



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Secretaria de Educação à Distância – SEDIS

Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS

Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS

Curso De Especialização em Saúde da Família

A SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORMA ACESSÍVEL E HUMANIZADA

MICHELLE ALBANO FERREIRA

A SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORMA ACESSÍVEL E HUMANIZADA

MICHELLE ALBANO FERREIRA

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

Orientadora: Prof. Dra. Daniele Vieira Dantas

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família que nos proporcionou momentos de aprendizado muito importante para nosso aperfeiçoamento profissional. A seleção dos assuntos abordados foi muito bem feita e adequada a nossa realidade.

Agradeço também a todos da equipe de saúde que ajudaram na criação e implantação das diversas atividades executadas durante esse processo, sem os quais seria impossível torna tudo isso real.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) preconiza um atendimento diferenciado e inovador, bem diferente de modelos tradicionais e tem ganhado forte adesão dos usuários em geral. Programas de aperfeiçoamento tem tornado o serviço algo mais homogêneo, facilitando assim a dissipação desse modelo focado na humanização no qual a patologia deixa de ser o foco, centrando-se mais no indivíduo como um todo. Neste trabalho, será descrito as atividades de microintervenções desenvolvidas ao longo do curso de Especialização em Saúde da Família dentro da Unidade Saúde da Família do Bom Pastor as quais objetivaram melhoria do atendimento aos usuários. As microintervenções desenvolvidas propiciaram uma melhor adesão dos usuários as recomendações de saúde uma vez que muitos portadores de doenças crônicas passaram a praticar atividades físicas, as gestantes melhoraram níveis glicêmicos, usuários de psicotrópicos entraram em desmame de medicações. Justamente por apresentar um modelo diferenciado de atenção, a APS tem crescido muito e vem sendo prioridade na atenção em saúde, por isso torna-se imprescindível adaptar-se para desenvolver o melhor que podemos para os usuários, que são os atores principais nesse modelo da Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primárias em Saúde; Saúde da Família; Humanização da Assistência.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO | 06 |
| CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE | 07 |
| CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO: DIREITO MÍNIMO DENTRO DE UMA ATENÇÃO HUMANIZADA | 13 |
| CAPÍTULO III: ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA CONSULTA PRÉ-NATAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM PASTOR | 16 |
| CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA | 19 |
| CAPÍTULO V: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA | 22 |
| CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: SUA REPRESENTATIVIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA | 25 |
| CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO | 30 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS | 33 |

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho é fruto de aproximadamente nove meses de atividades desenvolvidas dentro do Curso de Especialização em Saúde da Família voltado aos profissionais do Programa Mais Médicos do Governo Federal. O curso de participação obrigatória aos participantes do Programa abordou diversos assuntos referentes a à Atenção Primária em Saúde.

Ao longo do curso foram desenvolvidas seis microintervenções na intenção de melhoria da atenção e serviços fornecidos aos usuários de nossa área de abrangência. As microintervenções realizadas foram: Observação da Unidade de Saúde, Acolhimento: direito mínimo dentro de uma atenção humanizada, Estratégia educativa na consulta Pré-Natal da Unidade de Saúde da Família Bom Pastor, Saúde Mental no cotidiano da Atenção Primária, Crescimento e Desenvolvimento no contexto da Atenção Básica, Doenças crônicas não transmissíveis: sua representatividade na Atenção Básica. A partir dessas intervenções foram gerados relatos de experiências, os quais vieram a compor os capítulos desse trabalho.

Foi desenvolvido na Unidade Saúde da Família do Bom Pastor, município de Natal no Rio Grande do Norte. Um bairro de uma população humilde no qual o nível de periculosidade é alto, fatores que interferem diretamente nos problemas de saúde observados. Como autora desse trabalho me sinto orgulhosa ter desenvolvido ações em prol de melhoria para os usuários uma vez que optei por trabalhar nesse âmbito. Cursei a faculdade de Medicina na Universidade Federal do Amazonas, concluindo o curso em 2017. Trabalhar com Saúde da Família sempre me agradou visto o vínculo criado entre profissional e usuário, poder estreitar os laços através das intervenções foi uma experiência grandiosa.

Espero proporcionar uma leitura agradável e construtiva aos leitores, que possa fornecer de inspiração para ações em saúde em outras localidades com necessidades similares.

CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

O questionário da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ) realmente é bem abrangente e complexo. Nesse momento de avaliação é possível enxergar detalhes que no nosso dia-a-dia acabam passando despercebidos. Muitos detalhes fundamentais a saúde de forma ampliada por vezes são deixados de lado e completamente esquecidas.

