



**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**

**EXPERIÊNCIAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ  
FERNANDES ARAÚJO, MUNICÍPIO ROSÁRIO DO CATETE.**

**MANUEL EDEL SALINA FERNÁNDEZ**

---

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

---

---

EXPERIÊNCIAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ FERNANDES  
ARAÚJO, MUNICÍPIO ROSÁRIO DO CATETE.

MANUEL EDEL SALINA FERNÁNDEZ

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: Rafael Soares Dias



---

## DEDICATÓRIA

A minha família pelo apoio incondicional.

A todos os meus pacientes pertencentes à unidade básica de saúde e a minha equipe de saúde pois sem eles nada teria sido realizado.

---

---

## AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus por ter me dado força espiritual para superar as dificuldades.

À Romanniny Hévillyn Silva Costa Almino pelas correções e incentivos, paciência e o tempo dedicado.

---

---

## **RESUMO**

O presente trabalho é composto por uma série de 6 microintervenções que logo foram transformados em relatos de experiências, realizados no município Rosário do Catete que pertence ao estado Sergipe. As ações foram desenvolvidas na área de saúde que corresponde à unidade básica de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo mediante reuniões com a equipe e palestras educativas. Principal objetivo foi obter mudanças no estilo de trabalho, ter um melhor controle dos diferentes usuários que pertencem aos diferentes programas que correspondem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tratando-se de várias microintervenções relacionadas com observação na unidade de saúde da família, acolhimento, planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, pacientes com transtornos mentais, acompanhamento das crianças, atenção doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde os resultados foram diferentes, mas satisfatórios. Apesar do pouco tempo destinado para cada atividade logramos uma melhor organização do acolhimento, mudanças positivas no estilo de vida dos usuários, maior adesão ao tratamento assim como melhor acompanhamento entre a atenção primária e secundária mediante as boas contra referências assim com diminuir a incidência de pacientes descontrolados, aumentamos o nível de conhecimentos tanto dos usuários quanto os profissionais, melhoramos o acompanhamento das gestantes e crianças.

Palavras chaves: microintervenção, conhecimento, saúde

---

---

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>I: Observação na unidade de saúde da família.....</b>	<b>9</b>
<b>II: Processo de aperfeiçoamento do acolhimento.....</b>	<b>13</b>
<b>III: Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.....</b>	<b>18</b>
<b>IV: Acompanhamento aos pacientes com transtornos mentais.....</b>	<b>23</b>
<b>V: Crescimento e desenvolvimento das crianças.....</b>	<b>28</b>
<b>VI: Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde..</b>	<b>33</b>
<b>VII: Monitoramento e Avaliação.....</b>	<b>37</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

As unidades básicas de saúde são a principal porta de entrada dos usuários no sistema único de saúde. Fizemos uma série de 6 microintervenções realizadas com os usuários que pertencem à unidade básica de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo, município Rosário do catete, que se localiza a 37 km da capital de Sergipe. As atividades realizadas foram convertidas em relatos de experiências onde abordamos temas como observação na unidade de saúde da família, acolhimento, planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, pacientes com transtornos mentais, acompanhamento das crianças, atenção doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária que foi feita em uma área de saúde pobre onde a principal atividade de trabalho é a agrícola.

Sou médico formado em Cuba e aprovado para participar no Programa Mais Médicos há 15 meses, inserindo-me na equipe de saúde familiar III Dr. Jose Fernandes Araújo. Com minha chegada sabia tinha que fazer atividades educativas para lograr mudanças positivas e contribuir a melhorar a qualidade de vida dos usuários e, portanto, obter resultados favoráveis. Ao começar com esta especialização o meu trabalho foi mais fácil pois desconhecia muitas coisas que deveriam ser feitas nas unidades e não eram realizadas. A motivação fundamental para trabalhar na APS é que mediante o trabalho feito nas unidades de promoção e prevenção podemos evitar as doenças crônicas e complicações as vezes fatais, além de educação continua mediante as palestras. Ademais sabemos onde moram os pacientes da área o que permite um melhor acompanhamento e podemos fazer uma grande diferença com nossas ações humanitárias.

As microintervenções tem sido experiências únicas, acreditava que em tão pouco tempo não podiam se realizar transformações, porém fui surpreso pelas mudanças feitas e sobretudo ao agradável acolhimento pelos pacientes e a motivação enorme que tiveram em que continuássemos fazendo ações de essa índole. Os conhecimentos aprendidos, a alegria reflexada nos seus rostos por mais um dia de aprendizado é a garantia de nosso trabalho cotidiano. Contudo esse fazer, diminuimos o nível de compensações de doenças crônicas, melhora de conhecimentos, dentre outros. A nossa equipe se fez mais forte e unida pois reconheceram que só podemos avançar com união e harmonia. Isso só é uma parte da grande tarefa que temos por diante.

---



---

O objetivo fundamental as intervenções são mudar os estilos de vida, melhorar a adesão aos tratamentos, facilitar a educação permanente, promoção de saúde e prevenção de doenças. Após apresentar um pouco convidamos a todos à leitura dos diferentes relatos de experiência. Boa leitura.

---

---

---

## **CAPÍTULO I:**

### **Observação na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo, município Rosário do Catete.**

Em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece serviços gratuitos, universais e com integralidade nos atendimentos com ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde dos usuários. Oferece também diferentes serviços incluindo a assistência farmacêutica gratuita, a qual garante uma melhor adesão aos tratamentos indicados pelos diferentes profissionais (BRASIL, 1990).

Ressalta-se ainda o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual tem vários indicadores para monitorar as ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o a intenção de melhorar a qualidade da atenção básica. Desse modo, existe a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) que constitui um instrumento para a avaliação das diferentes subdimensões presentes no mesmo, o qual vai garantir a tomada de decisões para o desenvolvimento de ações que façam a melhora contínua dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2017).

Nos últimos tempos, mais do 50 % da população brasileira tem sido coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com um aumento nos indicadores de saúde devido a uma questão da gestão e das práticas das equipes de saúde, assim como os esforços feitos pelos gestores do SUS em colocar a atenção básica no centro da sua agenda (BRASIL,2017).

A UBS Dr. Jose Fernandes Araújo pertence ao município Rosário do Catete, estado Sergipe, a qual tem uma boa infraestrutura e ambiência apropriada sendo uma UBS de tipo I. Contamos com uma equipe de saúde completa. Porém, ao realizarmos a avaliação do AMAQ nas subdimensões: infraestrutura, equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos, um dos principais problemas encontrado foi que não dispomos de assistência farmacêutica com suficiência e regularidade.

Observa-se que alguns pacientes ficam sem medicação, pois a farmácia municipal fica muito longe de onde moram, o que impossibilita receber os medicamentos nesse mesmo dia ou nos dias posteriores; além de que, às vezes, os pacientes não conseguem

---

---

obter os medicamentos pois a farmácia municipal apresenta dificuldade de abastecimento, o que pode contribuir para um mau tratamento.

