



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

**IMPLEMENTAÇÕES DE INTERVENÇÕES NA UNIDADE DE
SAÚDE DE BARRO PRETO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

MANUELLA ROCHA COSTA

NATAL/RN
2018

IMPLEMENTAÇÕES DE INTERVENÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE DE BARRO
PRETO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MANUELLA ROCHA COSTA

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 o presente trabalho a minha família, meu companheiro Thiago e o meu filho Benjamim.



AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a DEUS! Em sua infinita misericórdia e sabedoria, Ele me sustenta e sem o Seu amparo eu não teria chegado até onde cheguei. Agradeço a Deus por todas as bênçãos e vitórias concedidas em minha vida, por renovar a fé a cada dia em meu coração e por estar sempre presente guiando os meus passos e iluminando o meu caminho.

A minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, pelo o apoio durante toda a minha vida, pelo carinho, compreensão, amor, cuidado e por estar sempre ao meu lado.

A minha avó Maria de Lourdes, por desde sempre cuidar de mim. Sou imensamente grata a minha avó pelas orações de cada dia e pelo amor, cuidado e atenção de sempre.

A minha irmã Lourdes Maria, agradeço pelo carinho, amor e atenção, pelos momentos divertidos, por estar presente em minha vida, tornando os meus dias mais felizes.

Ao meu padrasto Márcio Dias, por se fazer presente na minha vida, com respeito e carinho.

Aos meus familiares em geral, tios e tias, primos e primas, em especial a minha tia Lindonete, por todo o apoio, encorajamento e pelo carinho.

Ao meu companheiro, Thiago, por toda atenção, amor e companheirismo. Por estar sempre disposto a me ajudar nos momentos em que preciso, sempre presente e ao meu lado.

Como também, não poderia deixar de mencionar o meu filho Benjamim, por te me mostrado um mundo novo, que me fez querer ser uma pessoa melhor e acima de tudo me deu ânimo pra eu continuar com meu aperfeiçoamento profissional. Obrigada meu pequeno, gigante menino!

RESUMO

O Programa Mais Médicos configura-se em uma política pública de saúde mais ampla dos últimos anos e tem por finalidade principal a ampliação do acesso à saúde pública e diminuição da desigualdade com a proposta de oferecer assistência à saúde no Brasil mediante ao aumento do número de médicos. Desta forma, este trabalho trata-se de um relato acerca da experiência vivenciada, sobre as potencialidades, dificuldades e microintervenções que foram realizadas durante a especialização em Saúde da Família do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família na unidade de saúde Barro Preto, zona rural do município de Santo Antônio, Rio Grande do Norte. O mesmo teve como objetivo descrever as diversas intervenções ocorridas durante o período da especialização. No processo de elaboração foi dado ênfase a reflexão, discursão e planejamento de ações nas temáticas prioritárias do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Além disso, expõe as experiências em atuação na atenção primária à saúde. Concluiu-se que a intervenção na unidade de saúde obteve êxito na medida em que as ações resultaram em melhoraria na organização e acolhimento dos usuários na Unidade Básica de Saúde, tais como: atualização dos cadastros dos pacientes com hipertensão arterial, Diabetes Mellitos e usuários de medicações psicotrópicas; a periodização de suas consultas; promoção de ações coletivas em educação permanente junto ao Núcleo Ampliado em Saúde da Família e o aprimoramento do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Avaliação em saúde; Atenção básica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
CAPÍTULO I - ATUALIZAÇÃO DO REGISTRO DE PESSOAS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	09
CAPÍTULO II - APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE PARA IMPLANTAR O ACOLHIMENTO.....	11
CAPÍTULO III - PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	13
CAPÍTULO IV - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	16
CAPÍTULO V - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	18
CAPÍTULO VI - CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
CAPÍTULO VII - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

APRESENTAÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) é uma iniciativa do governo federal para a melhoria do serviço de atenção básica do país. Além de estender o acesso, o programa promove consolidação e aprimoramento dos médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço. A construção desse estudo é fruto da minha trajetória no PNM, onde atuo desde junho de 2017 na unidade de Barro Preto, município de Santo Antônio, Rio Grande do Norte (RN), sendo desenvolvida durante curso de especialização em saúde da família (PEPSUS).