Ao preencher o questionário foi possível lembrar diversos pontos que precisam ser trabalhados. No caso de nossa equipe muito foi falado de pontos referentes a gestão, principalmente no tocante monitoramento das ações desenvolvidas. Além disso, no tocante a insumos e medicamentos também houveram pontos negativos. Por se tratarem de questões bem abrangentes, que não teríamos força suficiente pra modificar, principalmente por depender de fatores externos a equipe, optamos por não escalar tais problemas em nossas prioridades.

Alguns pontos que foram avaliados como deficientes no atendimento da equipe, portanto passíveis de pronta mudança foram: Acompanhamento de pacientes com síndromes epiléticas; Acompanhamento dos casos de hanseníase; Atenção a pessoas com sofrimento psíquico; Usuários de álcool e drogas; Ações voltadas a usuários de tabaco.

A partir desses pontos foi eleito como intervenção mais necessária no momento o Desenvolvimento de Ações Para Pessoas com Sofrimento Psíquico visto que a demanda por tal atendimento é significativa, conforme a Matriz de Intervenção abaixo.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

| | | | | | | |
|--|---|--|----------------------|--------------|--------|--|
| Descrição do padrão: A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território | | | | | | |
| Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Falta de controle da demanda de pacientes e pacientes sem diagnósticos confirmados | | | | | | |
| Objetivo/meta: Identificação da população portadora de patologias psíquicas | | | | | | |
| Estratégias para alcançar os objetivos/metabol | 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 |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------|---|--|---------|---|
| Busca ativa dos pacientes em tratamento | Colaboração dos ACS realizando a busca ativa durante as visitas domiciliares | Recurso Humano | Captação do maior número possível de pacientes para reavaliação | ACS | 3 meses | Percentual de atendimento em Saúde Mental |
| Reavaliação das patologias em tratamento | Durante as consultas, em domicílio ou Unidade, reavaliar a real condição patológica | Recurso Humano Prontuário | Confirmação/exclusão de diagnósticos | Médico | 5 meses | Percentual de diagnóstico estabelecidos |
| Abordagem de cuidadores/famíliares de pacientes susceptíveis | Orientar cuidadores/famíliares quanto a sinais e sintomas de patologias mentais | Recurso Humano | Identificação dos pacientes ainda sem diagnóstico | Toda equipe (ACS, técnico de enfermagem; enfermeira; médica) | 5 meses | Percentual de atendimento em Saúde Mental |

Os outros pontos citados também eram importantes serem trabalhados, no entanto alguns impasses inviabilizaram como por exemplo no caso do tabagismo, a falta de medicamento para tratamento, sendo possível apenas trabalhar abordagens não medicamentosas.

Com relação a abordagem dos usuários de álcool e drogas, existe a dificuldade de acesso a tal população o que tornaria a intervenção menos proveitosa. Outra questão muito importante que estamos deixando a desejar é no tocante a Saúde na Escola. Como mais uma vez seria uma atividade que envolveria múltiplos atores e ambiente externo a Nossa Unidade, não tínhamos garantido a possibilidade de execução das atividades, portanto deixamos pra um segundo plano.

O nosso alvo escolhido se deu em grande parte pela alta demanda, porém ainda não organizada. Durante os atendimentos médicos, por várias vezes foi observado que boa parte dos pacientes não haviam tido um diagnóstico adequado ou encontravam-se em tratamento desnecessário devido a falta de acompanhamento.

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cardiologia | | | | | | | | |
| Pneumologia | | | | | | | | |
| Oncologia | | | | | | | | |
| Cirurgia Geral | | | | | | | | |
| Dermatologia | | | | | | | | |
| Otorrinolaringologia | | | | | | | | |
| Proctologia | | | | | | | | |
| Gastroenterologia | | | | | | | | |
| Hematologia | | | | | | | | |
| Outros | | | | | | | | |

| Justificativas para encaminhamentos | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Maio | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
| Elucidação Diagnóstica | | | | | | | | |
| Refratariedade a tratamento instituído | | | | | | | | |
| Retorno com especialista (avaliação de exames e tratamento) | | | | | | | | |
| Tratamento especializado (p.ex. necessidade de tratamento cirúrgico) | | | | | | | | |
| Realização de exame especializado | | | | | | | | |
| À pedido do paciente | | | | | | | | |
| Outras | | | | | | | | |

Sabemos que a Referência é um dos fatores que mais tem quebrado com princípio da longitudinalidade tão almejado na Atenção Básica. A referência nos moldes de sua criação com certeza só viria a fortalecer a atenção básica, beneficiando o usuário. No entanto, atualmente a realidade é bem diferente do idealizado. A dificuldade na marcação de consultas é tremenda, pacientes em situação de urgência precisa aguardar meses para ter acesso a um especialista. Não bastasse isso, o serviço de contra referência é falho por demais. O paciente que consegue consulta volta pra Atenção Básica sem um registro legal do que foi

estabelecido (diagnóstico, tratamento, orientações, como acompanhar) prejudicando a continuidade da assistência à saúde do usuário.

