



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

**MICROINTERVENÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SEUS AGRAVOS NA UBS DE
PLANÍCIE DAS MANGUEIRAS NATAL/RN**

ALINE SILVA DE DEUS MOCITAIBA

NATAL/RN
2018

**MICROINTERVENÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SEUS AGRAVOS NA UBS DE
PLANÍCIE DAS MANGUEIRAS NATAL/RN**

ALINE SILVA DE DEUS MOCITAIBA

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.

Maria Helena Pires Araújo Barbosa



Agradeço ao meu esposo Leonardo Mocitaiba e minha orientadora Maria Helena

RESUMO

Este trabalho consiste em relatos, microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde- UBS Planície das Mangueiras, localizada na zona norte de Natal- RN, no bairro de Nossa Senhora da apresentação. Foram feitas seis microintervenções, todas elas com auxílios dos ACS - Agentes Comunitário de Saúde e também com colaboração da equipe do NASF. A unidade que atuo tem capacidade para que três equipes funcionem, porém há apenas uma médica atuante sem enfermeiro atendendo todas as equipes, incluindo alguns pacientes fora de área. Para execução das atividades contamos com reuniões para discutirmos os pontos mais relevantes para elaboração das atividades como construção de tabelas e organização de prontuário, estratificação de grupos vulneráveis.

Palavras-chave: Microintervenções; NASF; ACS; vulneráveis.

SUMÁRIO

I. APRESENTAÇÃO	7
II. OBJETIVO	7
III. METODOLOGIA.....	8
IV. CAPÍTULO I: Promoção da saúde sexual e prevenção de doenças em jovens da comunidade de Planície das Mangueiras-Natal/RN	10
V. CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada Unidade de Planície das Mangueiras	15
VI. CAPÍTULO III: Acompanhamento pré-natal de gestantes fora de área	20
VII. CAPÍTULO IV: Saúde mental nos indivíduos da Unidade de Planície das Mangueiras	26
VIII. CAPÍTULO V: Atenção individual às crianças menores de seis meses e promoção ao estímulo do aleitamento materno exclusivo	31
IX. CAPÍTULO VI: Controle de hipertensos e diabéticos na comunidade de Planície das Mangueiras	35
X. CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação	42
XI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50



APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na realização de um conjunto de intervenções realizadas na UBS de Planície de Mangueiras, bairro da zona norte de Natal/RN, Nossa Senhora da Apresentação. Consiste em uma exposição de atividades realizadas durante atuação na UBS. Este trabalho é composto por seis microintervenções, sendo cada abordagem de assuntos distintos. São eles:

Microintervenção I: Promoção da saúde sexual e prevenção de doenças em jovens da comunidade de Planície das Mangueiras-Natal/RN;

Microintervenção II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada Unidade de Planície das Mangueiras, bairro de Nossa Senhora da Apresentação;

Microintervenção III: Acompanhamento pré natal de gestantes fora de área;

Microintervenção IV: Saúde mental nos indivíduos da unidade de Planície das Mangueiras;

Microintervenção V: Atenção individual às crianças menores de seis meses e promoção ao estímulo do aleitamento materno exclusivo;

Microintervenção VI: Controle de hipertensos e diabéticos na comunidade de Planície das Mangueiras.

OBJETIVO:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças.
 - Levar conscientização através de grupos com exposição dialogada sobre condições relacionadas a saúde-doença da população de Nossa senhora da Apresentação abordando os temas relacionados a saúde sexual, reprodutiva, melhorias de controle de doenças como hipertensão e diabetes, afim de minimizar os riscos de doenças cardiovasculares.
 - Proporcionar melhor controle dos pacientes potencialmente graves relacionados a saúde mental, gestação, crianças e grupos prioritários, como dependentes químicos e usuário de drogas
 - Elaboração de estratégias para reconhecimento de grupos prioritários através de fichas específicas para cada grupo, identificando os riscos e vulnerabilidades.
-
-

METODOLOGIA:

Exposição dialogada com pacientes sobre situação atual de saúde sobre uso de: drogas, psicotrópicos, álcool e tabaco.

