



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

Adotando práticas de educação em saúde e melhorias no atendimento

Márcia Cristina Barbi Ji

NATAL/RN
2018

Adotando práticas de educação em saúde e melhorias no atendimento

Márcia Cristina barbi Ji

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.

Corientador: Romanniny Hevill Silva Almino.



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu esposo, Paulo, e aos meus filhos Diogo e Laura.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela força e coragem na busca pelos meus ideais.

Ao meu esposo e filhos, pela compreensão durante todo o meu percurso do curso de especialização e profissional.

Aos meus amigos, colegas do curso e a toda equipe da UBS – Olenka.

Ao programa mais médico e a Prefeitura Municipal de Boa Vista pelo apoio nos programas sugeridos.

RESUMO

Introdução e objetivo: Esse projeto teve como objetivo melhorar a atuação do nosso serviço e adequá-lo as diretrizes e objetivos oriundos do proposto pela atenção básica. Foram detectados através das reuniões vários pontos deficitários que precisavam ser reavaliados e mudados e pontos assertivos que não poderiam estagnar. Através das micro intervenções propostas pelo programa, tornou mais fácil a implementação de medidas necessárias as constantes mudanças na nossa realidade diária realizando uma abordagem diferenciada sem sair do proposto pela estratégia da saúde da família.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	08
2 CAPÍTULO I	09
3 CAPÍTULO II	12
4 CAPÍTULO III	16
5 CAPÍTULO IV	18
6 CAPÍTULO V	21
7 CAPÍTULO VI	25
8 CAPÍTULO VII	28
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
10 REFERÊNCIAS	31
11 APÊNDICES	

APRESENTAÇÃO

A apresentação desse trabalho é fundamentada em seis partes, micro intervenções, baseados no PMAQ, a fim de melhorar os atendimentos, propor novas metodologias, alcançar resultados que melhorem o nível de saúde da população com a promoção da saúde de acordo com as normas e fundamentos propostos na estratégia da saúde da família. Os capítulos foram desenvolvidos de acordo com a sequencia proposta visando o aprendizado em métodos que ajudem a desenvolver ações que beneficiem o usuário e o profissional de saúde.]

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde.

Após algumas dificuldades, realizamos uma reunião da nossa equipe para identificar as dificuldades em comum e tentar resolvê-las, tendo por base a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ, expondo suas diretrizes.

A AMAQ foi construída a partir da revisão e da adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMAQ-ESF).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Quanto a nossa avaliação, nos pontos positivos estão inseridos a boa estrutura do prédio, sua localização, serviços disponibilizados, farmácia com variedade de medicações, equipe completa e unida, materiais disponíveis, bom relacionamento com a gestão, dentre outros.

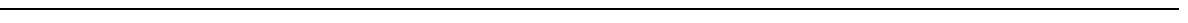
Identificamos vários pontos deficitários, principalmente, a extinção de alguns programas, como exemplo, o Hiperdia. A quase totalidade dos atendimentos como demanda espontânea, o alto fluxo de pacientes fora da área de cobertura, migração venezuelana, torna dificultosa a implantação das diretrizes propostas pelo programa.

Um dos pontos em comum foi o de que para conseguir atingir as metas, seria necessário implementar algumas mudanças e definir padrões para atender bem a população.

Diante disso, elaboramos a matriz de intervenção a seguir.

Matriz de intervenção
Descrição do padrão: A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.
Descrição da situação problema: A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.
Objetivo /Meta: disponibilizar o programa para melhor acompanhamento da população alvo e facilidade para as ações.
Estratégia para alcançar a meta: Reintegrar o programa HIPERDIA, diminuir o tempo de validade das receitas e oferecer mais ações.
Atividades a serem desenvolvidas: -Reunião com a secretaria de saúde de nosso município para levar o problema. -Reunião com o prefeito do município para levar o problema. *Promover a prática de exercício físico nas pessoas maiores de 40 anos. -Consultas médicas e de enfermagem - Visitas domiciliares dos ACS para orientação sobre a importância da participação no programa.
Recursos necessários: - Equipe da AB, impressos, acesso facilitado para controle com exames laboratoriais (dislipidemias, colesterol, HDL, ureia, creatinina entre outros), material para elaboração, tipo folder e distribuição de uma cartilha para hipertensos.
Resultado esperado: - Obter a participação no programa de pelo menos 65% dos pacientes com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS. *Adesão da população adulta uma alimentação saudável para prevenir as dislipidemias *Desenvolver a prática do exercício físico.