Pensando nessas fragilidades, desenvolvemos instrumento na intenção de ao final do monitoramento, avaliar a real necessidade dos encaminhamentos realizados.

O presente instrumento buscou relacionar as consultas realizadas aos encaminhamentos solicitados, buscando demonstrar o grau de resolutividade das consultas na Atenção Básica sem necessidade de encaminhamento. Além disso, elencamos alguns motivos de encaminhamento, que servirão para uma posterior reflexão sobre a real necessidade de tal encaminhamento, visto que alguns casos necessitam obrigatoriamente de encaminhamento (por exemplo, pacientes com exames de imagem sugestivos de patologias oncológicas) e outros casos por vezes são encaminhados por mera insistência por parte do paciente. Com isso pretendemos não só avaliar se nossas atividades estão sendo eficazes, mas poderemos enxergar o que fazer pra melhorar nosso atendimento a fim de reduzir constantemente a quantidade de paciente encaminhados a atendimento especializado, principalmente sem necessidade.

Por fim, essas atividades serviram pra mostrar como o processo de avaliação e monitoramento são ferramentas fundamentais na manutenção de uma assistência de qualidade. É preciso muita vigilância para que não tornemos nossas atividades em mero automatismo. As ferramentas disponíveis são de extrema qualidade, basta fazermos uso.

CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO: DIREITO MÍNIMO DENTRO DE UMA ATENÇÃO HUMANIZADA

Ao longo dos anos observamos mudanças ocorrerem nos modelos de atendimento na Atenção Primária a Saúde (APS), todas elas com o objetivo de prestar um atendimento mais aproximado ao preconizados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre essas mudanças, o acolhimento tem sido um elemento fundamental no atendimento ao usuário uma vez que proporciona um acesso facilitado ao serviço bem como a continuidade do cuidado prestado (BRASIL, 2013a).

De fato, há muitos anos o acolhimento é citado dentro da atenção básica, no entanto, nos últimos anos observamos um maior interesse em se por em prática o exercício de acolher gerando assim uma sistematização mais organizada nesse ato. E isso tem sido importantíssimo na criação de um vínculo de confiança entre prestadores de cuidados e usuários.

No momento em que um usuário procura atendimento e desse sai com suas necessidades ouvidas e de preferência atendidas, o mesmo cria uma confiança no serviço, passando a acreditar que seu acesso aos serviços será garantido. Assim, terá maior interesse em retornar para dar continuidade ao cuidado, fortalecendo o elo de ligação com o serviço.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Bom Pastor, na qual estou inserida, já tem estabelecido o acolhimento há mais de 3 anos e, mesmo ainda com falhas, tem sido eficaz em atender a necessidade da grande maioria dos usuários.

O atendimento em nossa USF ainda se dar em sua maioria pelas consultas e serviços agendados, sejam elas para médicos, enfermeiras, dentistas e serviços como curativo, atendendo assim de forma programada (Demanda Programada). Porém todos os profissionais reservam parte de seus atendimentos para possíveis Demanda Espontânea, as quais são selecionadas a partir do acolhimento realizado na Unidade.

O fluxo de marcação se inicia após a entrada do usuário na USF, o qual é recebido na recepção preferencialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na maioria dos casos, os usuários comparecem apenas com intuito de marcar consulta para uma data posterior, o que é feito pelo agente de acordo com a disponibilidade das vagas e conveniência para o paciente. Nesse ponto, é importante ressaltar que conseguimos superar o modelo no qual havia formação de enormes filas para conseguir uma vaga para atendimento seja ele qual for.

No momento em que a necessidade relatada exija de um atendimento mais imediato, que não possa aguardar para um próximo dia, o usuário é então encaminhado para uma consulta com a enfermeira, a qual realizará uma espécie de triagem. Nesse atendimento a profissional pode solucionar tais necessidades ou se identificar a necessidade de uma complementação no atendimento, a mesma direciona o usuário para outro profissional (médico, dentista, técnico de enfermagem). Esse atendimento complementar pode ainda ser realizado no mesmo momento, ou ainda programado para um outro momento, a depender da avaliação feita pela enfermeira que estabelecerá a urgência ou não de atendimento. Aqui vale ressaltar que não se trata de um fluxo “engessado”, o que nos permite abrir algumas exceções. Por exemplo, em dias nos quais a demanda de pacientes agendados não é tão intensa, é possível atender pacientes em demanda espontânea que não se enquadrem como urgência e até que não tenham passado pela triagem com a enfermeira. Lembrando que, o fluxo do acolhimento serve para otimizar o atendimento em situações cotidianas, que em sua maioria é marcado pela intensa demanda de atendimentos, porém tudo que venha a facilitar o acesso dos pacientes aos serviços é bem tolerado.

