com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a elaboração de uma lista

mensal atualizada das gestantes, com todos os dados relativos à data da última menstruação, data do último pré-natal e a indagação por parte ACS sobre o motivo de não comparecimento da paciente gestante ao pré-natal, já que no mês de maio houveram 6 gestantes que não compareceram à consulta agendada para o pré-natal. Com a elaboração dessas listas poderemos ter um controle mais dinâmico e contínuo da assistência ao pré-natal na UBS África.

A segunda experiência relatada trata sobre o manejo das Infecções no Trato Urinário (ITUs) nas gestantes da nossa comunidade. As ITUs representam a forma mais comum de infecções bacterianas em gestantes. A gravidez é uma situação que predispõe ao aparecimento das ITUs, devido às mudanças fisiológicas, mecânicas e hormonais que ocorrem nesse período da vida da mulher, facilitando a transformação de mulheres bacteriúricas assintomáticas (BA) em sintomáticas. A BA acomete entre 2-10% das gestantes, se não tratadas adequadamente podem desenvolver pielonefrite em 40% dos casos. As ITUs manifestam-se clinicamente por disúria, polaciúria, urgência miccional e dor no baixo ventre na cistite, arrepios de frio e lombalgia na pielonefrite, ou completa ausência de sintomas na bacteriúria assintomática. O diagnóstico, na maioria das vezes, com exceção da bacteriúria assintomática, é clínico. Deve-se levar em consideração fatores, como a condição da paciente, a tolerabilidade e a toxicidade materna e fetal para a escolha da melhor abordagem terapêutica. (BAUMGARTEN et al.2011)

O objetivo da presente intervenção foi implementar uma estratégia com a finalidade de diminuir as complicações (pielonefrite) em gestantes com bacteriúria assintomática não tratadas. Durante o mês de maio e no início do mês de junho percebemos que houve quatro (04) gestantes, que compareceram na UBS no dia agendado para o pré-natal e durante a consulta ao conversar com as pacientes, estas relataram ter recebido alta hospitalar nos dias ou semanas anteriores por um internamento para tratamento de pielonefrite, informação que foi verificada e comprovada já que as pacientes apresentavam documento de alta ou receituário com prescrição médica e diagnóstico para acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse fato despertou minha preocupação sobre o motivo de não terem sido diagnosticadas e tratadas precocemente evoluindo a uma pielonefrite e após a indagação, as pacientes relataram experiências similares da seguinte forma: receberam exames que foram solicitados na primeira consulta do pré-natal, mas a próxima consulta só estava agendada para três (3) semanas após o recebimento dos resultados e já que se

encontravam completamente assintomáticas não procuravam a UBS. No entanto, o exame de urina na data da coleta já indicava infecção urinária e enquanto a paciente aguardava o resultado dos exames ou a consulta do próximo pré-natal desenvolvia uma pielonefrite e era internada para tratamento hospitalar.

Foi realizada uma reunião com a equipe para tratar o tema e foi estabelecido, que deverá ser informado a cada gestante que tão logo receba os resultados dos exames, deverá procurar a UBS para avaliação, mesmo que tenha já agendado a consulta do pré-natal para uma data mais próxima.

No dia que a gestante comparecer na UBS será acolhida e serão avaliados os exames de laboratório pelo médico ou na sua ausência, pela enfermeira com a finalidade de identificar alguma alteração nos resultados, principalmente, o exame de urina. Da mesma forma, foi orientado na recepção que quando a gestante comparecer para agendar a consulta do pré-natal com os resultados dos exames, a usuária não saia da UBS sem ter sido avaliada pelo médico ou enfermeira. Essa dinâmica já foi colocada em prática nas duas últimas semanas do mês de junho e efetivamente já foram diagnosticadas três (3) pacientes com bacteriúria assintomática e prescrito tratamento com antibióticos imediatamente. As pacientes tinham agendado consulta do pré-natal para as próximas duas ou três semanas, e até essa data poderiam desenvolver uma pielonefrite, não há forma de afirmar que elas iriam desenvolver essa complicação, mas temos certeza de que na mínima alteração no resultado do exame ela já receba tratamento adequado.