A microintervenção possibilitou conhecer melhor instrumentos para melhor monitoramento das nossas ações. Ao mesmo tempo tivemos dificuldades em realizar atividade devido à grande demanda na Unidade Básica de Saúde.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.

O serviço de acolhimento funciona como porta de entrada criando um vínculo entre usuário e os profissionais que ali trabalham, através da escuta qualificada. Deve ser efetuado com uma postura adequada em todos os setores, desde a recepção até o atendimento propriamente dito com total conhecimento do funcionamento dos serviços ofertados, levando-se sempre em consideração o aspecto da humanização tão difundido hoje em dia.

Um dos objetivos do acolhimento seria a resolução total ou parcial do problema da demanda espontânea, evitar as listas de espera longas no agendamento de consulta, pois se a marcação da consulta for muito distante, é fato que o usuário procura outro serviço mais imediato afetando e sobrecarregando as emergências e os prontos atendimentos.

A demanda espontânea é por si só desorganizada e é fator preponderante classifica-la de acordo com as prioridades e problemas apresentados. Utilizamos a escala implantada, no Brasil, desde 2008 pelo Sistema de triagem de Manchester.

Nível 1: emergente, vermelho, imediato;

Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;

Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;

Nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;

Nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

Há algum tempo, nossa Unidade Básica de Saúde-UBS sofreu uma mudança no perfil do usuário e do funcionamento, alterando todos os programas e no seu modo operacional devido a grande demanda causada pela imigração de grande porte venezuelana. Isso gerou contratempos e fez com que nos reuníssemos para tentar contornar essa situação.

Esse novo perfil fez com que fosse mais que necessário a realização do acolhimento com classificação de risco como forma de tentar gerenciar

amenizando o impacto gerado na comunidade que utiliza nossos serviços. Pois, houve um aumento de queixas, alegando diminuição da oferta dos serviços da UBS.

Mantivemos o acolhimento com classificação de risco sendo realizado diariamente e pela manhã com fechamento da agenda no período matutino e vespertino para o mesmo dia e moldado de acordo com as necessidades do usuário e os serviços disponíveis.

Entendemos que a realização do acolhimento não deve ser exercida apenas por uma categoria, tem que ser multidisciplinar e multifuncional, por profissionais treinados e orientados para o exercício de tal função. Idealizamos que toda a equipe participe com uma descentralização em cima da figura do médico e enfermeiro.

Observamos a necessidade e assim realizamos a tentativa de solucionar os problemas de menor gravidade ali, no acolhimento, durante a conversa, com ações realizadas pelo profissional apto a executá-las como, por exemplo, em caso de uma paciente com suspeita de estar gestante, o profissional já solicitar o exame, renovação de receita de uso contínuo, encaminhamentos para consultas especializadas, solicitação de exames de rotina, encaminhar para os setores caso não tenha a necessidade de atendimento agendado (vacina, realização de pesquisa de plasmodium que é oferecido na UBS, sala de curativos).

Utilizar a classificação de risco para aqueles que necessitam de um atendimento mais imediato daqueles que podem retornar mais tarde e observar ainda os que necessitam de um acompanhamento detectar algum fator de risco e solicitar o acompanhamento pelos agentes comunitários de saúde – ACS ou ainda visitas domiciliares para resolver essa situação apresentada. Aos moradores fora da área de abrangência, conversar e tentar referenciar para que utilize as unidades mais próximas da sua residência.

Como não temos mais o programa de Hiperdia, e a longa validade das receitas dos medicamentos que variam de três a seis meses, ao detectar esses pacientes orientar e difundir a ideia da necessidade da consulta sem um tempo demasiado espaçado para acompanhar sua evolução e fazê-los entender que a necessidade

da prevenção e manutenção da sua saúde não está somente na troca de receitas, mas também no acompanhamento de seu estado com orientações, esclarecimento de dúvidas, aferição de pressão arterial e níveis glicêmicos frequentes, dentre outras ações.