Exposição dialogada sobre as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), uso de camisinha e gravidez na adolescência. Distribuição de panfletos informativos e realização de questionário para identificação de grupos de riscos

Formação de grupos junto a equipe do NASF e agentes comunitários de saúde abordando a população com objetivo de participar de palestras.

Busca de registros em prontuários visando encontrar informações sobre situação dos pacientes e identificar grupos prioritários de alto risco.

CAPÍTULO I: Promoção da saúde sexual e prevenção de doenças em jovens da comunidade de Planície das Mangueiras-Natal/RN

Uma das prioridades da Unidade Básica de Saúde (UBS) é a atenção voltada para saúde sexual dos indivíduos da comunidade. É complexo falar sobre sexo e sexualidade, pois envolve aspectos socioeconômicos, assim como está relacionado a cultura, ao ambiente e a realidade que o indivíduo está inserido.

Promover saúde é colocar em prática ações que possam evitar surgimento de doença nos indivíduos da comunidade realizando ações que levem informações por meio de oficinas educativas para abordagem de determinados temas. Na UBS que atuou o foco escolhido para esta microintervenção foi a saúde sexual e reprodutiva entre os adolescentes e adultos jovens da comunidade do bairro Planície das Mangueiras, zona norte da cidade de Natal-RN. Prevenir é impedir que a doença ou agravos desenvolva-se nos indivíduos desta comunidade.

Para execução da promoção da saúde sexual e reprodutiva desses jovens do bairro da planície das Mangueiras desenvolveremos ações com grupos de adolescentes e adultos jovens para discussão sobre determinados assuntos como: sexo, gravidez indesejada na adolescência, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o uso de métodos contraceptivos.

As informações sobre sexualidade precisam ser mais abordadas nas escolas e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) tendo em vista que a realidade desses jovens muitas vezes é ambiente de extrema pobreza, o que não é determinante para que existam pessoas com falta de informação ou marginalizadas, mas contribui para alguns comportamentos de risco que podem interferir no processo saúde-doença.

A abordagem inteligente com diálogo, exposição de problemas relacionados à saúde reprodutiva e sexual exerce papel importante na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, além da prevenção de gravidez indesejada, e proporciona construção de indivíduos mais conscientes de suas ações. Sendo assim este assunto é importante para ser trabalhado, visto que essas informações nem sempre são bem abordados entre as famílias na realidade de seu ambiente domiciliar.

Falar sobre sexo e sexualidade parece algo considerado muito difícil em algumas famílias. Talvez haja um medo de exposição precoce sobre assunto e temor sobre incentivo de práticas sexuais por medo ou vergonha de falar sobre assunto. Os adolescentes acabam procurando informações, que muitas vezes são insuficientes ou inadequadas vindas de

colegas e/ ou meios de comunicação como a internet para sanar as curiosidades relacionadas ao assunto.

O que tenho presenciado na ESF é que muitos adolescentes chegam a unidade acompanhados geralmente pelas mães entristecidas e desesperadas por já terem descoberto o início da atividade sexual. Os adolescentes possuem as mais variadas idades e, às vezes, ainda nem conhecem seu corpo nem mesmo sabem as consequências de relação sexual desprotegida. Recebo diariamente diversas adolescentes que a maior preocupação das mães após a descoberta do início da atividade sexual era engravidar e a primeira opção é o pedido para iniciar o contraceptivo oral ao profissional médico.

Durante abordagem a este tipo de adolescente é feita uma sensibilização sobre questões relacionadas ao sexo e a sexualidade. Ademais, aborda-se temas como a prevenção de doenças e gravidez e uso de contraceptivo para que se entenda a preocupação da família do adolescente, assim como o autocuidado seja o foco da atenção à saúde.