Santo Antônio é um município localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte. Possuindo uma população era de 24.045 habitantes, de acordo com a estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2016. O mesmo conta com 11 equipes de estratégia de saúde da família (ESF), a que eu estou inserida se encontra na área rural do município. A minha ESF abrange quatro micros áreas, sendo a sede principal a unidade de Barro Preto.

O presente estudo trata-se de seis relatos de experiência, nos quais foram registradas microintervensões, que trataram sobre: atualização do registro de pessoas com diabetes e hipertensão arterial; aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento; planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; saúde mental; saúde da criança e controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Tendo o objetivo de fomentar junto à equipe da ESF uma atuação na promoção à saúde e vigilância em saúde, através da reflexão e planejamento de ações.

CAPÍTULO I: ATUALIZAÇÃO DO REGISTRO DE PESSOAS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BARRO PRETO

A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) é um instrumento que tem com finalidade auxiliar no planejamento da equipe, através da identificação dos padrões com maiores problemas do território. Dessa forma, é possível buscar intervenções a fim de proporcionar uma maior qualidade no serviço prestado aos usuários (BRASIL, 2016).

Sendo assim, a partir da utilização do questionário da AMAQ, nossa equipe observou uma nota insatisfatória em relação ao padrão 4.28 A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

As doenças crônicas são altamente prevalentes em nosso meio, sobretudo a Hipertensão arterial e o Diabetes *mellitus*, sendo doenças multifatoriais e que provocam um grande número de mortalidade e morbidade (BRASIL, 2014a; 2014b). Portanto, tendo em vista a relevância dessas, decidimos realizar nossa microintervenção dentro dessa temática.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Barro Preto está localizada na zona rural e apresenta 1.160 usuários cadastrados, sendo o número de pessoas com hipertensão e diabetes de 151 e 37 respectivamente, segundo o último registro realizado ano passado. Em vista disso, vimos a necessidade de uma matriz de intervenção que possibilite a atualização dos registros da nossa Unidade.

Para isso, ficou decidido que haveria uma busca ativa dos doentes não cadastrados, assim como atualização de dados sobre medicamentos em uso dos cadastrados anteriormente. Essa etapa ficou sob responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Posteriormente, os dados colhidos serão registrados pela enfermeira e pela médica no livro de cadastro de doenças crônicas, seguindo pelo agendamento de consultas para o cuidado continuado destes.

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão: 4.28 A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e DPOC.

Objetivos/Metas: atualização dos registros e dados dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, a fim de maior acompanhamento desses pacientes.

Estratégias para alcançar os objetivos/metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Busca ativa dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes.	Visitas domiciliares pelos ACS para coletas de dados dos pacientes.	Recursos humanos.	ACS.	2 meses.	Visitas domiciliares.
Registro dos usuários.	Dados colhidos serão registrados em livro de HIPERDIA.	Livro de registro.	Enfermeira, técnico em enfermagem e médico.	2 meses.	Aumento no número de registros.
Agendamento para consultas programadas.	Todos os pacientes que não passaram por consulta nos últimos 6 meses, serão orientados para o agendamento de consulta.	Recursos humanos.	Enfermeira, técnico em enfermagem e médico.	6 meses.	Aumento do número de consultas e visitas domiciliares.

A princípio um dos obstáculos a ser superado foi o de grande demanda e tarefas acumuladas na UBS devido ao meu afastamento (licença maternidade), somado a isso dois dos quatro agentes comunitários encontram-se de férias. Todavia, há um grande empenho por parte da equipe o que pode ser sentido no aumento da procura por consultas de hipertensos e diabéticos.