A principal dificuldade encontrada foi por parte das gestantes, já que a maioria delas relatou que não comparece a consulta do pré-natal, pois a UBS encontra-se muito longe das suas residências. Os profissionais e trabalhadores da UBS África ainda estão realizando as atividades no espaço físico da UBS Redinha que está localizada a 3 km da UBS África. Essa realidade acontece aproximadamente há 3 meses devido a reforma de nossa UBS.

Desse modo, apesar as dificuldades, continuaremos realizando reuniões para avaliar outras fragilidades no processo do acompanhamento no pré-natal, puerpério e planejamento reprodutivo e elaborar no coletivo estratégias que colaborem a melhoria da qualidade de vida da comunidade assistida.



CAPÍTULO IV: ANALISANDO A REALIDADE DA SAÚDE MENTAL DA COMUNIDADE ÁFRICA.

COLABORADORES:

Iris Alves Da Cunha, diretora da UBS.

Edna Maria Menezes, administradora da UBS.

Analu Rodrigues Xavier, cirurgião dentista da estratégia de saúde da família.

Enaura Almeida Silva, enfermeira da estratégia de saúde da família.

Francielma Batista De Araujo, auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família

Caroline Alves Maia Emidio De Oliveira, técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família.

Cristiane De Farias Das Chagas, Agente Comunitário de Saúde.

Francisco Gilberto Dos Anjos Da Silva, Agente Comunitário de Saúde.

Luciana Andre Do Nascimento, Agente Comunitário de Saúde..

Maria Da Conceição Gomes, Agente Comunitário de Saúde..

Josineide Ferreira Da Silva Agente Comunitário de Saúde..

Considerando a importância de identificar as fragilidades na saúde mental e a necessidade da sua avaliação se necessita de um instrumento de autoavaliação que auxilie no planejamento de ações da equipe de saúde, que permita à identificação dos principais problemas que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas.

Nesta experiência será relatado o processo de autoavaliação dos serviços de saúde prestados pela Equipe de Atenção Básica (EAB) 93 da Unidade Básica de Saúde (UBS) África – Distrito Sanitário Norte I, Natal Rio Grande do Norte. Através dos critérios avaliativos do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção – PMAQ.

Será descrito o processo de realização e elaboração de uma planilha onde possamos começar a registrar as informações que são solicitadas pelo PMAQ de acordo com o relato que se segue: para a realização e elaboração da ficha espelho foi convocada uma reunião com toda a equipe 93 da UBS ÁFRICA, foram avaliados vários critérios que são requisitos do PMAQ. Nessa direção, foi constatado que o registro da unidade de usuários em uso

crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como, os ansiolíticos de um modo geral, é realizado por cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) em coordenação com o médico, mas estes registros em alguns casos estavam desatualizados. Desse modo, foi acordado que até o final do mês os registros deveriam ser atualizados e avaliados em uma nova reunião. Não houve nenhuma dificuldade na avaliação dos registros nem na proposta de melhoras, por parte da equipe e foi observado também, que a equipe mantém adequadamente um registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.

Foi elaborada também, uma ficha de atendimento em saúde mental com a finalidade de ter um melhor acompanhamento e registro dos pacientes, foi acordado que os ACS, realizariam um novo levantamento dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor bem como, os ansiolíticos de um modo geral, mas esses dados deveriam ser registrados na ficha elaborada e anexada ao prontuário do paciente, com a finalidade de facilitar o acompanhamento da história clínica do paciente por ocasião do atendimento na UBS. Essa ficha será revisada e reavaliada pelo médico para conferir ou corrigir as informações dadas pelo paciente. Segue abaixo o modelo da ficha utilizada:

FICHA DE ATENDIMENTO SAÚDE MENTAL

PRONTUARIO:

NOME:

SEXO:

DATA DE NASC:

IDADE:

NOME DO RESPONSÁVEL E VINCULO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

CARTÃO DO SUS:

ACS RESPONSÁVEL:

- 1- Sente a necessidade de consultar com um Psiquiatra?
- 2- Já consultou com um Psiquiatra?
- 3- Faz acompanhamento com Psiquiatra?
- 4- Já passou por Internação?
- 5- Já foi atendida pela equipe do NASF? Quando?
- 6- Faz acompanhamento com a equipe do NASF?
- 7- Já foi atendida no CAPS? Quando?
- 8- Faz acompanhamento com CAPS?
- 9- Já fez uso de Psicofármaco?
Qual?
Porque?
Por quanto tempo?
Quem receitou?
Faz uso atual de Psicofármaco?
Qual?
Porque?
Desde quando?
Quem receitou?
- 10- É portador de alguma doença crônica?
Qual?
- 11- Utiliza algum medicamento?
Qual?
- 12- Está realizando algum tratamento no momento? Qual?
- 13- Está fazendo uso de algum medicamento no momento? Qual?

Dando continuidade à intervenção será relatada como está organizada a rede de saúde mental em nosso território seguindo a linha de cuidado de um paciente que realiza acompanhamento em Saúde Mental na nossa UBS.

Trata-se de um caso específico de um paciente da nossa comunidade de 20 anos de idade, com diagnóstico de autismo que apresenta um importante déficit cognitivo, há alguns meses. O paciente estava trancado em casa já que apresentava crises de agressividade, motivo pelo qual a mãe teve que fechar a casa com chaves. O paciente fazia usos de medicação oral há alguns anos, mas não tinha nenhuma melhoria e este ia se tornando cada vez mais agressivo. A família já tinha procurado a UBS e nas visitas domiciliares realizadas o paciente apresentava-se tranquilo. A equipe solicitou uma consulta com o psiquiatra através da regulação da UBS para avaliar melhor o caso, o que demandaria um tempo indeterminado de espera para o agendamento enquanto o paciente ia se tornando ainda mais

agressivo, gerando mal-estar nos vizinhos. Diante dessa realidade a equipe articulou os profissionais do NASF para avaliar o caso e o paciente foi referenciado para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Más, toda vez que a família tentava levar o paciente este tornava-se violento, foi então que a equipe entrou em contato com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social de Natal, e estes por sua vez articularam o serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Também foi articulada uma visita domiciliar ao paciente por um especialista e foi constatado que efetivamente as medicações que o paciente estava usando desde a adolescência não estavam surtindo o efeito esperado, e foi prescrito um neuroléptico de uso parenteral (intramuscular) que deverá ser aplicado a cada 28 dias. Atualmente a equipe realiza acompanhamento semanal do paciente, renovação das receitas das medicações, preenchimento e solicitação da medicação de uso parenteral que são entregues na Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT). O paciente encontra-se estável, foi agendada uma nova visita domiciliar ao paciente para acompanhamento sistemático de seu caso clínico.

Já se falarmos de uma forma geral sobre como está organizada a saúde mental na nossa comunidade, temos que, por exemplo, o paciente em sofrimento psíquico procura a UBS através do ACS, dependendo do caso o paciente é agendado para uma consulta médica ou se for necessário é atendido no mesmo dia, este paciente após avaliação segue um fluxo conforme organização da rede de saúde mental na nossa UBS,

Pacientes que precisam um atendimento de urgência ou em crise poderão ser encaminhados a uma Unidade de pronto Atendimento – UPA, ao Hospital Psiquiátrico João Machado, ao hospital Municipal de Natal, e se o paciente apresentar alguma comorbidade poderá ser referenciado ao HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopez, o ACS realiza o seguimento do caso, para após alta do paciente continuar com o acompanhamento.