Percebo através da anamnese minuciosa que no lar dessas pessoas nem sempre há a abordagem sobre sexo e sexualidade, apenas proibições, sem deixar explícita a importância do uso de preservativo. Sem dúvidas é compreensível a atitudes das mães em iniciar o contraceptivo oral, porém não é a principal coisa a ser mudada. Nitidamente os próprios pais nem sempre dispõem da informação adequada para seus filhos. Desta forma, fala-se sobre a prevenção da gestação, no entanto não há abordagem para prevenção de IST, uma vez que não é prevenida pelo uso do anticoncepcional oral (ACO).

Durante todos os atendimentos dos adolescentes há incentivo sobre a necessidade do uso de preservativo em todas as práticas sexuais, pelo fato de diminuir risco de contrair doenças como HIV, hepatite, dentre outras doenças e também por ser um método de barreira que vai contribuir para que não haja uma gravidez indesejada. Explico sobre o ACO que não protege de IST, e embora diminua o risco de gravidez indesejada, há maior risco para contrair doenças relacionadas às práticas sexuais.

O objetivo deste trabalho é sensibilizar os jovens adscritos em uma Estratégia de Saúde da Família localizada zona norte da cidade de Natal-RN sobre sexo e sexualidade. Para isso foram abordados temas como sexualidade, IST, métodos contraceptivos e gravidez não planejada.

Para execução deste trabalho tivemos o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que desenvolveram papel importante na divulgação das atividades executadas na ESF.

Houve a formação de grupos de adolescentes e adultos jovens, debates sobre tema e seminários sobre IST.

O esclarecimento sobre sexualidade, contracepção e conhecimento sobre IST favorece que os adolescentes tenham consciência sobre suas escolhas e conhecimento sobre as consequências de uma relação sexual desprotegida. A ação inicialmente se deu na ESF. Aproveitamos o momento em que a maior parte das pessoas estivessem reunidas no local para começarmos a atuar.

A estratégia inicialmente foi iniciar a distribuição de preservativos, masculino e feminino, para o público alvo que frequentou a unidade. Juntamente com os ACS foi possível a distribuição de preservativos e a conversa individual com os usuários presentes na unidade. Houve diálogo relacionado ao sexo seguro, abordagem de algumas IST e gravidez não planejada. Abordamos risco da exposição às DST como sífilis HIV, gonorreia e hepatites.

Como esta ação pudemos perceber que a maior parte dos adolescentes presentes não possui o hábito de usar preservativos, principalmente o preservativo feminino. Foi questionado também se houve orientação sobre sexo e sexualidade por um familiar em algum momento da vida e a maior parte das respostas foi negativa. A justificativa para isso, de acordo com algumas falas, deu-se pelo fato do assunto ser vergonhoso e que não houve aproximação suficiente dos pais com os filhos.

Falar sobre sexo e sexualidade é algo prazeroso e foi possível perceber o interesse do público ao tratar desses assuntos. A abordagem desses temas é importante para os jovens, pois neste grupo pode haver uma maior promiscuidade sexual, aumentando o risco de ocorrer uma gravidez não planejada e IST.

Com relação às dificuldades para a realização da microintervenção, destaca-se o desafio de reunir os usuários em um único local, pela limitação física e precariedade da unidade. Um ponto positivo da microintervenção é que este é um assunto de bastante aceitação entre os jovens, portanto muito fácil de conversar e expressar opiniões durante abordagem dos assuntos.

A partir dessa abordagem pode-se observar nítido esclarecimento sobre os temas mencionados durante ação, e o interesse dos jovens em ações constantes sobre o tema proposto, sendo então necessário a realização de novas oficinas com realização de atividades em grupo, realização de questionários e dinâmicas de grupo para exposição de temas relacionados a saúde sexual e reprodutiva capacitando os próprios ACS (Agente comunitário

de Saúde) para levar determinadas informações para comunidade e incentivar o uso de preservativos.