Em vista disso, esperamos que ao final do prazo de 6 meses a maioria desses usuários tenha passado por no mínimo uma consulta médica e que os registros sirvam de base para melhor acompanhamento destes e planejamento de futuras ações.

CAPÍTULO II: APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE PARA IMPLANTAR O ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que visa fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, melhorando a resolutividade do atendimento, adequando o serviço às necessidades dos usuários. Este deve ser feito a partir de uma escuta inicial qualificada, com finalidade de organizar, avaliar e orientar as pessoas que buscam uma unidade de saúde (BRASIL, 2013a).

Na busca de conduzir adequadamente o acolhimento, pode-se usar a classificação de risco através do Protocolo de Manchester, que avalia a prioridade de atendimento de acordo com a queixa do paciente e possibilita a organização do fluxo de pacientes que procuram os serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) garantindo um atendimento resolutivo e humanizado.

Os atendimentos realizados na UBS de Barro Preto são aproximadamente 70% decorrente de demanda espontânea, sendo agendado duas consultas de pré-natal e duas de puericultura diariamente. Diante do exposto, foi decidido em reunião com a equipe a adoção do Sistema de Manchester de Classificação de Risco, com a finalidade de organizar os atendimentos, uma vez que estes eram antes feitos através de ordem de chegada.

Sendo assim, afixamos na parede da sala de triagem Figuras 1 e 2 e foi explicado aos pacientes a forma que estava sendo feito a ordem dos atendimentos. Todos os usuários que procuram a unidade são acolhidos, sendo atendido no mesmo dia por mim (médica) ou enfermeira.

Quanto aos pacientes de demanda espontânea classificados como azuis, caso não seja possível o atendimento médico no mesmo dia é remarcado para o próximo dia de atendimento.

COR	CLASSIFICAÇÃO	TEMPO DE ATENDIMENTO
VERMELHO	Emergente	Imediato
LARANJA	Muito Emergente	10 minutos
AMARELO	Urgente	60 minutos
VERDE	Pouco Urgente	120 minutos
AZUL	Não Urgente	240 minutos

Figura 1. Sistema de Manchester de Classificação de Risco adotado pela UBS de Barro Preto. Fonte: Adaptado de Beveridge et al. (1999).

PRIORIDADE 1: VERMELHO

O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção à saúde com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA. Dessa forma, o paciente que for atendido em uma Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família precisa ser referenciado para um pronto-socorro/UPA e removido de ambulância o mais rápido possível, após o primeiro atendimento.

PRIORIDADE 2: LARANJA

O usuário deve ser categorizado como caso "Muito Urgente", mas ainda não necessita de ressuscitação.

O atendimento médico é prioridade e os primeiros cuidados devem ser realizados em no máximo 10 minutos e o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.

O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA.

PRIORIDADE 3: AMARELO

O usuário deve ser categorizado como "Urgente".

O atendimento deve ser realizado com prioridade, respeitando a ordem dos casos classificados como vermelho ou laranja. O protocolo de Manchester recomenda que o atendimento médico deva ser realizado em no máximo 60 minutos.

O acesso ao serviço deve ser imediato, respeitando a classificação de risco.

PRIORIDADE 4: VERDE

O usuário deve ser categorizado como "Pouco Urgente".

O atendimento deve ser priorizado para o mesmo dia, após os primeiros cuidados.

PRIORIDADE 5: AZUL

O usuário deve ser categorizado como "Não Urgente", pois não apresenta sinais de alerta e trata-se, portanto, de um caso eletivo. Logo, pode-se agendar uma atividade na UBS (consulta de enfermagem ou médica, ou grupo ou visita domiciliar) ou realizar o atendimento imediatamente, caso haja necessidade e possibilidade.

Figura 2. Sistema de Manchester de Classificação de Risco adotado pela UBS de Barro Preto.