Assim tem funcionado em nossa unidade, porém, como citado no início do texto, ainda não podemos dizer que somos perfeitos. Primeiro porque sabemos que há uma tendência mais atual que preconiza o não agendamento de consultas, priorizando assim a demanda espontânea. Em nossa realidade isso ainda seria bem complexo. Pois se deixarmos a agenda com vagas abertas diariamente, voltaríamos a ter a tão temida “fila pra conseguir pegar ficha” todos os dias. Fato já superado em nossa unidade.

No entanto, nem sempre a USF conseguiu funcionar dessa forma. Até pouco mais de seis meses a unidade não dispunha de profissionais médicos. Lógico que isso não impede que o acolhimento fosse realizado, porém ele não conseguia de fato ser efetivo no momento em que o usuário necessitasse de um atendimento complementar. Isso fragilizava e muito o elo entre serviço e usuário, pois os usuários sabendo que não teriam suas necessidades atendidas muitas vezes não buscavam o atendimento, quebrando assim também a continuidade do cuidado.

Outro ponto que ainda não foi solucionado e que prejudica muito a continuidade do cuidado é a falta de insumo e medicamentos. Infelizmente muitos procedimentos e inclusive tratamentos deixam de serem realizados na USF por total falta dos materiais necessários. Precisamos encaminhar pacientes para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para aplicação de medicações intramuscular simplesmente pela falta de tais medicações na nossa Unidade.

Por vezes não há como realizar curativo por falta de materiais básicos com gazes e luvas. Inclusive procedimentos médicos e odontológicos simples também são encaminhados. Todos esses fatores diminuem a credibilidade do serviço, deixando o usuário susceptível a abandonar seu acompanhamento, além de sobrecarregar outros serviços.

Outra grande dificuldade que encontramos está na cultura da população que por vezes não compreende o que realmente é urgência e necessita de atendimento imediato e o que não, forçando assim um atendimento que poderia perfeitamente ser realizado em um segundo momento.

Como citado no início do texto, muitas mudanças estão em curso. E sabemos que a mais nova tendência fala a favor de se preconizar os atendimentos por demanda espontânea deixando de lado os famosos agendamentos. Isso com certeza requer um serviço de acolhimento muito bem elaborado que seja resolutivo em prol do usuário e que não sobrecarregue os profissionais.

Acreditamos que apesar de estarmos longe ainda dessa realidade, nosso modelo atual tem sido resolutivo na grande maioria dos casos e que muito antes de mudarmos um modelo que bem ou mal tem dado certo, necessitamos conscientizar a população que estamos a disposição para melhor atende-los, mas que necessitamos da compreensão deles também pra só assim fortalecermos um serviço que é de todos nós.

CAPÍTULO III: ESTRATÉGIA EDUCATIVA NA CONSULTA PRÉ-NATAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOM PASTOR.

Um dos grandes programas dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) com certeza é o Pré-natal. Sua importância se dá principalmente no fato de envolver o cuidado de dois seres humanos em uma única pessoa, e talvez muito mais do que isso, o cuidado de uma família inteira. No Pré-natal conseguimos identificar precocemente possíveis agravos a mãe e feto, bem como intervir de forma a promover saúde a esse binômio mãe-filho. Nessa visão, de promoção e proteção a saúde durante a gestação que optamos por trabalhar de forma a prover um fundamento sólido de conhecimento às mães sobre cuidados nutricionais e hábitos de vida saudáveis.

A ideia surgiu frente a alguns casos observados durante alguns atendimentos na unidade nos quais o simples reforço de informações nutricionais básicas solucionaria possíveis patologias e evitaria o tratamento medicamentoso. Ao trabalharmos essa questão com as gestantes na Atenção Básica ajudamos na prevenção de doenças das mais comuns e temidas dentro da obstetrícia: Diabetes gestacional e Doença Hipertensiva Gestacional. Além disso ainda ajudamos a gestante a manter um peso adequado.

Faz parte do acompanhamento Pré-natal a discussão sobre o assunto com a gestante, porém, geralmente o assunto é abordado uma única vez, e em geral se é dado por encerrado. Porém para a paciente não funciona bem assim, são tantas informações para serem absorvidas (não só sobre hábitos e alimentação, mas também sobre doenças, vacinas, remédios) que as informações que não são repetidas ao longo do processo são esquecidas ou deixadas de lado, resultando no alto índice de obesidade na gestação e de casos de diabetes gestacional e doença hipertensiva.