Durante o acolhimento estamos tentando amenizar o problema do idioma, já que os venezuelanos se expressam em espanhol, para facilitar a comunicação. Tentar incluir essa população nova dentro das normas de funcionamento já que aqui chegam com o costume diferente dos nossos. Explicar como funciona nosso esquema de vacinação e sua importância, orientar quanto ao programa de pré-natal, com consulta agendada.

Podemos dizer que estamos vivendo um momento delicado, durante a conversa, já aconteceu comigo de brasileiro perguntar se não iria ser atendido porque as vagas estavam comprometidas por venezuelanos, e venezuelano afirmar que não iria ser atendido naquele momento porque brasileiro tem prioridade.

Muitos pacientes chegam com vício em automedicação, então, durante o acolhimento relatam que compareceram apenas para obtenção da receita, então, realizamos a orientação necessária e aconselhamos uma consulta para diagnóstico correto e a necessidade ou não de medicação.

Na nossa atual realidade o acolhimento é imprescindível para um funcionamento organizado e adequado da nossa UBS, pois através dele estamos conseguindo dar a devida atenção dentro das nossas possibilidades àqueles que nos procuram, tentando desmistificar conceitos mal formulados pré-estabelecidos quanto às prioridades dos atendimentos.

Ainda não conseguimos atingir o modelo ideal, já que diariamente chegam pessoas novas, e é sempre um recomeço. Ainda falta muito para adesão da população a essa nova forma de conduta, pois ainda há o vício do imediatismo, mas estamos trabalhando com empenho para atingir o ideal para as duas partes compreendidas, ou seja, o usuário e o profissional de saúde.

A adesão da gestão para as atuais necessidades e modificações é imprescindível. Falta ainda o entendimento de que trabalhamos, principalmente

com a educação em saúde. Querer e exigir que no mesmo espaço de tempo todos sejam atendidos de todas as formas, sobrecarregando os profissionais que atuam em todos os níveis na UBS nem o usuário ficará satisfeito com seu atendimento que acabará não obtendo o grau de profundidade ideal em uma consulta ambulatorial nem atingir o objetivo preconizado pela estratégia da saúde da família.

Então, mudanças nem sempre são fáceis, mas é necessário dar o primeiro passo com a adesão de todas as partes que se propõe atingir o mesmo objetivo.

CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.

A atenção ao pré-natal, puerpério e ao recém-nascido é um dos principais indicadores de qualidade de vida e saúde da população.

É muito importante realizar o atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana para conhecer os problemas enfrentados pelas mães, principalmente seus medos, dificuldades, corrigir alguns vícios, realizar esclarecimentos e para garantir um atendimento de qualidade.

Nesta primeira etapa a equipe de saúde da nossa UBS, realizou uma reunião com seus membros para detectar possíveis falhas nessa área de atuação e ideias que pudessem revertê-las.

Chegamos à conclusão que o acompanhamento no pré-natal seria a mola propulsora para nos basearmos na estratégia a ser tomada para aquele grupo familiar específico, individualizando cada caso para assim podermos atingir um melhor desempenho e a meta almejada.

Para a equipe, essa experiência foi muito satisfatória e extremamente importante, onde foi dada a oportunidade para cada membro, principalmente, os agentes comunitários de saúde, que tiveram a chance de relatar as peculiaridades das suas áreas.

Assim nos possibilitou obter um panorama geral dos problemas da nossa unidade, além de conferir a aquisição de conhecimentos teóricos sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB que utilizamos como ferramenta básica.

Durante a reunião, foi dada voz ativa aos membros da equipe, incentivando-os a expressar seus conhecimentos e experiências, o que acarretou uma maior participação e envolvimento possibilitando uma verdadeira troca de experiências.

Um dos problemas levantados mais relevante foi o fato de que a equipe não realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida. Os membros acreditam que esse é um problema passível de intervenção por nossa equipe.