Fonte: Adaptado de Beveridge et al. (1999).

CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica, Possuindo como princípio a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (BRASIL, 2013b).

Neste sentido, os usuários têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilitando aos indivíduos espaçarem e limitarem as gestações de acordo com seu desejo (BRASIL, 2013b)

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Barro Preto, município de Santo Antônio, Rio Grande do Norte (RN), realizamos a apresentação e orientação de uso dos métodos conceptivos e contraceptivos, dispondo dos seguintes insumos: contraceptivos hormonais orais (combinados e minipílula); contraceptivos hormonais injetáveis (combinados e a base só de progesterona); preservativos masculinos e femininos e contraceptivos de emergência.

No tocante as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é realizado o rastreamento para Vírus da Imunodeficiência Humana, sífilis e Hepatite b em gestantes, adolescentes e adultos assintomáticos, sendo o tratamento instituído no momento da consulta.

Quanto assistência ao pré-natal e o puerpério deve-se garantir a promoção e manutenção do bem-estar materno e neonatal, reduzindo as complicações relacionadas a gravidez e ao parto, promovendo um nascimento de um recém-nascido saudável. Para isso, é necessária atenção qualificada e humanizada através da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (SÃO PAULO, 2010)

Dessa forma, fazemos o acompanhamento de todas as gestantes da nossa área, atualmente 14 gestantes. As consultas são realizadas pela enfermeira e médica, em que é feito o preenchimento da caderneta da gestante, solicitados todos os exames complementares identificando e tratando as doenças intercorrentes. As gestantes também são assistidas pelo dentista da unidade.

Temos ainda um grupo de gestantes que conta com o apoio do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), desde 2017, no qual são realizadas ações educativas quanto à amamentação; nutrição materno infantil; práticas de relaxamento e exercícios. A nossa principal dificuldade é a realização dos exames solicitados que muitas vezes não se encontram disponíveis pela prefeitura ou demoram bastante em ser realizados.

O acompanhamento no período puerperal é feito através de uma visita domiciliar da equipe na primeira semana após a alta do recém-nascido, a fim de que seja realizado uma avaliação do estado de saúde da puérpera e do bebê, bem como orientar sobre a amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Outra questão levantada pela equipe foi a violência contra a mulher. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, define como violência contra a mulher todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada. Este é um problema que aflige todas as classes sociais, etnias, religiões e cultural (SÃO PAULO, 2010).

Diante do exposto, nossa equipe decidiu fazer uma intervenção sobre planejamento reprodutivo e a violência contra mulher. Foram distribuídos panfletos sobre IST, preservativos e feitas apresentações breves na sala de espera uma vez por semana. Foi planejado e executado uma ação junto ao NASF no outubro Rosa, que abrangia outros assuntos além da prevenção ao câncer de mama. O NASF apresentou uma peça que retratava vários tipos violência contra mulher e a assistente social ministrou uma palestra sobre o tema (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Intervenção sobre planejamento reprodutivo e a violência contra mulher.



Figura 2. Intervenção sobre planejamento reprodutivo e a violência contra mulher.

Contudo, ainda precisamos melhorar a abordagem do planejamento sexual entre os adolescentes, procurando atividades em ambientes escolares. Porém isso ainda não foi possível devido à grande distância da nossa área e as escolas com ensino fundamental e médio.

CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE BARRO PRETO

As demandas de saúde mental estão incluídas em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica, que tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde (BRASIL, 2013c).

Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade e território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

O município de Santo Antônio, Rio Grande do Norte (RN), possui na sua rede de atenção um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI), uma equipe do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) e ambulatório com psiquiatra. Os encaminhamentos para os serviços de referência são eficazes, obtendo agendamentos para consulta a curto prazo, porém a maioria das vezes não recebemos a contrarreferência.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Barro Preto, os atendimentos em saúde mental são realizados através de demanda espontânea e visitas domiciliares, além de realizarmos ações educativas sobre a temática (Figura 3). Nós não possuíamos um cadastro atualizado de pacientes em uso de medicação psicotrópica. Em virtude disso, após reunião com a equipe foi feito uma planilha para colheita dos dados dos usuários.