Lógico que nem toda diabetes gestacional e doença hipertensiva seja causada exclusivamente pela dieta, mas quando a não progressão e até a regressão dessas doenças são obtidas com controle dietético, é sinal que ou falhamos em orientar nossas pacientes, ou as mesmas não absorveram as informações.

Frente a tal problemática, optamos por criar uma forma de levar a informação a essas pacientes de uma forma mais contínua, reforçando as orientações de maneira que fossem solidificadas. Optamos então por conversar em grupo com as gestantes antes da consulta. Antes de começar o atendimento individual, nós reunimos as gestantes agendadas no dia e seguíamos com uma conversa sobre alimentação de cada mulher, bem como de hábitos de vida (inclusive de familiares com os quais conviviam). Ao perceber qualquer inadequação

sobre dieta ou hábitos colocávamos para discussão com as demais gestantes do grupo para só então procedermos com nossas orientações.

O objetivo maior dessas reuniões era trazer a realidade das pacientes (e não apenas ilustrar com casos externos a nossa realidade) e a partir disso reforçar conhecimentos tão importantes a todo aquele grupo ali representado. Além disso, sabemos que nem tudo é comentado no grupo por ser informações delicadas. Em nossa área de abrangência o consumo de drogas é acentuado. Por vezes as gestantes por mais que não consumam, convivem com usuários. Nesse momento que deixamos claro que qualquer outra dúvida ou questionamento que não seja feita no grupo seja levado a consulta pessoal para as possíveis orientações. E assim tem sido feito a cada dia de atendimento de Pré-natal.

O tempo de desenvolvimento das atividades ainda foi pouco pra avaliar resultados, porém foi possível observar que muitas pacientes se conscientizaram de que estavam desenvolvendo hábitos alimentares e de vida inadequados a sua saúde, em especial estando grávida. Mas apesar de não termos resultados, é possível prever que serão positivos, pois a ideia de se trabalhar dessa forma se deu justamente após um quadro de Diabetes gestacional que foi diagnosticado na unidade e controlado apenas com controle dietético e atividade física, baixando índices glicêmico até padrões de normalidade.

Com essa atividade nossa equipe pode observar que por vezes atividades simples, sem grande demanda tecnológica e de logística, conseguem levar informações essenciais na condução de um momento tão importante a vida da mulher e sua família. Outra questão é que aos poucos aprendemos a trabalhar com o que temos. Muitos questionaram a presença de nutricionista ou profissional de educação física para falar sobre o assunto, porém não dispomos de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em nossa unidade, então cabia aos profissionais mais habilitados abordar o essencial com as pacientes. A presença dos profissionais acima citados seria importantíssima, porém até o momento tem sido suficiente da forma que estamos abordando.

Até o momento tem sido muito gratificante ver o empenho da equipe e o envolvimento das gestantes, mesmo que de forma discreta pois muitas ainda não conseguem ter a abertura de participar.

Ainda estamos no início e a adesão tem sido adequada ao esperado, fato que nos deixa animados a permanecer diversificando a forma de atuar, prezando sempre pela objetividade e simplicidade na abordagem.

Pretendemos expandir essa ação, a princípio à consulta puerperal, para que possamos levar tais informações de forma mais reforçada durante essa consulta também.

Como sempre trabalhamos na Saúde Coletiva, a prevenção é o melhor tratamento. Portanto, se em algum momento falhamos com nossa missão, precisamos correr atrás e corrigir de forma a levar a melhor atenção dentro de nossas possibilidades, pois o que menos se espera de um momento tão esperado na vida de uma família é que a dádiva da concepção venha acompanhada de doença, tratamento e medicamentos.

CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ao longo dos anos a forma de conduzir o tratamento dos pacientes portadores de distúrbios mentais no Brasil sofreu fortes mudanças. Para nossa alegria, e principalmente dos pacientes alvo dessas mudanças, essas foram em buscar de melhor atenção no âmbito da saúde pública.

Por muito tempo o modelo de tratamento provocava o isolamento social desses pacientes, uma vez que havia uma preferência pelo internamento em hospitais psiquiátricos fato que em muito levava ao agravamento do quadro, pois o paciente era retirado do seu meio familiar e de sua zona de conforto. Todos esses fatores levavam o paciente a ter uma percepção como sendo algo brutalmente imposto e que não traziam nada de construtivo em nossas vidas.

Ao longo do tempo a realidade foi mudando, e hoje em dia, foi possível perceber o quanto esse isolamento vinha sendo prejudicial. Por esse motivo que na atualidade, se preza pelo tratamento a nível de domicílio, sendo este em geral orientado pelo médico da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), o qual segue orientações da matriciadora em caso de urgência e orientações importantes. Não esquecendo nunca do acompanhamento psicológico, tão necessário e fundamento para o segmento.