Nesse sentido, a presente microintervenção é baseada na proposta ao gestor municipal para descentralizar a farmácia municipal a fim de que se tenha uma farmácia na nossa unidade básica de saúde onde possamos ter um local para dispensar medicamentos, com o objetivo de lograr uma maior adesão ao tratamento dos pacientes para as diferentes doenças, principalmente a doenças crônicas no transmissíveis.

Para tanto, uma vez identificado o principal problema, a equipe fez uma matriz (anexo 1) com o intuito de solucionar a situação acerca do componente de assistência farmacêutica. Essa matriz foi baseada no manual da AMAQ, além de que foi feito um quadro com alguns indicadores do PMAQ para ter um controle mensal dos mesmos.

Com a implantação de uma farmácia na nossa unidade básica de saúde logramos um melhor tratamento aos usuários, pois poderemos explicar de forma correta como terão que fazer o tratamento tendo em conta que muitos deles não sabem ler nem escrever o que dificulta ainda mais o tratamento. Esperamos no futuro ter na unidade a farmácia para poder dispensar diretamente os medicamentos.

Além disso, a equipe decidiu desenvolver uma planilha eletrônica em formato Excel com alguns dos indicadores do PMAQ (apêndice 1) como, por exemplo, a média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante/mês, o percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea, o percentual de atendimentos de consulta agendada, o índice de atendimentos por condição de saúde avaliada, a razão de coleta de material citopatológico do colo do útero a cobertura de primeira consulta odontológica programática e o percentual de encaminhamentos para serviço especializado com a finalidade de obter mensalmente o cálculo exato dos indicadores. Com esses cálculos dos indicadores do PMAQ poderemos observar se estivermos cumprindo com eles de forma mensal e assim poder tomar estratégias oportunas para melhorar a atenção a nossa população.

Por esta razão, é de vital importância ter algum instrumento para que a equipe de saúde possa ir garantindo o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios. O monitoramento mensal dos indicadores traduzirá em uma melhora na qualidade de alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta

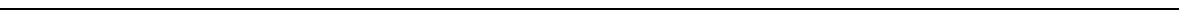
---

---

de gestão da UBS. Com esta microintervenção damos continuidade aos princípios e diretrizes do SUS.

---

---



---

## **CAPÍTULO II:**

### **Processo de aperfeiçoamento do acolhimento na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo**

Como sabemos a Atenção Básica é a porta de entrada dos usuários, sendo a unidade básica de saúde (UBS) a sua principal entrada, por essa razão é de vital importância um acolhimento de qualidade para poder cumprir com a demanda espontânea e as consultas programadas de uma maneira adequada, devendo-se caracterizar o mais possível à realidade do dia a dia da comunidade.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), inclui ações de responsabilização na realização de ações coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento e/ou reabilitação dos indivíduos no território. Ela conta com uma política de humanização a qual é norteadora das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2010).

Entendo que através da conscientização sobre a importância de ter um bom acolhimento oferecido pelos membros da equipe de saúde à comunidade favoreça um maior grau de satisfação da população, tornando essa política de humanização cada vez mais eficaz.

Em virtude da diversidade de sujeitos e atores sociais existentes, as demandas e necessidades de saúde são variadas, fator esse que contribui e dificulta diretamente o processo de acolhimento da comunidade dentro das equipes de saúde e associado a isto outros fatores inerentes como a estrutura física da unidade e o grau de conhecimento dos profissionais da equipe acerca do na minha Unidade de Saúde Dr. Jose Fernandes Araújo que pertence ao município Rosário do Catete, pude perceber que apesar de possuímos uma boa estrutura física e recursos humanos necessários, o processo de acolhimento ainda é ineficiente.

Partindo do ponto que de modo geral a “escuta” e “respostas” aos usuários são ações que ficam na maioria das vezes a cargo da recepção, não ocorrendo o envolvimento dos membros da equipe de saúde multidisciplinar, o que torna-se cada vez mais evidente a falta de planejamento e formulação de estratégias para acolher melhor ao usuário.

Percebo ainda que apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano, os profissionais deveriam estar mais preocupados em atender bem as pessoas que buscam os

---

---

serviços, principalmente, através da criação do vínculo já citados anteriormente (usuários e equipe de saúde).

Em reunião com a minha equipe de saúde familiar III discutimos juntos estratégias que pudessem melhorar o acolhimento em nossa Unidade de Saúde, principalmente através da criação de estratégias para romper e eliminar as barreiras que dificultam o acesso dos usuários aos serviços ofertados.

Partimos do ponto que toda equipe deveria reconhecer o acolhimento como a ferramenta útil na organização de todos os processos de trabalho, para desta forma, procurarmos reorganizar o processo de trabalho onde a equipe de saúde estaria na linha de frente para acolher, entender e ouvir com atenção ao usuário de forma humanizada e qualificada.

Neste momento, além de discutirmos os problemas de saúde da nossa área, sensibilizamos aos demais membros da equipe sobre a importância do acolhimento como fator fundamental para a melhoria do acesso da população aos serviços, gestão do cuidado e reorganização do processo de trabalho.

Após essa sensibilização, traçamos algumas estratégias para implantação do mesmo, como: a definição dos papéis de cada membro da equipe, a criação de um espaço para a escuta de acordo com o fluxo da unidade, a implantação da estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade no atendimento a demanda espontânea, além do envolvimento dos outros profissionais da equipe, incluindo a equipe de saúde bucal.

Visamos também que durante a sala de espera dos usuários estaríamos sempre dando orientações aos mesmos acerca do processo de trabalho da equipe, dos fluxos do cuidado não apenas na Unidade de Saúde, mas em todos os outros serviços da rede de atenção à saúde do município, além de informações acerca do tempo de espera e do manejo de cada caso.

A classificação de risco é feita pela enfermeira junto às técnicas em enfermagem, estabelecendo assim as prioridades para o atendimento.

O protocolo feito na unidade é seguindo as recomendações do ministério da saúde do Brasil (BRASIL, 2012).

---

---

---

O protocolo feito na unidade considera também o grau de sofrimento psíquico e físico de cada paciente, e segundo isso será feita a classificação de risco em cor vermelha, amarela, verde e azul com alguns dos exemplos de casos que mais prevalecem em nossos serviços.

Os pacientes classificados com a cor vermelha terão um atendimento imediato por apresentarem alto risco de morte (emergências). Exemplos: febre alta, perda de consciência, dor intensa, dispneia intensa, diabetes descontrolada (hemoglicoteste acima de 300 mg/dl), crise hipertensiva (160/100 mmHg), crises convulsivas vômitos e diarreias com desidratação, entre outros. Esses casos serão encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na ambulância. Os casos enquadrados na cor amarela são as urgências, onde terão um atendimento mais rápido dependendo do quadro. Exemplos: gestantes com complicações, idosos, pacientes que não deambulem, pacientes com crise de enxaqueca já diagnosticada, dor de ouvido, dor de garganta, hemorragia bucal, lombalgia, vômitos e diarreias sem sinais de desidratação, dentre outros.