Com esta ação espera-se que haja maior número de usuários que façam uso de preservativos para realização de um sexo seguro e consequente redução das IST e gravidez indesejada entre os jovens. É possível também esperar que haja disseminação das informações mencionadas da reunião da ESF. Para isto é importante que mais trabalhos sejam realizados voltados para saúde sexual e reprodutiva na unidade.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada Unidade de Planície das Mangueiras, bairro de Nossa Senhora da Apresentação

A unidade em que atuo é estruturalmente bem precária em relação as outras unidades de saúde do município. As salas foram improvisadas em contêineres. Há 2 enfermeiros na unidade, desproporcional ao número de equipes existentes. A unidade é composta por 3 equipes, no entanto incompletas. Minha equipe atualmente está sem enfermeiro, porém com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem. Atualmente há apenas uma médica na unidade para atender todas as áreas e também fazer os atendimentos dos usuários considerados fora de área.

Sabendo de toda dificuldade estrutural da unidade e do déficit da equipe, houve a necessidade de implementar uma estratégia para organizar o serviço de forma a garantir que os usuários com maior necessidade e as urgências sejam atendidos de forma mais rápida e que possam ser avaliados e direcionados a um serviço de maior complexidade ou que haja intervenção mais rápida possível iniciada na unidade.

Há uma maior dificuldade de realização do acolhimento, visto que não há enfermeiro na unidade e os técnicos atendem as 3 equipes. Sabemos que triagem é diferente de acolhimento. Acolhimento não é decidir quem será atendido de imediato, mas acolher a todos, priorizando aqueles indivíduos com mais urgência. Para isso é necessário uma classificação de risco, que não está relacionado a ordem de chegada do usuário e sim com a necessidade apresentada por ele no momento da consulta.

O acolhimento com classificação de risco permite garantir ao usuário um acesso universal, tornando o serviço acessível a toda população, assim como permite equidade que consiste em tratar de forma desigual os desiguais, afim de proporcionar igualdade e maior chance de sobrevivência dos indivíduos vulneráveis na sociedade. A classificação de risco baseia-se em alguns protocolos como de Manchester, mais adequado para ser aplicado em pronto socorro, pelo grande fluxo de usuários atendidos e também pela maior complexidade dos casos. Esse protocolo é usado com mais frequência em atendimentos de urgências como Pronto Socorro pois permite que os usuários do sistema único de saúde sejam identificados o mais precocemente possível em relação a gravidade com objetivo de diminuir o risco de mortalidade pela demora nos atendimentos.

Na Atenção Primária em Saúde (APS) é algo que não é muito aplicado, ou nunca é aplicado. Isso pode ser identificado em relatos de colegas médicos que durante atendimento identificam casos mais graves, porém são encaminhados para as unidades de urgência, sem

que tenha sido realizadas medidas iniciais. Um exemplo dessa prática são os usuários que chegam a unidade com crise hipertensiva.

Temos que levar em consideração que na emergência diariamente são atendidos indivíduos com risco de morte, usuários com pico hipertensivo, Acidente Vascular Encefálico (AVE), diabetes descompensado usuários com risco de morte. Sendo assim, precisa haver triagem para que casos graves sejam prioridade a fim de diminuir o risco de morte.

Na APS como esses riscos de morte são raros é necessário além dos critérios clínicos como crise hipertensiva, diabetes descontrolada, a observação de condições de vulnerabilidade social. Muitas vezes o usuário não pode deslocar-se de sua casa devido sequelas de AVE e não tem condições de pagar transporte para ir a unidade básica de saúde.

Os usuários da APS são acompanhados pelos ACS, que geralmente conhecem a condição clínica e social destes indivíduos, identificados pela frequência em que são atendidos na UBS e também pelas visitas domiciliares executadas pelos ACS diariamente.