No entanto, pacientes que já realizam acompanhamento psiquiátrico ou já tem diagnóstico prévio, são encaminhados à Policlínica Norte, através da regulação na UBS.

No caso de pacientes com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas na nossa comunidade, mesmo que os Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, e o CAPS Álcool e Drogas – CAPS-AD sejam porta aberta, os pacientes podem ser encaminhados para estes serviços e após atendimento os pacientes retornam para a UBS para o acompanhamento.

Uma fortaleza na Nossa Comunidade é poder contar com o NASF que realiza atividades próximo a nossa UBS e existe uma excelente comunicação por parte da equipe

93 e de toda a UBS, com os profissionais do NASF. São realizadas reuniões sistemáticas cada 15 dias ou até semanalmente, contando com a presença da psicóloga, da fisioterapeuta ou do nutricionista, organizando assim, a linha de cuidado dos pacientes mais graves em sofrimento psíquico.



CAPÍTULO V: PRIORIZANDO A SAÚDE E O BEM-ESTAR DAS CRIANÇAS DA COMUNIDADE ÁFRICA

COLABORADORES:

Iris Alves Da Cunha, diretora da UBS.

Edna Maria Menezes, administradora da UBS.

Analu Rodrigues Xavier, cirurgião dentista da estratégia de saúde da família.

Enaura Almeida Silva, enfermeira da estratégia de saúde da família.

Francielma Batista De Araujo, auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família

Caroline Alves Maia Emidio De Oliveira, técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família.

Cristiane De Farias Das Chagas, agente comunitário de saúde.

Francisco Gilberto Dos Anjos Da Silva, agente comunitário de saúde.

Luciana Andre Do Nascimento, agente comunitário de saúde.

Maria Da Conceição Gomes, agente comunitário de saúde.

Josineide Ferreira Da Silva, agente comunitário de saúde.

Considerando a importância de identificar as fragilidades na saúde da criança e a necessidade da sua avaliação se necessita de um instrumento de autoavaliação que auxilie no planejamento de ações da equipe de saúde, por meio do qual sejam identificados os principais problemas que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas.

Nesta experiência será relatado o processo de autoavaliação dos serviços de saúde prestados pela Equipe de Atenção Básica (EAB) 93 da Unidade Básica de Saúde (UBS) África – Distrito Sanitário Norte I, Natal Rio Grande do Norte através dos critérios avaliativos do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.

Será descrito também, o processo de realização de ações de melhora na atenção à saúde da criança na UBS África, levando em consideração as recomendações do PMAQ-AB.

Nessa direção, foi realizada uma reunião com toda a equipe 93, com a finalidade de responder as seguintes perguntas descritas abaixo de maneira crítica e reflexiva para que possamos identificar se estamos realizando de maneira satisfatória as ações preconizadas pelo PMAQ/AB:

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

Violência familiar	SIM	
Acidentes	SIM	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	SIM	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	SIM	
Com baixo peso	SIM	
Com consulta de puericultura atrasada	SIM	
Com calendário vacinal atrasado		
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	SIM	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	SIM	

Não houveram grandes dificuldades para reunir a equipe e responder o questionário. Na análise final da reunião e ao avaliar os registros de acompanhamento das crianças, percebemos que havia um grande atraso em relação as avaliações de Crescimento e Desenvolvimento (CD) em nosso território, informação que não era uma surpresa para a equipe, já que como foi relatado em outras experiências, desde o mês de março, nossa UBS está fechada para reforma e nos encontramos atendendo na UBS da Redinha, na qual