A equipe tem reforçado em momentos de orientações individuais e coletivas às gestantes sobre a importância da consulta puerperal e sobre o acompanhamento da criança informando mudanças que ocorrem nessa fase após o parto e sobre os cuidados com o bebê e como é importante as crianças serem acompanhadas para melhor avaliação sobre seu crescimento e desenvolvimento.

Estas ações contribuem para a redução da morbidade e mortalidade tanto materna quanto infantil. Os efeitos gerados pela micro intervenção ainda estão sendo analisados, mas podemos perceber uma melhora significativa, algumas transformações nas ações realizadas pela equipe tiveram como resultado evidente, a melhoria do acesso e da qualidade da atenção oferecida pela equipe às puérperas e recém-nascidos na primeira semana de vida, o que foi um grande passo rumo ao objetivo estabelecido.

Apesar dos nossos esforços e do impacto favorável da micro intervenção cabe ressaltar como dificuldade a carga horária e a dificuldade do apoio da gestão.

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

A inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade e integralidade, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Baseados em todos esses fatores, realizamos uma reunião para abordar o acompanhamento do paciente bem como o apoio à família, ou a quem convive e acompanha esse paciente.

Idealizamos um instrumento para acompanhamento dos pacientes que fazem uso de medicamento psicotrópico.

Quadro 01- Instrumento para acompanhamento dos pacientes que fazem uso de medicamento psicotrópico.

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	
DIAGNÓSTICO:	
TRATAMENTO:	
MEDICAMENTO:	
DATA	EVOLUÇÃO

Propusemo-nos a realizar uma busca ativa dos casos de nossa área de abrangência, bem como realizar reuniões com pacientes e familiares.

Em Boa Vista-Roraima, dispomos de três unidades de Centro de Atenção Psicossocial-CAPS para encaminhar os pacientes de acordo com a necessidade imediata. O Centro de Atenção Psicossocial Dona Maria Antônia de Matos Campos - CAPS II funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 14h às 18h, com os serviços de psiquiatria, psicologia, assistência social, psicopedagogia, farmácia, enfermagem e terapia ocupacional.

Para obter atendimento no CAPS II, os usuários precisam ser referenciados, ou seja, encaminhados pelas unidades básicas de saúde do município. O centro também funciona com atendimento semi-interno para crianças e adultos. Atualmente a unidade atende 30 pessoas no semi-interno e 30 com consultas com psiquiatra.

Dispomos também do Centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS-AD), e também do centro de atenção psicossocial CAPS III que funciona 24h.

Relatamos abaixo um caso clínico e como conduzimos o cuidado ao paciente na rede de atenção psicossocial.

C.M.S, 27 anos, há aproximadamente um mês com insônia, agitada. Trazida pela família por apresentar comportamento inadequado, falando e gastando demais.

Paciente relatou que seus familiares estavam incomodados porque ela é poeta, engenheira e cursou todas as faculdades, é música e inclusive gravou para vários artistas, principalmente, para Roberto Carlos.

Ao exame: aparência extravagante, vestindo-se com peças de roupa extravagantes e com muita maquiagem. Orientada, consciência plena com aceleração de ideias e pensamentos, principalmente com delírios de grandeza, humor eufórico. A atenção é hipervigil, com agitação psicomotora com inteligência preservada.

Possui uma tia com diagnóstico de transtorno bipolar. Sem história de uso de álcool e substâncias químicas.

Encaminhamos para o CAPS. Após quinze dias da consulta, fizemos uma visita domiciliar onde tomamos ciência do tratamento prescrito que consiste em Lítio 900 mg com aumento gradual da dose, risperidona 2mg e diazepam 10 mg em caso de insônia ou agitação.

O diagnóstico da psiquiatria foi transtorno afetivo bipolar e mania com sintomas psicóticos. Observamos que a paciente estava menos agitada, mas continuava com delírios de grandeza. Após 8 semanas, remissão completa dos sintomas. Orientamos seguir com o tratamento e solicitamos exames laboratoriais para o acompanhamento devido ao uso do Lítio.

Ao encaminharmos o paciente, preenchemos à referência, mas a contra referência praticamente não é efetuada, acompanhamos o paciente baseados em seus relatos, receitas e resultado de exames.