Os casos encaixados na cor verde são os casos com baixo risco como as lombalgias leves, tosse, disúria, rinite, renovação de receitas de medicamentos, curativos, avaliação de exames feitos. Temos os casos enquadrados na cor azul que não constituem situações agudas e são aqueles que serão orientados quanto a ofertas da unidade, agendamentos. O mais importante é a comunicação da equipe para que as dúvidas possam ser esclarecidas e poder dar um atendimento ótimo a esse usuário que está-o precisando. Assim, vamos agilizar os atendimentos e evitamos as longas filas.

Desta forma, a implantação deste modelo de acolhimento na Unidade Básica de Saúde, contribuirá ao aperfeiçoamento da equipe durante o acolhimento destes usuários, através de modificações importantes e positivas ao atuar segundo as necessidades deste, contribuindo para o fortalecimento da relação entre o profissional e o usuário. Teremos tanto melhoria na qualidade da assistência quanto uma reorganização do processo de trabalho na Unidade de Saúde.

Uma das dificuldades identificadas após a reunião foi que no dia das consultas das gestantes e crianças, não tínhamos atendimento para a demanda espontânea; mas agora dependendo da quantidade de gestantes e crianças serão atendidos os usuários de forma espontânea nesse dia.

---



---

Não obstante, apesar das dificuldades relativas à implantação do novo modelo acolhimento, estamos certos de que quando compreendido e aprendido melhorará, consideravelmente, a resolutividade do serviço e humanização da prática assistencial.

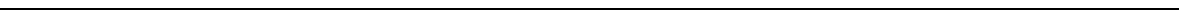
Como a demanda espontânea é muito grande em nosso dia a dia, e sendo a satisfação dos nossos usuários de muita importância destacamos que no mesmo dia estes podem ser acolhidos e atendidos seja pelo médico, enfermeira ou outro membro da equipe, ou seja, todos os dias faremos atendimentos de demanda espontânea em conjunto com as pessoas agendadas, com o objetivo de evitar a diminuição do número de atendimentos ofertados à comunidade, em virtude dos usuários faltosos que acabam gerando vagas na agenda dos profissionais.

Esperamos ainda que outros pontos possam ser destacados mais a frente e que de fato haja melhoria da qualidade da assistência e satisfação do usuário e, portanto, sempre estaremos discutindo sobre o tema em nossas reuniões mensais, avaliando sempre os pontos positivos e negativos, e se necessários implantaremos as mudanças necessárias.

Assim diante dessa microintervenção aumentamos o nível de conhecimento dos membros da equipe sobre acolhimento com classificação de risco.

---

---



---

### **CAPÍTULO III:**

#### **Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo, município rosário do catete.**

A minha unidade de saúde foi criada para resolver mais do 80% dos problemas apresentados pelos pacientes, aí se incluem as atividades de planejamento familiar, pré-natal baixo risco e alto risco e puerpério normal ou patológico.

Em ocasiões, se necessário, elas têm acompanhamento nos centros especializados como o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Destaco a importância da educação em saúde como ferramenta fundamental no referente à promoção da qualidade de vida das mulheres em idade fértil, pois constituem um grupo complexo e diverso, portanto, faz-se necessário a manutenção da saúde delas e diminuir e/ou evitar que adoçam.

Analisando a situação na unidade básica de saúde, percebo que existe uma baixa oferta das ações de educação em saúde, onde em discussão em reunião mensal com a equipe multidisciplinar buscamos investigar as causas, assim como identificar as falhas no desenvolvimento dessas ações em nossa unidade para que desta forma possamos fortalecer estas ações e criar grupos de apoio realmente eficazes.

Destacamos como causas do déficit das práticas educativas voltadas a saúde da mulher, a desorganização da demanda, o grande número da população referida, a resistência dos profissionais e da população às ações educativas, a ausência de área física adequada para a realização das ações e escassez de material de apoio.

Quanto às falhas no desenvolvimento das atividades, temos a troca insuficiente de experiências entre os participantes; não compreender às necessidades do grupo; o uso frequente da linguagem científica, sendo não apropriada ao nível cultural da nossa comunidade e o repasse de informações desatualizadas.

Como melhoria e resolutividade desta situação problema, conseguimos identificar a necessidade da atualização dos profissionais de saúde, pois mesmo que estes reconheçam a importância da realização destas atividades na prática não temos observado um real

---

---

---

envolvimento dos mesmos. Além disso, podemos destacar ainda a necessidade de uma disponibilização maior de recursos físicos e de material de apoio por parte da gestão.

Como principal estratégia, reiteramos a imprescindibilidade da Sala de Espera como uma atividade que além de nos ajudar através do seu caráter socioeducativo, nos ajuda ainda no tocante à humanização da promoção dos cuidados aos usuários por meio da equipe multidisciplinar e através dela teríamos a possibilidade de captar as mulheres e estratificá-las para que pudessem estar participando do diversos grupos de apoio de atenção à saúde já existentes voltados para as mesmas e de acordo com cada necessidade, e esta possa estar sendo atendida em sua integralidade.

Faremos atividades educativas com a intenção de que as usuárias conheçam como se prevenir das doenças de transmissão sexual (DST) e/ou HIV/AIDS proporcionando à distribuição de preservativos. Na questão de evitar gestações não planejadas oferecemos preservativos, pílulas ou injeções anticoncepcionais segundo as indicações das mesmas.

A unidade tem 7 agentes comunitários de saúde as quais fazem busca ativa de gestantes. Quando oferecemos atendimentos às mulheres, inclusive, adolescentes e suspeitamos gravidez indicamos o teste rápido de gravidez e o beta-HCG no sangue (Gonadotrofina Coriônica Humana).

No caso de o resultado ser positivo começamos, imediatamente o acolhimento, preferentemente com a enfermeira. Esta última preenche todos os dados necessários na caderneta da gestante, e solicita os exames do primeiro trimestre. Os desenvolvimentos das consultas subsequentes serão intercalados, sendo uma vez com a enfermeira e a próxima com o médico.

Durante o pré-natal de baixo risco são indicados e avaliados todos os exames laboratoriais nos diferentes trimestres e em caso de alguma alteração muito importante as gestantes são encaminhadas para o pré-natal de alto risco. Ressaltamos a importância de que o parceiro pode acompanhá-las no pré-natal e assim ele possa contribuir com uma gestação mais saudável e livre de transtornos mentais.

Diferentes orientações nutricionais são oferecidas as grávidas dependendo do índice de massa corpórea que possuam; evitando complicações associadas à obesidade e

---

---

desnutrição. Outro ponto fundamental é o aleitamento materno exclusivo, nos primeiros 6 meses, da futura criança para a prevenção das diferentes doenças que incluem os processos alérgicos que tão prevalentes são naqueles que não tiveram um aleitamento materno adequado.