disponibilizamos de apenas três salas para todas as atividades, isso vem dificultando muito o atendimento da população e, principalmente, a avaliação das crianças, já que se prioriza a disponibilidade da sala para atendimento de consulta médica. Durante a semana a enfermeira da equipe tem sala apenas dois turnos, sendo estes para realizar pré-natal e consulta de puericultura, os outros dias, atende numa sala compartilhada com outro profissional ou realiza visita domiciliar, o que dificulta muito a avaliação antropométrica das crianças em nosso território. Foi então acordado que deveríamos realizar ações para melhorar essa situação já que durante a semana não temos mais salas disponíveis, foi acordado que durante o próximo mês, serão realizadas atividades coletivas de consulta de puericultura aos sábados, quando a UBS Redinha está fechada, para que possamos fazer uso das salas e do material necessário à consulta de puericultura com as balanças. Nessa ocasião iremos atender o maior número possível de crianças da seguinte forma: nas duas primeiras semanas serão avaliadas crianças com menos de dois anos e se não houverem mais crianças nessa condição, nas próximas semanas serão avaliadas crianças de 2 a 6 anos de idade, a consulta incluirá também avaliação do estado vacinal, estado nutricional e avaliação odontológica, já os casos em que seja detectada alguma patologia será agendada para atendimento médico durante a semana.

Desta forma esperamos ampliar a cobertura das consultas de puericultura em nosso território e melhorar o atendimento das crianças da comunidade.



CAPÍTULO VI:

TÍTULO: ANALISANDO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UBS AFRICA

COLABORADORES:

Iris Alves Da Cunha, Diretora da UBS.

Edna Maria Menezes, Administradora da UBS.

Analu Rodrigues Xavier, Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família.

Enaura Almeida Silva, Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família.

Francielma Batista de Araújo, Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família

Caroline Alves Maia Emídio de Oliveira, Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família.

Cristiane de Farias Das Chagas, Agente Comunitário de Saúde.

Francisco Gilberto dos Anjos da Silva, Agente Comunitário de Saúde.

Luciana André do Nascimento, Agente Comunitário de Saúde.

Maria da Conceição Gomes, Agente Comunitário de Saúde.

Josineide Ferreira da Silva, Agente Comunitário de Saúde.

Nesta experiência será relatado o processo de autoavaliação dos serviços de saúde prestados pela Equipe de Atenção Básica (EAB) 93 da Unidade Básica de Saúde (UBS) África – Distrito Sanitário Norte I, Natal Rio Grande do Norte através dos critérios avaliativos do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – (PMAQ-AB), por meio do qual serão identificados os principais problemas que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas.

Será descrito também, o processo de realização de uma das ações de melhora na atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na UBS África, levando em consideração as recomendações do PMAQ-AB.

Nessa direção, foi realizada uma reunião com toda a equipe 93, com a finalidade de responder as seguintes perguntas descritas abaixo de maneira crítica e reflexiva para que possamos identificar se estamos realizando de maneira satisfatória as ações preconizadas pelo PMAQ/AB:

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?	SIM		SIM	
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?	IMEDIATO		IMEDIATO	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	SIM			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	SIM			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			SIM	
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	SIM		SIM	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para	SIM			

<p>peessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?</p>				
<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>	SIM			
<p>A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?</p>	SIM			
<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>	SIM		SIM	
<p>A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?</p>	SIM		SIM	
<p>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?</p>			SIM	
<p>A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?</p>				NÃO
<p>A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?</p>			SIM	

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE		
QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	SIM	
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	SIM	
<p>Quando o paciente é identificado e devidamente registrado, na mesma consulta médica são solicitados diferentes exames laboratoriais, são orientadas medidas higiênico-dietéticas, o paciente é encaminhado ao serviço de Nutrição, e convidado a participar do grupo de Obesidade que realiza reuniões semanais.</p> <p>É agendado retorno a consulta médica com os resultados dos exames solicitados.</p>		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	SIM	
Oferta ações voltadas à atividade física	SIM	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	SIM	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	SIM	
Encaminha para serviço especializado	SIM	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	SIM	

Não houve dificuldades para reunir a equipe e realizar o questionário. De uma forma geral a equipe compreende que as principais doenças crônicas são as descritas no questionário e que devemos sempre buscar melhoras na atenção dessas doenças, como busca ativa desses pacientes, reuniões semanais com o grupo de Obesidade, no qual contamos com a participação da nutricionista do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF). Na consulta médica tentar estabelecer um compromisso do paciente com tratamento da doença, fazê-lo entender claramente os riscos e como evitar o agravamento da mesma. Fazer com que o paciente compreenda no controle das DCNT precisamos trabalhar juntos, não apenas tomando as medicações, mas também tentando levar um estilo de vida saudável, uma boa alimentação.