Figura 3. Ação educativa sobre saúde mental da UBS de Barro Preto.

Observamos que o território possui 59 pacientes em uso de psicotrópicos, sendo 26 usuários crônicos de benzodiazepínico e nove pacientes estavam sem acompanhamento há mais de seis meses. A partir desses dados, foi marcado uma consulta individual para uma reavaliação global com todos os pacientes sem acompanhamento e os usuários de benzodiazepínico. Por conseguinte, após avaliação foi iniciada estratégia para desmame dos benzodiazepínicos em quatro pacientes.

Além disso, entramos em contato com o CAPS a fim de realizamos uma ação educativa conjunta sobre a prevenção do suicídio. Essa foi realizada em setembro/2018 e contou com uma grande participação dos usuários.

Ainda na reunião com a equipe, discutimos o caso clínico de paciente X, 28 anos, feminina, solteira, sem filhos, desempregada, veio a UBS apresentando choro fácil durante a consulta, relatou perda de interesse nas suas atividades, isolamento e ideação suicida sem plano específico (desejava morrer). Foi feito o encaminhamento para a psicoterapia no NASF, agendada para o dia seguinte e o atendimento ambulatorial com a psiquiatra na semana posterior. A paciente retornou após um mês na UBS relatando melhora do quadro, no momento encontra-se em acompanhamento a cada dois meses com a psiquiatra e quinzenalmente com psicólogo. Está fazendo uso de fluoxetina 20 mg e quetiapina 25 mg. Infelizmente, não obtive a contrarreferência e não consegui o contato com a psiquiatra do ambulatório.

CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO DESENVOLVIMENTO

A infância é um período de desenvolvimento das potencialidades humanas. Entretanto, a ocorrência de distúrbios nessa época pode ocasionar graves consequências para os indivíduos e comunidades. Dessa forma, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil. Trata-se da Rede Cegonha, que traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos.

Na atenção básica, existe uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Nesta, espera-se garantir uma visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde ao binômio mãe-filho no contexto da família, para orientação sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na Atenção Primária A Saúde. Depois disso, até a criança completar dois anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento pela equipe de saúde, com um olhar biopsicossocial não apenas para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família.

Diante do exposto, foi realizado uma reunião com toda a equipe para responder o questionário baseado nas recomendações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com	X	

informações equivalentes, na unidade?		
---------------------------------------	--	--

No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:

QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia		X
Crescimento e desenvolvimento	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		X

A equipe realiza busca ativa das crianças:

QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Na UBS de Barro Preto, todas as crianças abaixo de dois anos são acompanhadas em consultas de puericulturas de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, que são realizadas na 1ª semana (feita através de visita domiciliar), no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês. A vacinação encontra-se atrasada há quatro meses devido a falta da vacina meningocócica c. Todas as consultas de puericultura e a vacinação são anotadas nos seus respectivos livros e na caderneta da criança.

Devido aos inúmeros efeitos benéficos do aleitamento materno exclusivo até seis meses, a amamentação é incentivada desde a consulta pré-natal, assim como também na visita puerperal e demais consultas. Na consulta do 6º mês são feitas as recomendações

sobre a introdução alimentar. Apesar das recomendações, ainda observo com frequência a introdução precoce de açúcar e alimento industrializados.

Dessa forma, resolvermos fazer uma ação com apoio da equipe do NASF voltada para as crianças de até um ano, na qual foram abordados os temas amamentação, introdução alimentar, relaxamento dos bebês e higiene bucal.

No momento, não temos nenhum caso registrado de violência infantil, porém vimos a necessidade de aprimorar a busca ativa por parte da equipe.