Para o registro mais adequado das mesmas, desenvolvemos uma ficha onde teremos o nome e sobrenome das gestantes, data de nascimento, Idade, endereço, antecedentes patológicos pessoais (APP), Gestações (G), partos (P), Abortos (A), data da última menstruação/ data provável de parto (DUM/DPP), data provável de parto pela ultrassonografia obstétrica (USG DPP), e por último, os possíveis riscos e/ou observações. (Apêndice 2). Com essa planilha vamos obter um seguimento mais ótimo às puérperas logrando uma consulta na primeira semana.

Nesta microintervenção, foi desenvolvida uma atividade educativa com todas as gestantes de nossa área de abrangência relacionado à gravidez, parto e amamentação.

Dentro dos objetivos descrevemos as alterações físicas e emocionais normais na grávida, tempo de duração da gestação, o que é o pré-natal, as quantidades de consultas mínimas que deveriam ser feitas durante todo o pré-natal, as vitaminas a serem tomadas, quais exames laboratoriais seriam indicados nos diferentes trimestres, vacinas a serem tomadas e acompanhamento por odontologia, importância de acompanhar o desenvolvimento do futuro bebê assim como detectar precocemente malformações mediante os estudos ultrassonográficos, tipos de parto e preparar à gestante para a maternidade, aleitamento materno exclusivo até os seis meses e técnica para amamentar.

Além disso, consideramos importante falar sobre os mitos e verdades sobre sexualidade e gravidez. Após isso, foram esclarecidas todas as dúvidas que apresentaram as convidadas. Foi uma atividade muito proveitosa já que as gestantes ficaram satisfeitas e compartilharam experiências do acompanhamento das gestações anteriores, houve boa interação gestante-equipe o que fortaleceu ainda mais os laços de confiança conosco.

Estamos trabalhando na implementação de um grupo de gestantes no município para que sejam mais homogêneos os conhecimentos e evitar as complicações na gestação por simples desconhecimento. Dessa forma, diminuiremos as intercorrências além de

---

---

lograr uma educação quanto à importância do pré-natal e atingir um 100% de assistência das gestantes ao pré-natal, pois temos várias faltosas.

Por fim, temos consciência de que apenas estamos dando início a um árduo trabalho e que os resultados serão colhidos mais a frente, mas após reflexão das atividades que tinham sido desenvolvidas e a elaboração de estratégias para a melhoria da atenção à saúde da mulher percebemos que já começamos a alcançar aos poucos parte do objetivo proposto, pois apesar de todas as dificuldades, já identificamos um aumento no número de atividades desenvolvidas, bem como um maior envolvimento dos profissionais envolvidos incluindo a gestão, além de uma maior participação da população alvo nessas atividades, o que sem dúvidas acarretará na melhoria da assistência prestada às mesmas.

Ressalto ainda a importância da continuidade dessas ações, incluindo a parceria com outros profissionais da rede de atenção à saúde do município, para que de fato estas melhorias sejam efetivadas a longo prazo.

---

---



---

## **CAPÍTULO IV:**

### **Acompanhamento aos pacientes com transtornos mentais na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo, município rosário do Catete.**

A saúde mental está relacionada com a promoção de saúde, prevenção de transtornos mentais e o tratamento e a reabilitação das pessoas afetadas pelos mesmos.

Sabemos que a rede de saúde mental deve e pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes portadores de transtornos mentais, ainda deve ser baseada segundo critérios populacionais e as demandas específicas de cada município.

No município em que atuo como médico da Estratégia de Saúde da Família não possui uma rede de atenção à saúde mental segundo os critérios previstos pelo Ministério de Saúde, o mesmo não possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nem Núcleo de Apoio à Saúde da Família -NASF, tampouco outros programas específicos voltados para esta assistência e que desenvolva estas ações de saúde mental na atenção básica.

Hoje, nosso município conta apenas com os serviços de Psicologia e Psiquiatria, porém não vinculados ao CAPS ou NASF, sendo o fluxo da seguinte forma: quando o paciente é atendido na Unidade Básica de Saúde, caso seja identificada a necessidade do atendimento específico, este é encaminhado pelo médico da equipe, onde o usuário se dirige a Secretaria de Saúde para respectivo agendamento. Entendo que toda a Atenção Básica deveria funcionar de forma articulada, se tivéramos o CAPS como serviço estratégico na organização e da regulação dessa rede.

Entendo também que a Introdução de uma rede de saúde mental no âmbito das ações da Atenção Primária à Saúde constitui um grande desafio em todo mundo, mas devemos partir do ponto de que oferecer um cuidado em saúde mental desde a atenção básica é garantir que o princípio da integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde, seja cumprido, devendo assim a Unidade básica de saúde ter papel fundamental na coordenação das redes e garantir ao usuário o acesso oportuno de acordo com as suas necessidades.

No nosso município, os pacientes que tem transtornos depressivos, ansiedades ou outros podem solicitar os medicamentos indicados pelos profissionais médicos na farmácia

---



---

municipal. Os medicamentos psicotrópicos formam parte da lista de medicamentos disponibilizados pelo Sistema único de Saúde (SUS), sendo controlados e dispensados através de receitas especiais em diferentes apresentações.

Eles incluem os sedativos como o diazepam, que são indicados nos distúrbios de ansiedade e o sono; também encontramos a fluoxetina ou a sertralina que são prescritos nos transtornos depressivos; aqueles pacientes que sofrem de alucinações ou delírios são controlados com os antipsicóticos, tais como a risperidona e haloperidol, e por último, encontramos o lítio que junto a determinados anticonvulsivantes são utilizados no tratamento dos distúrbios afetivos do humor e outras condições.

Em reunião com a equipe de saúde, falou-se sobre a necessidade de ter um controle dos pacientes que fazem uso das medicações “controladas”. Decidimos elaborar uma planilha para acompanhar os usuários de psicofármacos, com o fim de ter um controle das medicações que tomam assim como a posologia e se tiveram alguma consulta com o psiquiatra. Desse modo, garantimos um melhor acompanhamento dos doentes. Além disso, obteremos o diagnóstico necessário pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

No instrumento incluímos a data do atendimento do médico da UBS, nome e sobrenome, data de nascimento, idade, endereço, CID-10, medicamento com sua apresentação, a dose diária para ser tomada e a data de avaliação pelo psiquiatra (no caso tenha sido avaliado) (apêndice 3). Construir o instrumento de registro solicitado pelo PMAQ foi um grande desafio, principalmente pela desarticulação desse serviço em meu município, porém foi também bastante gratificante, pois ao tempo em que construí esse instrumento percebi que deveria torná-lo objeto principal da microintervenção sobre essa linha de cuidado.

Desta forma e através da utilização e melhora constante deste instrumento poderemos de hoje em diante traçar o perfil de nossos usuários portadores de saúde mental, o que não era possível anteriormente, bem como acompanhá-los de uma forma mais rigorosa e direcionar ações específicas voltadas a cada necessidade.

Além deste instrumento, identifiquei a necessidade de construção de outro de Referência e Contra Referência para que a partir da implementação do mesmo possamos melhorar a atenção ao paciente, além de que com este instrumento será possível trocar informações acerca do paciente de forma mais efetiva (Apêndice 4).