Pensando nisso, bem como na constante melhoria na atenção aos pacientes portadores de distúrbios de ordem psiquiátricas, foi elaborado uma ficha para registro e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos para nossa equipe, instrumento esse baseado nos critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Tentamos construir de forma bem objetiva, de fácil compreensão e linguagem para que todos pudessem se sentir aptos ao preenchimento. Os dados presentes na ficha dizem respeito a informações pessoais (sexo, idade, endereço), comorbidades, diagnósticos psiquiátricos e histórico medicamentoso.

Após a elaboração do instrumento, este foi apresentado à equipe e distribuído para a aplicação nos pacientes da área. Houve certa resistência por parte dos integrantes da equipe, porém após avaliarem a simplicidade do preenchimento, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aceitaram o desafio de iniciar o registro dos pacientes com doenças psiquiátrica/psicológica. Ainda temos poucos registros trazidos pela equipe, no entanto, precisamos dar o exemplo e começar a implementação desse registro.

O segundo momento nos fez refletir sobre a abordagem de um paciente em nosso serviço, bem como na Rede de apoio. Atualmente estamos contando com o apoio matricial,

portanto os pacientes são atendidos e em casos mais complexos e de difícil condução, temos o suporte do matriciador que nos orienta que tratamento direcionar. Como apoio complementar, e não menos importante, o paciente pode ser encaminhado a um serviço de psicologia, em diversas clínicas, portando a ficha de encaminhamento do Sistema Único de Saúde (SUS) a qual preenchemos em nossa UBS. Até o momento não houve maiores dificuldade quanto a marcação das sessões de terapia psicológica. Infelizmente não contamos com o apoio do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), mas temos suporte do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) Oeste. Pacientes em crises são orientados a buscar atendimento inicial em Unidades de Pronto Atendimento de onde são regulados para o Hospital Psiquiátrico.

Apesar da nossa área ter quantidade considerável de usuários de drogas ilícitas, há pouca procura por parte do serviço de saúde e quando sob busca ativa, os usuários não estão abertos ao acompanhamento. Então a demanda acompanhada é basicamente de patologias como depressão, ansiedade e esquizofrenia. Nesse mês recebemos uma paciente na Unidade que após acolhimento foi direcionada a consulta médica por queixar-se de “precisar de ajuda”. Em consulta, a paciente iniciou o discurso justamente com a frase “eu preciso de ajuda” e daí começou a descrever seu profundo sentimento de tristeza. A própria paciente reconhecia ser algo sem motivo aparente pois convivia em um ambiente familiar estável, sem relações conflituosas.

No evoluir da conversa, relatou a necessidade de isolamento social, impaciência com situações cotidianas e dificuldade de interação social. Contou que percebeu piora do quadro após ter tido problema de saúde na família (filha), o que desencadeou sentimento de extrema culpa por parte da paciente em não ter buscado diagnóstico precocemente, chegando inclusive a pensar em suicídio.

Após um longo período de escuta, foi explicado a paciente que a culpa que ela sentia podia ser amenizada pois sua filha não apresentou déficit de desenvolvimento devido o diagnóstico tardio (espectro autista sem comprometimento no aprendizado) e também que realmente existem doenças que independente de fator desencadeante surgem espontaneamente e o importante era o fato de ela estar ali reconhecendo que precisa de ajuda. Em seguida foi conversado sobre a necessidade de acompanhamento psicológico. Por fim foi falado em terapia medicamentosa.

Foi iniciado um estabilizador de humor de imediato e encaminhada para avaliação no CAPS para otimização de terapia. A paciente reconheceu que o simples fato de ter

conversado sobre o assunto lhe trouxe uma tranquilidade maior. Nesse momento foi reforçado a necessidade da psicoterapia, momento no qual ela teria maior tempo pra conversa desse tipo, e também orientado que a qualquer momento que ela sentisse angústia maior, buscasse o atendimento na UBS pois estaríamos de portas abertas. Um retorno foi agendado para 15 dias e ela já se encontrava bem mais estabilizada, sono preservado e sem pensamentos suicidas. Aguardava ainda psicoterapia já agendada e continua sob acompanhamento.

Com essa microintervenção foi possível observar a necessidade de se manter um registro adequado para controle dos pacientes portadores de distúrbios mentais, uma vez que é uma população cada vez mais predominante na realidade na qual vivemos, em muito influenciada pelo crescimento exponencial da violência, consumo de drogas ilícitas e de condições estressantes associadas. E mais uma vez o PMAQ-AB vem com orientações bem oportunas e direcionadas para nos auxiliar. A saúde mental precisa dessa atenção e importância e qualquer que seja o esforço na tentativa de melhoria é válido e muito bem-vinda.