CAPÍTULO VI: CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem problema de saúde de grande magnitude, representando as maiores causas de morbimortalidade na população mundial. Essas doenças compõem o conjunto de condições relacionadas a múltiplas causas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração.

Além da mortalidade, *Diabetes Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial (HA) são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Na unidade de Barro Preto, possuímos hoje cadastrados 172 hipertensos e 54 diabéticos, os dados estão sendo atualizados desde a primeira microintervenção, porém não há registro específicos dos usuários com maior gravidade. Não possuímos um dia específico para o Hiperdia, sendo os usuários atendidos no mesmo dia que procuram a UBS. O atendimento ocorre conforme os dados descritos no questionário abaixo.

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	1 DIA		1 DIA	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com				X

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

A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				X
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X			
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	X			
Se SIM no item anterior, quais ações?				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS.	X			
Oferta ações voltadas à atividade física.		X		
Oferta ações voltadas à alimentação saudável.		X		
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS.	X			
Encaminha para serviço especializado.	X			
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso.		X		

Estamos fazendo um trabalho de orientação para que todos os usuários com doenças crônicas passem por consulta médica a cada seis meses. Nesta, é feito exame físico e solicitados os exames complementares de acordo com a necessidade de cada usuário. Os dados são anotados na caderneta do Hiperdia fornecida pelo município. Na unidade, não temos oftalmoscópio, estesiômetro e diapasão de 128 Hz, dessa forma não são realizados exame do pé diabético de forma completa nem a fundoscopia.

Os usuários com maior gravidade são referenciados para o acompanhamento conjunto principalmente com o cardiologista, endocrinologista e nutricionista. Diante do exposto, ficou a reflexão da necessidade de maiores ações coletivas para o incentivo da mudança de estilo de vida. Como pontapé inicial, fizemos uma ação na nossa unidade que além de abordar o tema do câncer de próstata, será realizado uma roda de conversa sobre alimentação saudável e exercícios físicos.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
ATUALIZAÇÃO DO REGISTRO DE PESSOAS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BARRO PRETO	<p>A partir da utilização do questionário da AMAQ, observamos uma nota insatisfatória em relação ao padrão 4.28 A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Em vista disso, vimos a necessidade de uma matriz de intervenção que possibilite a atualização dos registros da nossa Unidade. Para tanto, foi realizado uma busca ativa dos doentes não cadastrados, assim como atualização dos dados sobre medicamentos em uso dos cadastrados anteriormente.</p>	<p>Houve aumento do número de usuários cadastrados, ocasionando um melhor acompanhamento deste.</p>	<p>Pretendemos manter atualizado os livros, fazendo atualizações mensais.</p>
APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE PARA IMPLANTAR O ACOLHIMENTO	<p>Foi realizado a adoção do Sistema de <i>Manchester</i> de Classificação de Risco, com a finalidade de organizar os atendimentos, uma vez que estes eram feitos através de ordem de chegada. Sendo assim,</p>	<p>Houve melhor organização nos atendimentos e acolhimento dos usuários.</p>	<p>Iremos continuar realizando a organização dos atendimentos de acordo com o sistema de <i>Manchester</i>.</p>