---

---

Paciente M.A.M.G, 50 anos, viúva, aposentada, tem 3 filhos e 3 netos, portadora de Esquizofrenia que foi diagnosticada há 5 anos, seu quadro de doença mental é instável por apresentar delírios, alucinações e agressiva com os seus familiares, às vezes. Fizemos uma visita domiciliar para orientações sobre o uso das medicações e conhecimento do núcleo familiar.

Foi percebido um ambiente familiar instável com conflitos por parte dos filhos em virtude de quem iria residir com a mãe e tomar conta da mesma, este conflito parte de seus dois filhos mais velhos que são casados e somente vão visitá-la e pagar as despesas da casa e as medicações; a filha com a qual reside apresenta problemas de saúde mental, pois desenvolveu depressão pós-parto com agravamento do quadro e agora está fazendo uso de drogas e bebidas alcoólicas, a família já foi abordada em diversas ocasiões com relação ao quadro de saúde mental da mãe e da sua filha mais nova, pois as duas não podem residir sozinhas.

As dificuldades no desenvolvimento do tratamento por parte da equipe de Saúde da Família vêm da deficiência do serviço por não possuir o NASF e o CAPS para realizar abordagens e terapias adequadas. Em todas as visitas da equipe à paciente sempre são convocados os filhos para falar sobre as condutas, o uso correto das medicações, a necessidade de avaliação psiquiátrica e a realização de atividades para eliminar a ociosidade da mesma.

A equipe aprendeu que se faz necessário a abordagem, a comunicação e a humanização para obter sucesso nesses casos. As famílias precisam união já que o fortalecimento familiar proporciona estabilidade na saúde mental dos pacientes.

Percebo que tanto para mim, como médico da equipe quanto para os demais profissionais da equipe sabemos que para o fortalecimento e cuidados são necessários os processos educativos permanentes aos funcionários da Atenção Básica, com assistência do cuidado ao paciente e sua família e a sensibilização da comunidade para saber as necessidades e dificuldades que enfrentam no dia a dia.

Deveriam existir mais estratégias por parte da gestão referente à educação permanente neste tema, para que assim possamos estar preparados para lidar com o mesmo.

---

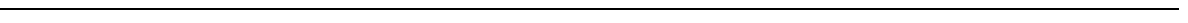
---

---

Além disso, percebo a necessidade de um maior investimento para que ocorra uma melhor organização dos sistemas de saúde municipais, especialmente nos serviços envolvendo a rede de saúde mental do município a fim de garantir o acesso da população aos serviços adequados e a uma melhor assistência, além do fortalecimento da rede de saúde mental, o que poderia ocorrer principalmente através da Implantação de um CAPS Regional no município.

---

---



---

## **CAPÍTULO V:**

### **Crescimento e desenvolvimento das crianças na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo.**

A atenção à criança inclui ações que visam à promoção de saúde e a prevenção de doenças, dentre outras. Por isso, temos de realizar ações para que haja uma criança saudável.

Na minha na Unidade de Saúde da Família Dr. Jose Fernandes Araújo, situada em Rosário Do Catete-SE fazemos reuniões mensais para avaliarmos e discutirmos os indicadores do mês para o seguimento adequado ao trabalho dos profissionais.

Já desde o pré-natal falamos com a futura mãe e o futuro pai sobre a importância das consultas da criança de acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. Desenvolvemos a puericultura na primeira semana de vida em todas as crianças do nosso território e fazemos busca ativa daquelas que possam ter acompanhamento com pediatras no setor privado.

Realizamos o exame físico completo, avaliamos o crescimento, o desenvolvimento, analisamos se o recém-nascido foi vacinado na maternidade ao alta hospitalar; sempre procurando possíveis alterações, fatores de risco da mãe e da criança. Preenchemos corretamente a caderneta de saúde da criança. Damos orientações sobre como é a técnica para amamentar, orientamos sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses, explicamos os sinais de perigo ou alarme e o que fazer nesses casos, importância de cumprir com o calendário das vacinas e esclarecemos dúvidas.

Usamos no nosso trabalho, os protocolos de saúde da criança implementados no Brasil.

Contamos com uma ficha onde registramos as crianças até os dois anos de idade segundo a micro área e o agente comunitário de saúde, o endereço, nome da mãe e outras informações de nosso interesse. Essa ficha é atualizada todos os meses em nossa reunião com a equipe. A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento, a qual é preenchida de forma correta para que outros profissionais possam ver o seguimento e assim possam ter condutas apropriadas.

---

---

---

Há um ano, na unidade não utilizavam cadernetas espelhos para o acompanhamento das crianças pois pensavam que não era importante. Mas chegamos a um acordo de ter as mesmas, pois em caso de extravio por parte das mães da caderneta original a informação ficaria registrada na caderneta espelho.

De forma geral, contamos com os registros de vacinas, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, acidentes e violência intrafamiliar para fornecer um acompanhamento adequado e poder intervir de forma integral nessas questões.

Nossa unidade de saúde tem uma sala de vacinas com o registro atualizado das vacinas das crianças. Os agentes comunitários de saúde-ACS sempre estão revisando o calendário vacinal daquelas que pertencem ao seu território adstrito. O calendário de vacinas é supervisionado mês por mês para evitar atrasos.

Como o crescimento e desenvolvimento são importantes na saúde da criança, fazemos uma revisão da idade, do peso e a altura das crianças. Assim, poderemos avaliar o estado nutricional das crianças e se for o caso tomar as medidas no momento correto.

O desenvolvimento é avaliado nas consultas de criança onde os pais relatam o que o filho está realizando ou não desde a última consulta. Nessa consulta é explicado em uma linguagem clara sem aspectos técnicos o que a criança poderá fazer nos próximos meses até chegar a próxima puericultura. Sendo assim, qualquer alteração vai ser notificada pela família a nossa equipe de saúde onde serão tomadas as medidas pertinentes.

O teste do pezinho é feito nas crianças após o nascimento, entre o quinto e sétimo dia, e explicamos às mães no pré-natal a importância de fazer o mesmo, pois serve para diagnosticar enfermidades que podem ser tratadas precocemente e evitar as complicações que elas trazem. Incluem-se a fenilcetonúria, o hipotireoidismo congênito, as hemoglobinopatias como a anemia falciforme, a hiperplasia adrenal congênita, a fibrose cística e a deficiência de biotinidase. Possuímos uma planilha para monitoramento das crianças que realizaram o teste do pezinho.

Em todos os cenários sempre falamos sobre as lesões não intencionais as quais são evitáveis. Ao fazermos visitas domiciliares identificamos os possíveis lugares propensos a ocorrer os acidentes. As orientações sempre são de acordo com a idade da criança e que medidas podem adotar para prevenir os mesmos.

---

---

Até o momento, na unidade onde atuo não temos tido casos de violência familiar. Não obstante, temos os mecanismos para acompanhar os casos como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Conselhos Tutelares. Contamos com uma planilha onde serão registrados os casos que tenham apresentado violência intrafamiliar.