Outra das ações que a equipe realiza com a finalidade de melhorar a atenção às DCNT na UBS África é o atendimento a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), para isto foi disponibilizado um dia na agenda para o atendimento destes pacientes, como iniciamos o atendimento no mês de Janeiro, muitos pacientes precisavam retornar com resultados ou com alguma outra queixa relacionada à doença, mas tinham que aguardar várias semanas para marcar uma nova consulta no “dia de atendimentos a pacientes com HAS e DM” já que este atendimento era realizado uma vez por semana. Foi realizada uma reunião com a equipe no mês de março e foi estabelecido que seria feita uma avaliação de risco na primeira consulta desses pacientes, e seriam solicitados diferentes exames, para avaliar o controle da doença, na mesma consulta caso seja observado que o paciente apresentasse sintomas clínicos de mal controle da doença, ou comorbidades que possam agravar a doença crônica o paciente será acolhido e atendido assim que ele precisar, ou assim que ele tiver resultados dos exames solicitados, ou retorno da especialidade à qual ele foi referenciado, isso fez com que seja feito um melhor acompanhamento não apenas de pacientes com diagnóstico de HAS e\ou DM, e sim daqueles pacientes hipertensos e diabéticos que precisam ter um maior cuidado ou uma intervenção mais rápida.



CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
MELHORAS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E PRIMEIRO PLANO DE AÇÃO NA UBS ÁFRICA	Esta intervenção foi fundamental, já que serviu como ponto de partida, para termos uma análise geral, de todas as fragilidades e as ações que seriam implementadas, conhecer e avaliar a realidade atual dos serviços de saúde prestados em nossa unidade para poder melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica.	A equipe de saúde compreendeu a importância das avaliações e das reuniões, já que apenas durante as reuniões era possível analisar os principais problemas e queixas da população em relação ao acesso e à qualidade da atenção básica na UBS África. A principal dificuldade foi utilizar todas as ferramentas propostas para registrar e monitorar os indicadores de qualidade do PMAQ. Foram criadas ou modificadas as ferramentas para todos estes indicadores, porém	Serão realizadas reuniões 3 vezes por ano, para avaliar as ferramentas propostas, para registrar e monitorar os indicadores de qualidade do PMAQ, sendo esperado que no mínimo sejam avaliados três indicadores em cada reunião.

		não foi possível acompanhar todos, pelo que foram estabelecidos prazos e metas para que sejam realizados.	
DO PRIMEIRO CONTATO À CONSULTA MÉDICA	O objetivo desta intervenção foi conhecer e colocar em prática o primeiro princípio da atenção básica: o Primeiro contato, melhorar o acolhimento do usuário na UBS, e o atendimento a demanda espontânea. Uma das principais queixas da população era a demora a ser atendidos, já que as consultas eram marcadas	Com as novas formas de trabalho implantadas, tornou-se evidente uma melhoria no atendimento e uma grande diminuição das queixas por parte da população, está sendo muito exitoso o sistema implantado de agendamentos prioritários e retornos prioritários, diminuindo assim as complicações em pacientes que antes aguardavam marcar consulta de retorno quando precisavam ser avaliados o mais rápido possível. Ainda há discordância, por parte de alguns	As experiências exitosas serão reforçadas em cada reunião, para o próximo ano esperamos já voltar à nossa UBS, que se encontra em reforma desde o mês de abril, sendo esta a principal dificuldade para implantação de melhorias em vários pontos da atenção básica, principalmente no primeiro contato.