CAPÍTULO V: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Na primeira reunião de equipe da Unidade Básica de Saúde da Família do Bom Pastor do mês de agosto de 2018, foi colocado em discussão o atendimento a população pediátrica em nossa área de abrangência.

A reunião teve como norteador o questionário fornecido que orienta quanto as ações preconizadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O questionário foi preenchido por nossa equipe de acordo com realidade da cobertura em atenção à saúde da criança, conforme abaixo.

| 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 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 |

O questionário serviu para nos mostrar os pontos de fragilidade nos quais precisamos nos concentrar em melhorar para alcançar o padrão de qualidade desejável. Após a aplicação, foi possível perceber que talvez nossa maior falha esteja na busca ativa que não vem se enquadrando ao ideal, o que deixa muitas crianças vulneráveis a diversos acontecimentos.

Frente a isso, reforçamos com nossa equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a necessidade das busca ativas e também maior atenção da parte de médica e da enfermeira quanto a observação das gestantes que não retornavam ao pré-natal, principalmente as que se encontravam próximo da finalização da gestação, sendo uma forma de descobrir se por ventura haviam evoluído para o término da gestação.

Em geral, o atendimento em Saúde da Criança é realizado em equipe. O Crescimento e Desenvolvimento em sua maioria das vezes é realizado pela enfermeira e quando evidenciado qualquer anormalidade a criança é encaminhada ao atendimento médico.

Além disso, realizamos periodicamente o Crescimento e Desenvolvimento coletivo. A atividade é muito interessante uma vez que permite a interação entre diversas mães e crianças tornando o momento muito mais do que apenas uma consulta e sim uma troca de experiências. A atividade é considerada pela equipe como uma ação bem-sucedida e conta com a participação dos acadêmicos de enfermagem do último ano da graduação para organização e realização de dinâmicas interativas para o melhor desenvolvimento e apenas no momento de troca de turma dos acadêmicos ficamos sem fornecer a atividade.

CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: SUA REPRESENTATIVIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Como bem sabemos, o Brasil passou por uma mudança marcante no perfil saúde e doença ao longo dos anos. O forte investimento na erradicação de doenças infecto-contagiosas, seja por meio das vacinas e implementação de medidas no combate a transmissão, aliado ao aumento da expectativa de vida mudaram e muito o quadro de doenças predominantes em nosso meio o que impactou diretamente os atendimentos médicos.

O fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) se deu praticamente em meio a essa realidade, fato que ajudou na criação de um serviço fundamentado a atender a demanda desse novo perfil epidemiológico, que agora está voltado para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2013b).

Infelizmente, na realidade em que vivemos, diversos são os fatores predisponentes ao desenvolvimento as DCNT: dieta inadequada com alimentos industrializados ricos em açúcar ou sódio, baixa ingestão de frutas e verduras e consumo excessivo de frituras; sedentarismo; obesidade; condicionantes de estresse como carga de trabalho excessiva, desemprego e “insegurança” pública; entre outros. Em meio a tudo isso, cabe a APS desenvolver ações com a finalidade de combater o desenvolvimento bem com agravamento de tais condições.

Conforme nos foi orientado para esta atividade, respondemos um questionário (abaixo) voltado a questões associadas a DCNT e baseados, nessas questões, trouxemos a temática para reflexão.

Questionário para microintervenção

| 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 | 02 dias | | 02 dias | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde? | | | | |
| 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 |
| A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus? | | X | | X |
| A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial? | X | | | |
| A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado? | X | | | |
| A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade? | | X | | |
| 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 |
| A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado? | | | X | |
| A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários? | | | X | |
| A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus? | | | | X |
| EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE | | | | |
| QUESTÕES | | SIM | NÃO | |
| A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos? | | X | | |
| Após a identificação de usuário com obesidade (IMC \geq 30 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 | |

Como observamos a partir do preenchimento do questionário, ainda nos falta o registro adequado do acompanhamento desses pacientes. Apesar de passarem por consultas rotineiras, perde-se um pouco o acompanhamento extra consultório desses pacientes. Além

disso, importante seria as fichas de acompanhamento que também não temos no nosso serviço. Foi então que em reunião, optamos por em breve iniciar a construção de fichas com essa finalidade contendo as informações mais importantes a serem observadas em consultas e atendimentos domiciliares, criando assim um instrumento simples voltado para uso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos em enfermagem, bem como fichas mais complexas voltadas para atendimentos de enfermeiros, médicos e dentistas.