De acordo com Ministério da saúde: " Avaliar os riscos e vulnerabilidade implica estar atendo ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar necessitando de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade do que outros pacientes aparentemente mais necessitados" (BRASIL, 2010,p.26)

Com objetivo de atender e poder identificar esses indivíduos tem sido aplicado o modelo do Acesso avançado, que tem como proposta reduzir o número de agendamentos, proporcionando atendimento diário da população ou no máximo em 48 horas. Desta forma é possível atender os casos com maior necessidade diariamente, diminuindo os riscos de desistência devido agendamentos prévios de longa data. Esse modelo permite que 70% dos indivíduos sejam atendidos diariamente por demanda espontânea e que 30% seja agendado.

Inicialmente foi muito difícil executar a microintervenção na unidade. Tentar mudar um modelo que já existe e que a população já está habituada não é tarefa fácil. Exige educação da população e diálogos frequentes dos ACS com a comunidade para compreensão da necessidade de se aumentar a demanda espontânea e diminuir o número de agendamentos. Outra questão para execução da microintervenção foi a falta de enfermeiro na área, que dificulta acolhimento e classificação de risco do indivíduo.

O acolhimento tem sido feito pelos ACS que ao terem conhecimento sobre os casos na comunidade trazem para discussão e assim posso avaliar a necessidade de atendimento

diário ou não. Durante a microintervenção deixamos algumas consultas para serem realizadas por agendamentos e deixamos em aberto demanda espontânea.

Os ACS ficaram responsáveis por iniciar o acolhimento do usuário na minha equipe. Desta forma, é colhida uma história rápida do indivíduo e uma avaliação é realizada por mim para que seja determinada a gravidade do caso, se há ou não necessidade de atendimento no dia. Assim como os ACS os enfermeiros das outras equipes também ficaram responsáveis por identificar e acolher de suas respectivas áreas as histórias que considerarem mais urgentes e passarem pela avaliação médica. Eles me passam os casos e atendo de acordo com necessidade ou faço agendamentos caso não haja urgência.

Tem sido muito cansativo a intervenção, visto que são muitos usuários e apenas uma médica na unidade para fazer tal avaliação, sem contar na ausência de enfermeiro na equipe, porém gratificante, visto que a partir dessa abordagem foi possível identificarmos casos graves, com necessidade de internamento. Um dos casos foi de uma adolescente de 14 anos com queixa de febre há 15 dias e astenia. Este caso foi acolhido por uma ACS muito atuante na comunidade. Ela relatou o caso e pude iniciar as medidas de urgência para a adolescente que no momento da consulta foi diagnosticada com dengue. Ela estava hipotensa e letárgica. Foram feitas medidas iniciais de hidratação venosa na UBS e encaminhada para urgência. A adolescente precisou ficar internada por dengue hemorrágica.

A partir dessa microintervenção de abertura para demanda espontânea tenho tido acesso a vários casos que já inicio a intervenção e encaminho apenas se houver necessidade. Nos indivíduos com pico hipertensivo tenho realizado as medidas iniciais fazendo medicação por via oral, antes de encaminhá-lo a unidade de urgência. Esses são alguns exemplos identificados a partir desse modelo que tem permitido identificar casos mais graves e intervenção mais rápida diminuindo risco de morte do indivíduo. Assim tem sido feita com toda comunidade incluindo gestante e crianças, idosos e acamados. As visitas domiciliares também estão sendo realizadas de acordo com necessidade do caso.

Dentre os impactos positivos dessa intervenção há a redução de mortalidade e agilidade no atendimento, a partir de identificação precoce dos casos mais graves, assim como também há diminuição do número de agendamentos e desistência das consultas que muitas vezes os usuários acabavam perdendo por nem lembrar o dia de atendimento médico, ou pela queixa que não estava mais apresentando.

Com toda essa exposição saliento que é importante manter o modelo de acolhimento, manter os atendimentos por demanda espontânea, apesar das dificuldade apresentadas.

Dessa forma podemos identificar sujeitos potencialmente em risco de morte e/ou risco social e proporcionar a esses indivíduos atendimentos visando resolução de seus casos.