Um dos maiores problemas observado, foi à dificuldade com o manejo do paciente portador de distúrbios mentais, então colocamos em pauta uma maior comunicação com os CAPS e serviços ambulatoriais do Estado, para tentarmos ser uma ponte útil entre eles.

Tentaremos realizar um sistema de referência e contra referência com o CAPS e serviço de psiquiatria e psicologia para uma melhor assistência ao usuário em todas as frentes.

Assim, esperamos realizar um atendimento com maior assistência e eficácia a população alvo. Incluir a família como um todo, tentando também facilitar ao máximo a sua convivência com o paciente.

Alguns projetos foram colocados em pauta, como por exemplo, visitas domiciliares frequentes, grupos familiares para troca de experiências e capacitação para o manejo do paciente. Para conseguirmos levar adiante, precisaremos apenas da adesão da gestão.

CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

A gravidez constitui um período de muitas expectativas não só para a gestante, mas para toda sua família, que se prepara para a chegada de um novo membro. E cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento (DE BEM; WAGNER, 2006).

A atenção fornecida à criança começa, ao nosso entender desde as primeiras consultas do pré-natal, é fator que o bom atendimento as mães e o favorecimento da presença do pai, o incluindo na situação fazendo entender que a responsabilidade para com mais novo membro da família é bilateral, deixando-o escutar o BCF o que geralmente mexe com seu emocional, e o fornecimento de orientações em conjunto já abrem o caminho para um melhor entrosamento da equipe com a família no futuro.

A possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais da atenção básica em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem entendidas e acompanhadas (STARFIELD, 2002).

A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer na sua primeira semana de vida (BRASIL, 2004a; SOCIEDADE..., 2006).

Após o parto é feita uma visita a puérpera sendo relatada pelos agentes de saúde e enfermeira em nossas reuniões quinzenais se não for detectado nenhum fator de risco, ou imediato em caso de algo errado. Aqui em Boa Vista é preconizado o atendimento na maternidade na neonatologia em crianças com idade até 29 dias, após, são direcionadas para UBS. Quando recebemos essas crianças e seus familiares, já temos um vínculo com a maioria e precisamos criar esse mesmo vínculo com as que nos procuram oriundas de outras localidades.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além

de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. (INSTITUTE..., 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE et al., 2006; BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003) [D].

O médico e o enfermeiro tem apenas meio período semanal direcionado a puericultura e chegamos a acompanhar crianças de até 2 anos, depois procuramos direcionar para consultas convencionais. Realizamos os cadastros dessas crianças, mas muitos migram com sua família para outras localidades, alguns retornam e outros não. Para facilitar a caderneta da criança está sempre atualizada com todas as informações obtidas nas consultas, como por exemplo, gráficos de ganho ponderal, crescimento, vacina, dentre outros.

Durante a consulta, começamos com a anamnese bem ampla, depois passamos para o exame físico bem detalhado e completo. É solicitado que a roupa da criança seja totalmente retirada. São verificados cada parte da criança minuciosamente. Depois, passamos as orientações. Vale lembrar habilidades que facilitam a comunicação: saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta (BLANK, 2003; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007) [D].

Quanto à vacinação é fator primordial o acompanhamento da equipe nesse quesito, atualmente estamos tendo alguns problemas com as crianças imigrantes, pois muitos pais desconfiam do nosso esquema vacinal, alguns não aceitam e outros querem cumprir o calendário vacinal do seu país de origem. Atualmente as equipes das UBS estão fazendo vacinação em escolas, abrigos e residências, procurando realizar em amplo aspecto a vacinação da população no geral.

Quanto ao fator nutricional, temos que realizar um grande trabalho de orientação, pois temos o fator cultural, principalmente de origem indígena onde as famílias têm a total confiança na ingesta do “xibé” que é a farinha com água, e a goma da macaxeira. Muitas vezes nos deparamos com crianças com peso dentro

dos padrões, mas extremamente anêmicas doentes e baixo desenvolvimento. Temos aqui o CERNUTRI, onde encaminhamos as crianças com baixo peso e desenvolvimento, ou deficiências nutricionais. Essas crianças ficam no regime de semi- internação com seis refeições diárias e acompanhamento médico, enfermagem, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, após alta, são reencaminhados para nós.