	<p>diretamente na recepção, por sistema de fichas. Com a intervenção foi possível mudar isso.</p>	<p>membros da equipe, já que de alguma forma sobrecarregou e gerou mais reponsabilidades em cada membro da equipe.</p> <p>A classificação de risco e triagem foi o ponto que não foi muito bem-sucedido, já que na UBS não há espaço físico para que seja realizado.</p>	
<p>AS INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO NA GESTACÃO NÃO PODEM ESPERAR</p>	<p>O objetivo desta microintervenção foi realizar melhorias no acolhimento e acompanhamento no pré-natal, puerpério e planejamento reprodutivo partindo da análise das potencialidades e fragilidades em relação ao processo de</p>	<p>Foi observada uma diminuição considerável das complicações nas gestantes do nosso território, aplicando o princípio “gestante é sempre acolhida” o que não quer dizer que os demais usuários não sejam acolhidos e sim que, tendo observado muitas complicações nas gestantes nos meses anteriores, foi definido um sistema</p>	<p>Continuarão sendo avaliadas as listas de monitoramento das gestantes, reforçar o compromisso por parte dos Agentes Comunitários de Saúde na busca ativa das gestantes, e melhorar o sistema de monitoramento das gestantes, de uma forma mais didática e de fácil controle.</p>

	trabalho da equipe e aos principais problemas apresentados pelas pacientes gestantes.	de acolhimento específico para as elas. A principal dificuldade é a demora para a realização de exames.	
ANALISANDO A REALIDADE DA SAUDE MENTAL DA COMUNIDADE ÁFRICA	Importante microintervenção para um dos principais problemas na população da comunidade África: a saúde mental, para implantar melhorias no atendimento foi importante conhecer a organização da rede no município e organizar uma linha de cuidado para os pacientes mais graves.	Foi elaborada uma ficha de atendimento em saúde mental, para ter um registro atualizado dos pacientes em sofrimento psíquico, os agentes comunitários de saúde realizaram busca ativa destes pacientes, para preencher parcialmente estas fichas e poder assim ter um melhor registro e acompanhamento.	Realizar reuniões específica para monitoramento específico dos pacientes em sofrimento psíquico, assim como a cobertura no atendimento e acolhimento destes pacientes.
PRIORIZANDO A SAÚDE E O	Após identificar as	Foi possível identificar algumas	Organizar dias específicos para realizar campanhas de

BEM-ESTAR DAS CRIANCAS DA COMUNIDADE ÁFRICA	fragilidades na atenção à saúde da criança em nossa comunidade, foram realizadas ações de melhora baseados na análise crítica das ações preconizadas pelo PMAQ. Foi elaborado um plano específico para melhorar o atendimento e acompanhamento de puericultura. Nossa unidade não tem salas disponíveis para os atendimentos, pelo que tiveram que ser organizados dias específicos, para realizar estes	das crianças mais vulneráveis, porém ainda precisamos realizar mais atendimentos para ter uma maior cobertura, devido à grande demanda geral da população e a falta de espaço físico ainda não é possível melhorar essa cobertura, esperamos que pronto voltemos a nossa UBS, para poder melhorar o atendimento.	CD, até voltar a nossa UBS. Melhorar os registros de crianças com diagnóstico de desnutrição, para poder estabelecer uma linha de cuidado para estes pacientes.
--	--	--	---

	atendimentos, com o comprometimento de toda a equipe.		
ANALISANDO AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UBS AFRICA	Após análise, da situação destas doenças na nossa comunidade, sem sair de uma realidade geral no Brasil, as principais doenças crônicas são Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e são estas mesmas as que ocasionam a maior morbimortalidade por doenças crônicas em nossa comunidade, principalmente, em pacientes	Foi alcançada uma grande cobertura de pacientes idosos com diagnóstico de diabetes Mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica, foram identificados pacientes que vinham tomando medicações há muitos anos sem realizar nenhum acompanhamento ou controle, e procuravam a UBS apenas com o surgimento de complicações, ou após algum internamento, dessa forma esperamos que a identificação rápida destes pacientes represente uma futura diminuição	Realizar um novo levantamento dos pacientes Idosos Hipertensos e Diabéticos na comunidade, ampliar esse acompanhamento e seguimento a toda a população com estes diagnósticos. Focar na prevenção destas doenças, principalmente com a identificação da síndrome Metabólica, nos usuários que comparecem por qualquer outro motivo à UBS.