CAPÍTULO III: Acompanhamento pré-natal de gestantes fora de área

A unidade que atuo fica localizada em planície das Mangueiras, no bairro de Nossa Senhora da Apresentação, localidade onde concentra grande parte da população da zona norte da cidade de Natal- RN. Como já descrito em outras microintervensões a estrutura da unidade é precária e a equipe é incompleta. A todo tempo faço questão de enfatizar este detalhe, visto que muitas são dificuldades para execução de trabalhos nesta unidade, porém não impossível de realiza-los.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) de Planície das Mangueiras é uma unidade para ser composta por 3 equipes, no entanto apenas uma equipe, a que atuo, a equipe 87 há médica, porém sem enfermeiro. No bairro há muitas gestantes com necessidade de realização de pré natal, porém não há como fazer atendimento de toda comunidade. Por se tratar de um bairro de periferia há indivíduos muito carentes, alguns em extrema pobreza e que estão descobertos por não pertencerem a área de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Durante minha atuação como médica da equipe da ESF considerei, a partir de alguns casos trazidos pelos ACS, grandes responsáveis pelo acolhimento da população do bairro, a necessidade de iniciar pré-natal a esse grupo de gestantes fora de área de cobertura, afim de minimizar os riscos inerentes a gestação, além de manter atendimento de pré-natal dessas mulheres com seguimento das consultas.

Nessa intervenção não houve formação de grupos, apenas acrescentei na lista de atendimento de pré-natal essas usuárias sem assistência médica durante período gestacional. Inicialmente houve dificuldade para realização desse trabalho, visto que todas consultas eram realizadas por mim, o que se tornou uma demanda elevada e extremamente exaustiva. Atendia demanda espontânea dessas gestantes e autorizava seguimento das mesmas com consulta médica. No entanto comecei a perceber o desgaste físico e formação de grupos de 12 gestantes em uma manhã para atendimento, o que se tornou muito difícil para manter rotina frequente a cada semana.

Com esse desgaste resolvi criar nova estratégia para beneficiá-las e também não ficar tão exausta. Como há 2 enfermeiros em outras duas áreas dialoguei com eles a possibilidade de dividir com eles essa responsabilidade, no entanto consciente que não é obrigação deles executar tais ações, mas como atendia suas áreas resolvi solicitar essa ajuda.

Primeiramente foi determinado a quantidade de gestantes fora da área adscrita para realização de pré natal junto com gestantes das três áreas da unidade de Planície das mangueiras e realizado atendimento inicial dessas gestantes. Inicialmente pude perceber que a maior parte das gestantes já encontrava-se em idade gestacional bem avançada, sem nunca ter passado por atendimento médico ou enfermeiro.

Como primeira consulta geralmente feita é por mim, por não ter enfermeiro na área, inicialmente é realizada a consulta de primeira vez das gestante considerando a história da mulher com relação ao número de gestações e abortos anteriores, tipo de partos anteriores, se normal ou cesário. Perguntas sobre uso de drogas, tabagismo e alcoolismo, uso de medicações, comorbidades prévias. Após anamnese completa são feitos registros da história e é realizado exame físico, verificação de pressão arterial das usuárias, controle de peso e solicitados exames de primeira consulta de pré natal que são: hemograma completo, glicemia de jejum, sorologias para: toxoplasmose, hepatites, HIV e sífilis e solicitado exames de imagem, ultrassonografia (USG).

Durante essa microintervenção não foi realizado teste rápido pelo tempo curto que não favorecia tal execução por não ter na área enfermeiro. Na primeira consulta também se enfatizada a importância de manter cartão vacinal atualizado e controle do peso a cada consulta, sendo disponibilizado cartão pré natal devidamente preenchido com exames físico e dados sobre resultado de exames. Solicitados exames iniciais de primeira consulta e agendando de acordo com o período da idade gestacional retorno das gestantes para avaliação. Na primeira consulta é solicitado USG TV a depender da idade gestacional que a mulher se encontre, além de exames como hemograma completo, glicemia sorologias para hepatites e urocultura.