No nosso posto de saúde é realizado o teste do pezinho. Não temos casos atuais de violência doméstica e familiar. Nos casos detectados anteriormente, trabalhamos em conjunto com o conselho tutelar e demais entidades responsáveis. Realizamos a reunião com objetivo da realização da micro intervenção e determinar principalmente nossos pontos fracos. Dentre eles está a falta do espelho das cadernetas de saúde da criança e outra ficha com informações equivalentes. Assumimos o compromisso de que, a partir de agora a realiza-las com base nas informações obtidas em cada nova consulta realizada e pesquisa das anteriores.

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Por isso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde (DEMOTT et al., 2006)

Quanto às ações direcionadas ao aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, essa orientação é realizada desde o pré-natal e novamente frisada durante as consultas de puericultura. Propusemo-nos a realizar uma palestra em conjunto com as demais equipes com presença de pediatra e nutricionistas, folders para uma conscientização maior da família. Aproveitando também para a orientação da introdução da dieta em crianças maiores de acordo com sua faixa etária.

A atividade realizada atualmente com maior empenho, é a vacinação. Estamos trabalhando com afinco principalmente depois do aparecimento de doenças que praticamente estavam erradicadas no nosso país. Mas, ainda é cedo pra ter um retorno com resultados favoráveis. A nossa equipe tem trabalhado com afinco para tentar cumprir todas as metas propostas pelo ministério da saúde e do programa.

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

CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a Diabetes Mellitus e as doenças cardiovasculares, principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica se sobressaem, pois possuem uma maior morbidade e mortalidade. A Hipertensão e o Diabetes são condições comumente associadas, sendo que a prevalência de HAS é de aproximadamente, o dobro entre as pessoas com DM, em comparação com os que não possuem (FREITAS, 2012a).

No Brasil as doenças cardiovasculares, representam a primeira causa de óbito no país. Em adultos brasileiros tem-se encontrado uma prevalência de HAS de 22,3% a 43,9%, sendo que o valor de 35% acima de 40 anos foi utilizado como parâmetro para a Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus pelo Ministério da Saúde.

A prevalência da Diabetes é de 8,1 %, ligeiramente abaixo da média mundial, e é maior nas mulheres (8,8 %) do que nos homens (7,4 %). O excesso de peso afeta 54,2% dos brasileiros, a obesidade 20,1% e a inatividade física 27,2%. A Diabetes provoca a morte de 72.200 brasileiros com mais de 30 anos e representa 6% de todas as mortes. O excesso de glicose no sangue é responsável por mais 106.600 mortes no ano no Brasil. (OMS, 2016).

Como relatado anteriormente, a UBS onde trabalho, não possui o programa de HIPERDIA, onde eram reservados períodos para atendimento de médicos e enfermeiros exclusivo de pacientes portadores de HAS (Hipertensão Arterial) e DM (Diabetes Mellitus).

Hoje em dia, detectamos os pacientes durante o acolhimento e consulta, e os incentivamos a procurar o atendimento no posto pelo menos mensalmente. Um dos obstáculos que temos que contornar é a duração da receita médica que varia de 3 meses nas unidades básicas e 6 meses nas farmácias populares.

O tempo de espera não é grande, pois durante o acolhimento, agendamos o paciente para o mesmo dia. No decorrer da consulta avaliamos o risco do

paciente e realizamos avaliações laboratoriais variando até 6 meses e, em casos mais graves, encaminhamos para avaliação da especialidade (cardiologia, endocrinologia, neurologia, oftalmologia, basicamente.)

Um dos fatores a ser verificado é o número de casos novos existentes na nossa área de abrangência, principalmente de imigrantes, o problema que enfrentamos é que muitas vezes, nos relatam serem portadores de HAS e DM, mas não sabem especificar a medicação que faziam uso em seu país de origem, então temos que começar do início.