Explicamos quão relevante é o aleitamento materno exclusivo, a importância do mesmo, qual conteúdo nutricional tem e como ele tem um papel fundamental na prevenção de doenças.

Desenvolvemos atividades educativas com as mães que tem crianças com 6 ou mais meses para um aprendizado correto sobre alimentação além de incentivar a troca de experiências.

Nossa equipe continua em cada reunião relembrando a importância da alimentação das crianças maiores de 6 meses para evitar as deficiências de ferro, a desnutrição e outras.

Através do fortalecimento desse vínculo obteremos uma aproximação maior das famílias com a equipe de saúde, logrando visitas domiciliares com maior qualidade, melhora na assiduidade das consultas agendadas, dentre outras. Outro ponto importante, é lograr que as agentes de saúde identifiquem nas visitas domiciliares as necessidades individuais e os fatores de risco, tornando-se efetiva a busca ativa crianças e sua família não cadastradas sejam integradas à unidade de saúde.

Nas reuniões tem que ocorrer espaços para discutirmos sobre a conscientização do papel de cada profissional neste processo. Além disso sugerimos aos gestores municipais um maior incentivo na educação permanente e continuada dos mesmos a fim de garantir o desenvolvimento de estratégias onde toda a equipe de saúde possa estar promovendo a participação da família em toda a atenção à criança, através do compartilhamento de informações acerca dos cuidados e problemas de saúde, assim como das propostas e ações necessárias para a qualificação e humanização na assistência às crianças em nosso território municipal, e não apenas em nossa comunidade adstrita.

São grandes as problemáticas e muito diversas as ações que as Equipes de Saúde podem estar desenvolvendo para a melhoria na assistência na Atenção à Saúde da Criança, mas acredito que partindo da conscientização e preparo dos profissionais de saúde na busca ativa e no acolhimento da criança e sua família à Unidade de Saúde, através da educação

---

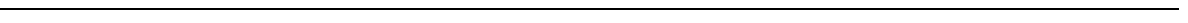
---

permanente, bem como a elaboração de ações efetivas a partir da realidade da própria comunidade, no tocante ao perfil de saúde do público alvo conseguiremos melhorar a assistência onde obteremos um bom crescimento e desenvolvimento das crianças do nosso território.

---

---





---

## **CAPÍTULO VI:**

### **Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo, município rosário do catete.**

Como sabemos, as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, sendo que a maioria dos óbitos relacionados a elas estão atribuídos às doenças cardiovasculares, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas.

Desta forma, na unidade em que atuo, para que possamos ter o controle e vigilância das doenças crônicas não transmissíveis em nossa comunidade focamos na promoção da saúde e prevenção de doenças através de ações à saúde que envolva a comunidade como um todo facilitando à busca ativa do público alvo e através da criação de grupos, com o objetivo de promover mudanças em seus comportamentos e estilos de vida, incentivando desta forma a busca por uma vida mais saudável.

No município Rosário do Catete, na unidade básica de saúde Dr. Jose Fernandes Araújo fazemos consultas para todos os pacientes com diabetes e hipertensão de forma continua. Eles têm um dia fixo na semana onde são oferecidos os serviços para eles, no nosso caso sempre são nas quartas feiras.

Além disso, aquele paciente que, eventualmente, vai fazer medição da pressão arterial ou da glicemia e estiverem elevadas são avaliadas pelo médico nesse mesmo dia, fazendo as ações necessárias.

Os pacientes são classificados como risco baixo ou intermediário se apresentam fatores como tabagismo, obesidade, sedentarismo, história familiar de morte cardíaca prematura, idade maior de 49 anos em homens e 56 anos em mulheres, hipertensão arterial sistêmica e por último, o sexo masculino. Alto risco são aqueles com acidente vascular cerebral prévio, retinopatia, diabetes mellitus, aneurisma da aorta, infarto agudo do miocárdio antigo, hipertrofia de ventrículo esquerdo, nefropatia estenose de carótida sintomática (BRASIL,2013).

Indicamos exames complementares para os hipertensos e diabéticos: colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicerídeos, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, exame de urina tipo I, eletrocardiograma, dosagem de potássio, creatinina que são os principais para a classificação do risco cardiovascular.

---

---

Também usamos uma calculadora de risco cardiovascular baseada no escore de risco de Framingham fornecida pela telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a qual é muito prática e fácil de usar (TELESSAÚDERS-UFRGS, 2015). Quando há a classificação de baixo risco é quando existe menos de 10% de chance de evento cardiovascular em 10 anos; risco intermediário entre 10-20% e alto risco, mais de 20% de sofrer um evento cardiovascular em 10 anos (BRASIL,2013).

Em toda consulta o paciente é avaliado, integralmente, incluindo os exames dos pés e, portanto, sempre são pesquisados novos fatores de risco e se os antigos foram resolvidos.

Entre os fatores de risco mais frequentes estão o etilismo, o sobrepeso, sedentarismo e tabagismo os quais podem ser modificados ou eliminados.

Para aqueles pacientes com dependência ao tabaco temos um grupo para que eles deixem de fumar. Eles têm encontros semanais e até agora temos tido resultados favoráveis com uma diminuição importante do número de tabagistas na nossa área.

Dentro das comorbidades que mais encontramos em nossos pacientes estão a insuficiência renal, depressão, ansiedade, doença pulmonar obstrutiva crônica, angina de peito, dislipidemias, artroses e gastrites.

Contamos com um registro dos pacientes que tem complicações devido a diabetes e hipertensão. Isso permite, ter uma maior organização e controle dos mesmos. No quadro (apêndice 5), podemos observar que são registrados dados como infarto do miocárdio (IM) prévio, hipertrofia ventricular esquerda (HVE), retinopatia, nefropatia, neuropatias, fatores de risco presentes, comorbidades e outras complicações como acidente vascular cerebral, claudicação intermitente, aterosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, dentre outras.

Nesse modelo, colocamos os tratamentos dos pacientes. Trabalhamos com esse modelo há mais de um ano e é válido para pacientes com hipertensão arterial ou diabetes mellitus ou ambos; a intenção foi ter um cadastro centralizado e organizado para aqueles doentes com complicações.

Os pacientes com lesões a órgãos-alvos são priorizados para a realização dos exames complementares de controle ou acompanhamentos de 3 em 3 meses, ou aqueles que são referenciados; os tratamentos sempre são bem controlados.

---

---

A avaliação antropométrica (altura e peso) tem um valor fundamental nos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis pois através dela podemos determinar o índice de massa corporal e são classificados em baixo peso, peso normal, excesso de peso, obesidade classe 1, obesidade classe 2 e obesidade classe 3. Também é avaliada a circunferência abdominal por ter valor para o risco cardiovascular, hipertensão arterial, além de síndrome metabólica, resistência à insulina, dentre outros.

A educação contínua faz-se imprescindível para que os pacientes possam entender a importância de que perdendo peso diminuem as chances de ter doenças cardiovasculares.

Aqueles pacientes que não atinjam a meta de ficar na faixa de peso normal depois das mudanças no estilo de vida são encaminhados para os serviços de nutrição onde são oferecidas orientações e dietas específicas. Além disso, aqueles casos refratários são acompanhados pelo endocrinologista.