	<p>Idosos, pelo que inicialmente foi estabelecido um dia específico para atendimento de “Idosos Hipertensos e/ou diabéticos” após uma grande cobertura mantivemos o dia de “hipertensos e diabéticos” más de uma forma geral, implantou se um sistema de prioridade para retorno destes pacientes, para um melhor acompanhamento.</p>	<p>das complicações por estas doenças.</p>	
--	---	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a conclusão do TCC e analisando todas as intervenções que a equipe da Unidade Básica de Saúde África realizou, considero que o curso de especialização em saúde da família me propiciou muitas experiências, no início grandes expectativas para os novos conhecimentos e aplicação de protocolos que nos ajudassem a melhorar a situação da atenção básica em nossa comunidade, orientando nosso trabalho às necessidades reais das pessoas que chegavam procurando um atendimento. O Curso proporcionou conhecimentos e capacidades importantes para a minha prática como médico de família numa realidade até então, para mim desconhecida: a atenção básica no Brasil.

O Acolhimento, palavra-chave deste trabalho, considero que foi o princípio mais trabalhado e conquistado durante a realização das mesmas, podemos concluir que sem um acolhimento adequado, nossa porta de entrada ao sistema de saúde não funciona adequadamente, temos muitas situações que ainda precisamos melhorar, não obstante houve uma melhora significativa na atenção básica e principalmente no acolhimento.

A organização de condutas, protocolos e fichas de atendimentos além da execução dos projetos de intervenção, criaram uma rotina organizacional que se espera continue sendo fomentada pelas equipes futuras e cada vez mais aperfeiçoada.

Finalmente, aprendemos que quando a “equipe” de saúde deixa de ser apenas um grupo de pessoas vinculadas à uma área específica da população e começa a trabalhar em “equipe” para discutir e analisar as potencialidades e fragilidades em relação ao próprio processo de e aos principais problemas apresentados pelos usuários é possível melhorar o acesso e a qualidade na atenção básica.

REFERÊNCIAS

BAUMGARTEN, M.C.S.; SILVA, V.G.; MASTALIR, F.P.; KLAUS, F.; Azevedo, P.A. Infecção urinária na gestação: uma revisão de literatura. UNOPAR Cient. Cienc. Biol. Saúde. n.13, p:333-42, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde.2v.2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Requalifica UBS: manual instrutivo / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 32 p.: il.

Brasil. Ministério da saúde. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica AMAQ. Instrumentos e tutoriais da autoavaliação. Disponível em: <http://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq_homologacao/static/assets/docs/AMAQ_AB_SB_3.pdf>. Acesso em: 08 de maio 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Requalifica UBS: manual instrutivo / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 32 p.: il

Brasil. Ministério da saúde. Consulta pública do produto do grupo de trabalho de revisão da terminologia de tipos de estabelecimentos de saúde. Terminologia de tipos de estabelecimentos de saúde. Disponível em: <http://portalsbn.org/pdf/CNES_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 10 de maio 2018

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Código de Ética Médica, Capítulo XI, artigo 73, 2010. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_9.asp>. Acesso em: 12 de maio 2018

Documento Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde: Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renases2012.pdf>>. Acesso em: 12 de maio 2018.

Ministério da saúde. Programa de requalificação de unidades básicas de saúde - Ministério da Saúde, departamento da atenção básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php>. Acesso em: 10 de maio 2018.