Ultimamente realizamos busca ativa e visitas frequentes a esses pacientes, principalmente por parte dos agentes de saúde que sempre nos mantém informados seja detectando os casos novos, ou daqueles que necessitam de visitas domiciliares com maior urgência e frequência. Nesses casos, buscamos orientar o paciente e os familiares, principalmente os cuidadores em relação a alimentação, atividades físicas dentro do possível, em caso de acamados, mudança de decúbito, higiene, e horário correto das medicações. Procuramos trazê-los a UBS para maior troca de informações e entrosamento com a equipe.

Na triagem é sempre verificado a pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura e temperatura axilar. Quando detectamos alterações consideráveis nesses níveis, realizamos uma consulta mais direta e direcionada. Na anamnese procuramos descobrir os fatores que levaram a essas alterações, verificamos a medicação, orientamos sobre alimentação e hábitos corretos a serem seguidos e procuramos que a próxima consulta seja realizada em um prazo de 30 dias no máximo.

No dia 03 de setembro, durante a realização da reunião quinzenal de equipe, de posse da matriz de intervenção, conversamos sobre a dificuldade de acompanhar esses pacientes e nos propusemos a trazê-los de volta a nossa unidade. Ficou decidido que os agentes de saúde iriam as suas residências e solicitariam sua presença, ou no caso de impossibilidade de locomoção, o cuidador. Nossa meta é realizar o atendimento individualizado e grupal, para troca de experiências e realizar palestras, inclusive trazendo profissionais como nutricionistas, psicólogos e professores de educação física. Em conjunto com as outras 2 equipes, organizamos um grupo de diabéticos e hipertensos que irá se reunir dia 21 de setembro onde colocaremos em prática nossos objetivos. Independente do apoio

da gestão, iremos reservar um período exclusivo de atendimentos para esses pacientes.

Temos a consciência que precisamos modificar em muito nosso cronograma e aos poucos estamos conseguindo.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação.

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?	0		0	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		x		x
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	x		x	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/ gravidade?		x		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 com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?		x		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		x
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		x		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		x
--	--	---	--	---

A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?		x		x
---	--	---	--	---

A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?		x		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 ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	x	
--	---	--

Se SIM no item anterior, quais ações?

QUESTÕES	SIM	NÃO
----------	-----	-----

Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	x	
---	---	--

Oferta ações voltadas à atividade física		x
--	--	---

Oferta ações voltadas à alimentação saudável		x
--	--	---

Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		x
--	--	---

Encaminha para serviço especializado	x	
--------------------------------------	---	--

Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		x
---	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusões definitivas das nossas ações ainda não têm, mas observou-se uma melhora significativa da qualidade do nosso trabalho. As reuniões de equipe e entre as equipes são frequentes e promovemos mais ações em conjunto com adesão dos funcionários em todos os setores. A criação dos grupos direcionados nos ajudou a diminuir alguns pontos negativos como, por exemplo, a maior frequência dos pacientes portadores de doenças crônicas que enxergavam o posto de saúde somente como local para troca de receitas semestralmente, adesão ao pré-natal e continuidade com o puerpério e puericultura, conseguindo seguir uma linha de acompanhamento contínua., suporte aos pacientes psiquiátricos e apoio as suas famílias. Através do acolhimento humanizado, atender com justiça e propriedade a demanda local e migratória. Nosso posto de saúde bem como o estado de Roraima, passa por um período delicado com a imigração em larga escala, então nossa realidade quase que diária é de recomeço, pois cada dia chegam novas pessoas com hábitos e cultura diferentes que temos que inserir no nosso contexto. Então o hábito de realizar micro intervenções nos ensinou a nos adaptar e à adaptar essa população a nossa realidade.

REFERÊNCIAS

DE BEM; WAGNER, 2006.

BRASIL, 2017

AMAQ-ESF

OMS, 2016

DEMOTT et al., 2006

FREITAS, 2012^a

STARFIELD, 2002

BLANK, 2003; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; LEITE; CAPRARA;
COELHO FILHO, 2007.

INSTITUTE..., 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE et al.,
2006; BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003

BRASIL, 2004a; SOCIEDADE..., 2006

APÊNDICES

Quadro 01- Instrumento para acompanhamento dos pacientes que fazem uso de medicamento psicotrópico.

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	
DIAGNÓSTICO:	
TRATAMENTO:	
MEDICAMENTO:	
DATA	EVOLUÇÃO

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