Contamos no município com vários projetos criados pelo município que são voltados para a promoção da saúde e prevenção destas doenças, são eles: Grupo Hiperdia, Grupo de Zumba, Saúde na Feira. Fazemos ênfase na prática regular de exercícios físicos.

No meu município, temos um grupo que fazem exercícios, três vezes na semana, supervisionado por um professor de educação física, onde ele diz quais são os exercícios físicos a serem realizados dependendo da idade e comorbidades.

Através da inclusão dos usuários a estes projetos visamos a melhoria da qualidade de vida da nossa população em geral, através da inclusão social, da promoção de atividades físicas e educativas com base na prevenção dos agravos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis e promoção a saúde. Acreditamos assim que, desta forma, estamos no caminho certo para que no futuro possamos visualizar uma mudança na realidade das doenças crônicas não transmissíveis em nosso município.

---

---



## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

### PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>Observação na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo.</b>	<p>Realizamos uma avaliação da infraestrutura, equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos em nossa unidade. Um dos principais problemas encontrados foi o fato de não dispormos de assistência farmacêutica suficiente e com regularidade. Elaboramos um instrumento para realizarmos o controle mensal dos principais indicadores do PMAQ para dessa forma melhorar e transformar em resultados positivos.</p>	<p>Não conseguimos descentralizar a farmácia municipal a fim de ter uma farmácia na nossa unidade básica onde pudéssemos dispensar os medicamentos gerando uma maior adesão aos tratamentos de diversas doenças, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis. Conseguimos melhorar os indicadores do PMAQ após iniciar o acompanhamento mensal.</p>	<p>Continuar realizando o seguimento mensal dos indicadores do PMAQ. Continuar realizando reuniões com a secretaria de saúde solicitando a descentralização da farmácia municipal.</p>

<p><b>Processo de aperfeiçoamento do acolhimento na unidade de saúde da família</b></p> <p><b>Dr. Jose Fernandes Araújo.</b></p>	<p>Reconhecemos o acolhimento como a principal ferramenta para organização do processo de trabalho.</p> <p>Reorganizamos o processo de trabalho centrando a atenção no usuário humanizando e qualificando o atendimento.</p> <p>Após sensibilização dos membros da equipe, traçamos algumas estratégias para implantação do acolhimento como a definição dos papéis de cada membro da equipe, a criação de um espaço para a escuta de acordo com o fluxo da unidade, a implantação da estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade de cada paciente.</p>	<p>A implantação deste modelo de acolhimento aperfeiçoou o acolhimento dos usuários através de modificações importantes e positivas ao atuar segundo as necessidades deles, contribuindo para o fortalecimento da relação entre o profissional e usuário.</p> <p>Apresentamos melhora na qualidade da assistência e no processo de trabalho. Conseguimos que o acompanhamento das gestantes e crianças em seus respectivos dias ocupassem apenas um turno, deixando o segundo para atendimento à demanda espontânea.</p> <p>Aumentamos o número de usuários</p>	<p>Continuar qualificando e capacitando os membros da equipe para realizar um acolhimento e uma classificação de risco cada vez mais eficiente.</p>
--	--	---	---

		acolhidos durante o dia com uma maior quantidade de atendimentos de qualidade.	
<b>Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo.</b>	Comprovar a importância da educação em saúde como ferramenta fundamental na promoção da qualidade de vida das mulheres em idade fértil, durante o pré-natal e puerpério e para a manutenção da saúde da mulher.	Aumentamos o nível de educação referente à prevenção de doenças de transmissão sexual. Conseguimos melhor controle das gestantes atingindo 100 % de cadastros e assistência, além de acolher aquelas com planos privados.	Solicitar à gestão maior apoio com recursos físicos e materiais. Promover educação continuada dos profissionais de saúde. Continuar trabalhando na elaboração de um grupo de gestantes do município.
<b>Acompanhamento aos pacientes com transtornos mentais na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo.</b>	Elaboramos uma planilha para acompanhar as medicações utilizadas pelos pacientes com transtorno mental assim como suas consultas com psiquiatra. Identificamos a necessidade da construção de um	Conseguimos realizar o cadastro de todos pacientes que fazem uso de medicamentos controlados. Melhoramos também o contato com os especialistas que realizam acompanhamento	Continuar com as ações educativas e de apoio ao usuário e à família. Direcionar ações específicas voltadas à cada necessidade dos usuários envolvidos. Fortalecer a rede de saúde mental, o que poderia ocorrer principalmente através da Implantação



	<p>modelo de Referência e Contra Referência para as consultas com psiquiatra para que possamos prestar um atendimento de saúde contínuo e integrado. Melhorar o contato com o psiquiatra também nos proporciona uma valiosa troca de informações sobre estado de saúde do paciente que é muito importante, uma vez que não disponibilizamos de NASF nem CAPS no nosso município.</p>	<p>desses pacientes através das referências e contra-referências que nos possibilitam acompanhar o diagnóstico, tratamento prescrito, tempo de utilização da medicação e intervalo entre as consultas.</p>	<p>de um CAPS no município.</p>
<p><b>Crescimento e desenvolvimento das crianças na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo.</b></p>	<p>Através do questionário proposto pela universidade, realizamos a microintervenção sobre as consultas de puericulturas onde utilizamos os protocolos do ministério da saúde nas crianças até dois anos. Contamos com registro atualizado das crianças acompanhadas e</p>	<p>Conseguimos elevar a qualidade dos nossos acompanhamentos de puericultura. As mães compreenderam, através de nossas ações educativas, que as puericulturas são o momento adequado para retirada de dúvidas</p>	<p>Prosseguir com qualificação e capacitação elevar cada dia mais a qualidade no acompanhamento de nossas crianças.</p>

	<p>utilizamos cartão espelho das cadernetas. Além de realizar verificações antropométricas e avaliar o desenvolvimento cognitivo durante as consultas, observamos também a situação vacinal, estado nutricional, sinais de violência doméstica e lesões não intencionais dentre outros aspectos.</p> <p>Realizamos busca ativa dos casos de absenteísmo e das crianças que nasceram prematuras e/ou com baixo peso.</p> <p>Promovemos incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses.</p>	<p>sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, além de receber orientações sobre prevenção de doenças e cuidados para evitar acidentes domésticos comuns na infância.</p>	
<p><b>Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à</b></p>	<p>Realizamos a microintervenção utilizando como instrumento o questionário disponibilizado pela</p>	<p>Maior esclarecimento sobre as complicações causadas pela doença ou pela não adesão</p>	<p>Manter a educação continuada sobre as doenças crônicas não transmissíveis. Seguir com o acompanhamento dos</p>

<p><b>saúde na unidade de saúde da família Dr. Jose Fernandes Araújo.</b></p>	<p>universidade onde realizamos questionamentos qualitativos e quantitativos acerca do acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos e obesos. Avaliamos como acontece o acompanhamento e estratificação de risco, qual tempo de espera para o primeiro atendimento, como acontece a avaliação dos exames solicitados e quais casos são encaminhados Elaboramos uma ficha para realizar o controle dos pacientes com maior risco.</p>	<p>ao tratamento proposto. Registro dos pacientes com maior gravidade segundo a classificação de risco. Mais pacientes portadores de DCNT iniciaram atividades físicas.</p>	<p>pacientes de alto risco. Continuar estimulando a adesão dos pacientes às atividades físicas e aos tratamentos prescritos.</p>
---	---	---	--

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar as diferentes microintervenções foi uma experiência única pois me permitiu aprofundar e apontar soluções para diferentes problemas existentes que eram desconhecidos pela equipe, melhorando a qualidade do trabalho prestado e fortalecendo vínculos entre equipe e usuários. Acredito que continuando dessa forma, e mediante a superação profissional com atualizações frequentes e contínuas, melhoraremos ainda mais.