Atualmente não contamos com ação relevante voltada ao grupo de portadores de DCNT. No entanto, particularmente, há algum tempo tenho em mente trabalhar os fatores complementares ao tratamento medicamentoso nesse grupo de pacientes. Nesse sentido, sempre oriento quanto a nutrição adequada e a necessidade de atividade física, ambos corroborando para perda de peso, fator importante no controle da diabetes e hipertensão arterial. Então, como foi proposto na microintervenção, juntamos a equipe e elaboramos um grupo voltado não exatamente para atividade física, mas para orientações quanto a atividade física e nutrição adequada. Iniciamos com aulas de alongamento nas quais servimos lanches apenas com alimentos saudáveis. O objetivo principal das aulas foi levar para vida dos usuários a necessidade da atividade física e alimentação adequada, não apenas ali, mas que incluíssem em sua rotina.

Infelizmente nossa unidade não conta com o apoio do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), o que dificulta a abordagem. Porém procuramos abordar de forma bem direcionada e que atenda a necessidade dos usuários, porque tão importante quanto cuidar dos pacientes, é ensinar o autocuidado e o cuidar do outro, seja familiar, vizinho, etc e assim podemos multiplicar saúde em todo nosso território.

CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

PLANO DE CONTINUIDADE

| NOME DA INTERVENÇÃO | RESUMO | RESULTADOS | PLANO DE CONTINUIDADE |
|---|---|--|--|
| Ações Para Pessoas com Sofrimento Psíquico | Busca ativa dos pacientes em sofrimento psíquico, reavaliação de diagnósticos e tratamentos. | Uma pequena parcela dos usuários aceitou iniciar desmame das medicações. | Por se tratar de patologias bem subjetivas e com tratamentos que realmente geram dependência, sabemos que o resultado vem a longo prazo por isso a intervenção continuará durante as consultas por tempo indeterminado |
| Acolhimento humanizado | Estratificação de risco dos usuários que buscam atendimento. | Melhoria no fluxo de atendimento e satisfação dos pacientes. | O acolhimento é preconizado na Estratégia Saúde da Família portanto continuará a ser executado diariamente na rotina de trabalho. |
| Grupo de gestantes | Abordagem em grupo quanto dieta e atividade física na prevenção de doenças específicas da gestação. | Melhoria nos níveis glicêmicos das gestantes. | A tendência será manter encontros mensais ou bimensais e continuar as orientações em durante as consultas individuais dos usuários. |
| Registro para controle dos pacientes psiquiátricos. | Preenchimento de ficha com dados básicos para acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais. | Foi possível preencher fichas dos usuários que buscaram atendimento. | A continuidade se dará principalmente em atualizar as fichas após mudanças identificadas ao longo dos atendimentos marcados. |
| Busca ativa no Crescimento e desenvolvimento | Intensificar a busca ativa por crianças com consultas e vacinas atrasadas. | Não houve aumento significativo na demanda mesmo com a busca ativa. | Continuaremos a reforçar a importância da busca ativa em nossas reuniões de equipe na intenção da manutenção dessa busca efetiva. |
| Grupo de usuários portadores de doenças crônicas | Reunião semanal voltada para orientação quanto dieta e atividades físicas. | Até o momento o grupo tem tido forte adesão. | O grupo será mantido enquanto tivermos participação dos colaboradores e usuários. |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fundamentos que norteiam a Atenção Primária em Saúde são sem dúvidas baseados em uma assistência humanizada e integral. Isso torna o atendimento bem complexo e abrangente. Para conseguirmos alcançar o objetivo, um atendimento integral, devemos ter traçado estratégias que orientem nosso atendimento e facilitem chegar a tal objetivo.

Nesse sentido, o desenvolvimento das atividades ao longo desse trabalho foi de grande importância, auxiliando a encontrar o caminho mais efetivo para realizar o atendimento de forma abrangente e ao mesmo tempo valorizando os pontos principais.

Além disso, as ações desenvolvidas nas microintervenção puderam nos mostrar a necessidade que existe em trabalhar a promoção e prevenção em saúde, uma vez que os resultados obtidos foram gratificantes e por vezes procedimentos e tratamentos mais invasivos puderam ser evitados. No entanto, sabemos as dificuldades que existem pra se estabelecer ações desse porte. Precisamos de uma equipe realmente determinada em fazer acontecer, pois tudo isso demanda tempo para realizar busca ativa, preparar atividades e empenho e motivação para manter as ações.

Mesmo com as dificuldades em manter todo esse serviço e atendimento, a satisfação dos usuários com certeza compensa todo trabalho envolvido, fazendo valer a pena cada minuto de empenho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento a demanda espontânea**. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.