	<p>afixamos na parede da sala de triagem a figura do sistema de classificação e foi explicado aos usuários a forma que estava sendo feito a ordem dos atendimentos. Dessa maneira, todos os usuários que procuram a unidade são acolhidos e triados. Quanto aos usuários de demanda espontânea classificados como azuis, caso não seja possível o atendimento médico no mesmo dia, são remarcados para o próximo dia de atendimento.</p>		
<p>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BARRO PRETO</p>	<p>Foi realizada uma intervenção sobre planejamento reprodutivo e a violência contra mulher. Foram distribuídos panfletos sobre IST, preservativos e feitas apresentações breves na sala de espera uma vez por semana. Foi planejado e executado uma ação junto ao NASF no Outubro Rosa, que abrangia outros assuntos além da prevenção ao câncer de mama. O NASF apresentou uma peça que retratava vários tipos de violência contra mulher e a assistente social ministrou uma palestra sobre o tema.</p>	<p>Percebemos uma maior reflexão sobre a temática da violência domiciliar.</p>	<p>Esperamos manter as ações sobre planejamento reprodutivo e estamos tentando viabilizar uma maior oferta do Dispositivo intra-uterino junto com a referência. Assim como também manter o grupo de gestante.</p>
<p>SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BARRO PRETO</p>	<p>Realizamos atualização do cadastro de usuários em uso de medicações psicotrópicas. A partir</p>	<p>Melhor acompanhamento dos usuários, usuários de</p>	<p>Esperamos manter um registro sempre atualizado. Outra meta é aumentar a</p>

	<p>desse dados, foi marcado uma consulta individual para reavaliação global com todos os usuários sem acompanhamento e os usuários de benzodiazepínico. Por conseguinte, após avaliação foi iniciada estratégia para desmame dos benzodiazepínicos em quatro pacientes.</p>	<p>medicações psicotrópicas e desmame usuários que faziam uso de benzodiazepínicos.</p>	<p>integração da nossa unidade com a equipe de saúde mental do município.</p>
<p>ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BARRO PRETO</p>	<p>Devido a observação de frequente introdução precoce de açúcar e alimentos industrializados, resolvermos fazer uma ação com apoio da equipe do NASF voltada para as crianças de até um ano, na qual foram abordados os temas amamentação, introdução alimentar, relaxamento dos bebês e higiene bucal.</p>	<p>Estamos observando melhora na variedade e qualidade da alimentação ofertada às crianças.</p>	<p>Esperamos manter as ações educativas sobre alimentação, porém pretendemos abordar outros temas, como violência e acidentes domésticos.</p>
<p>CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BARRO PRETO</p>	<p>Devido a sua grande importância no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, vimos a necessidade de maiores ações coletivas para o incentivo da mudança de estilo de vida. Como pontapé inicial, fizemos uma ação na nossa unidade que, além de abordar o tema do câncer de próstata, será realizada uma roda de conversa sobre alimentação saudável e exercícios físicos.</p>	<p>Melhor reflexão dos usuários sobre seus hábitos de vida e maior busca para o acompanhamento com nutricionista.</p>	<p>Esperamos estender para as outras sedes as rodas de conversas. Futuramente pretendemos criar um grupo para práticas de exercícios físicos e realizar ações para incentivar o cultivo de verduras e hortaliças</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante ao desafio proposto pelo PEPSUS de reflexão e discursão sobre as estratégias adotadas pela nossa equipe, conseguimos fazer um planejamento e execução das microintervenções sugeridas em conjunto. Apesar de ter sido um trabalho que demandou grande esforço, foi bastante recompensador.

Mesmo com algumas limitações, conseguimos iniciar algumas mudanças positivas, como: melhorar a organização do acesso dos usuários; atualizar o cadastro do HIPERDIA, e usuários de medicações psicotrópicas; promover ações educativas junto ao NASF. Dessa forma, aprimoramos as relações entre profissionais de saúde e usuários. Assim como também houve o aperfeiçoamento do trabalho em equipe.

Frente a esse quadro, postam-se grandes desafios e possibilidades: ampliações das ações coletivas, melhorar o acompanhamento dos pacientes em outros pontos da atenção, melhorar a qualidade e resolutividade dos atendimentos prestado.

REFERÊNCIAS

BEVERIDGE R, C. B. et al. Canadian emergency department triage and acuity scale: implementation guidelines. **Canadian Journal Of Emergency Medicine**, n. 1, S1-24, 1999. Suppl 3. Disponível em: <<http://www.cjem-online.ca/v1/n3/PaedCTAS/p3>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.