De forma geral, ainda temos muito trabalho por diante. O processo de educação continua requerendo esforço e incentivo para que a população se sinta motivada e incentivada a realizar todas as orientações prestadas pelos profissionais e adotar hábitos e um estilo de vida mais saudável. Nossa meta é a satisfação dos usuários de nossa área de abrangência, que não encontrem barreiras que impeçam ou dificultem o acesso e nem tenham que aguardar por longos períodos de tempo até que sejam atendidos. Trabalhamos no aperfeiçoamento da equipe de saúde para conseguir uma melhoria na qualidade dos atendimentos e no nível de resolutividade.

Temos como um de nossos principais objetivos assegurar às mulheres um planejamento reprodutivo adequado, e uma vez grávidas, que possam desfrutar de uma gravidez tranquila e segura, cientes de que mesmo após o nascimento seu filho será acolhido e acompanhado de forma longitudinal pela nossa equipe de saúde.

Conseguimos que os usuários com transtornos mentais e doenças crônicas recebessem atendimento integral e aumentassem de maneira significativa a adesão aos tratamentos e às orientações propostas, mas ainda sentimos a necessidade da qualificação das contra-referências fornecidas pelos diferentes especialistas.

Os desafios são inúmeros, porém com o decorrer do tempo novos problemas e novas soluções surgirão, e estaremos juntos como equipe de saúde e gestão trabalhando em prol da melhoria da saúde de nossa população.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf)>. Acesso em: 2 maio 2018.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 25 abr.2018.

\_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): manual instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2018.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Calculadora de Risco Cardiovascular**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/desenvolvimento/aplicativos/calculadora-de-risco-cardiovascular/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

---

---

---

## APÊNDICES

---

---

Apêndice 1:Quadro com alguns dos indicadores do PMAQ.

SERGIPE-ROSÁRIO DO CATETE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ FERNANDES ARAÚJO CNES: 3010864 INE: 0000177792		PMAQ Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade em Atenção Básica Ministério da Saúde		MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL							
<b>SALA DE SITUAÇÃO</b>											
ATENDEMENTO MÉDICO E ENFERMAGEM	Ano: 2018										
		MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO		
	Total de atendimentos										
	Atendimentos médicos										
	Número de consultas no dia										
	Número de consultas de urgência										
	Número de atendimentos de consultas agendadas										
	Consultas de Hipertensos										
	Consultas de Diabéticos										
	Consultas de Obesos										
	Exame citopatológico										
	Primeira consulta odontológica programática										
	Encaminhamentos médicos para serviço especializado										
	Pré-natal										
Nascidos vivos											
Curativos											
<b>MAPA EPIDEMIOLÓGICO</b>											
	<b>MICROAREAS</b>	1	2	3	4	5	6	7			
População cadastrada											
mulheres de 25-64 anos											
Total de hipertensos											
Total de diabéticos											
Total de obesos											
Crianças de 0-2 anos											
Crianças de 3-5 anos											
Gestantes											
Hanseníase											
Tuberculose											
Idosos											
Asma/DPOC											
Saúde mental											
Acamados											
Coefficiente de prevalência Hipertensão arterial		0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	
Coefficiente de prevalência de Diabetes Mellitus		0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	
Coefficiente de prevalência Obesidade		0,199	0,199	0,199	0,199	0,199	0,199	0,199	0,199	0,199	
<b>INDICADORES PMAQ</b>											
Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante/mês (0,33/consultas/mês)											
Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea. (40%)											
Percentual de atendimentos de consulta agendada. (25-50%)											
Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada. (0,30/mês)											
Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero. (0,026 exame/população/mês)											
Cobertura de primeira consulta odontológica programática. (1,26%/mês)											
Percentual de encaminhamentos para serviço especializado. (6-20%/mês)											
FONTE: Prontuário eletrônico do cidadão											





Apêndice 4:Modelo de referência e contra-referência

SERGIPE-ROSARIO DO CATETE  
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR. JOSE FERNANDES ARAUJO  
CNES: 3010864

**ENCAMINHAMENTO**

**REFERÊNCIA**

Data: Hora:

Especialidade: Psiquiatria

Nome e sobrenome do usuário:

Idade: Sexo:

História da doença atual:

**CID 10:**

-----  
Assinatura e carimbo do Médico Solicitante:

**CONTRA-REFERÊNCIA:**

Data: Hora:

Especialidade: Psiquiatria

Observações:

**CID 10:**

-----  
Assinatura e carimbo do Psiquiatra



Foto: Reunião com a equipe de saúde.



---

## **ANEXOS**

---

---

Anexo 1: Matriz de intervenção.

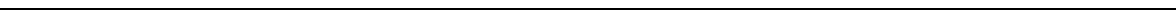
<p>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Grande parte das medicações não são dispensadas na unidade básica e sim em uma farmácia básica centralizada no município.</p>						
<p>Objetivo/meta: Dispensa de todas as medicações do componente básico na Unidade de saúde, descentralizando a Assistência farmacêutica.</p>						
Estratégias para alcançar os objetivos/metass	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
<p>Propor ao gestor do fundo municipal de saúde a instalação da farmácia na Unidade Básica de Saúde.</p>	<p>Reunião com secretário de saúde.</p>	<p>Ofícios. Informatização (computador e software) dos sistemas para facilitar a entrada e saída dos insumos.</p>	<p>Instalação de polo da farmácia básica na Unidade Básica de Saúde. Controle de eficácia no que se refere a diminuição de custos com gastos desnecessários</p>	<p>Enfermeira e médico.</p>	<p>1 mês</p>	<p>Dispensa de todas as medicações na Unidade Básica de Saúde. Implantação de um sistema de gerenciamento para dirimir metas, com a devida monitorização, facilitando o processo de trabalho na avaliação, execução e distribuição efetiva dos medicamentos aos usuários.</p>

**Anexo 2: Questionário para a Microintervenção 5 referente ao crescimento e desenvolvimento das crianças.**

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	



--	--	--



**Anexo 3: Questionário para a Microintervenção 6 referente ao controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde.**

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?	1-4 dias		1-4 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			X	
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários	X			



com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?				
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			X	

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