Temos feito esse processo de atendimento as gestantes fora de área de cobertura desde fevereiro deste ano 2018. A partir dessa intervenção foi possível identificação de casos como toxoplasmose, sífilis, diabetes e hipertensão gestacional e até mesmo identificação de depressão na gestação em uma dessas mulheres. Em média são 20 gestantes fora de área que fazem esse acompanhamento de pré natal. A depender da idade gestacional retornam pra mim a cada 4 semanas, 15 dias ou a cada 7 dias.

Pude por meio dessa microintervenção fazer encaminhamento para pré natal de alto risco de muitas dessas gestantes. A última dessas foi uma jovem de 17 anos, G1 P0 ja inciou pré natal tardiamente 35 semanas. Após solicitação de exames e retorno da mesma para entrega de exames foi confirmado toxoplasmose e iniciado tratamento que até então família

não tinha feito por não ter condições de comprar os medicamentos. Mas através de um acompanhamento próximo, com ajuda dos ACS pudemos iniciar tratamento dessa gestante em vulnerabilidade econômica sem custos adicionais. Desta forma tem sido feito com as gestantes da área e de outras áreas.

Essa estratégia é importante, visto que a todo tempo estamos em busca de gestantes, mesmo aquelas não pertencentes a área proporcionando oportunidade de melhor assistência ao parto além de identificação de doenças relacionadas a gravidez, esclarecendo dúvidas e ofertando exames realizados pelos SUS que muitas não tem condições de pagar para realizá-los. São solicitados todos exames, com exceção de alguns ultrassons, visto que são muito demorados pelo sistema. Para a realização desse exame de imagem, a usuária é encorajada para que seja realizado em serviços particulares, quando são usuárias que dispõem de melhores condições financeiras, e outras gestantes em vulnerabilidade econômica são encaminhadas, caso haja necessidade de realizar pelo menos um ultrassom. Durante as consultas foi muito interessante perceber que não há desistência das consultas. As gestantes brigam para serem atendidas, serem examinadas, não faltam consulta e realizam exames solicitados, com exceção de raras mulheres. Os dias de pré natal são sempre dias cheios, demorados e cansativos, porém gratificante. Poder atender essas mulheres que não teriam outra oportunidade de ser submetida a um exame físico e uma orientação não tem preço e é algo que sinto que posso contribuir para ajudar a população.

No atendimento médico são sanadas várias dúvidas em relação a mudança do organismo materno, sobre alterações fisiológicas que ocorrem com o corpo durante esse período gestacional. Através dessa estratégia tratamos casos diversos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Infecção do Trato Urinário (ITU) assintomáticas, iniciamos sulfato ferroso e ácido fólico e fazemos orientações e esclarecimentos sobre amamentação pelo menos nos 6 primeiros meses.

Não é tarefa fácil! A ESF é uma equipe que deve atuar. Fui presenteada com equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que estão sempre dispostos em ajudar a receber as gestantes quando precisam de uma avaliação nutricional ou psicológica. Esse grupo não deve deixar de existir visto que é tão fundamental para atuação conjunta com o médico. Tenho cada vez mais convicção que sempre quero atuar com essa equipe.

Os ACS também são contribuintes importantes, pois muitos deles fazem acolhimento das usuárias e me passam os casos que acabo acolhendo com muita atenção. Cada caso tem

gerado aprendizado incrível. Não é apenas uma assistência de pré natal que é disponibilizado, mas um crescimento profissional a cada consulta dessa realizada, que proporciono retorno das mesmas para seguimento, isso sim é importante. Poder acompanhar essas gestantes a cada 4 semanas, 15 ou 7 dias.

Não sei por quanto tempo atuarei nesta unidade de Planície das Mangueiras, mas está sendo experiência boa, visto que tenho relação muito boa com equipe e com as usuárias e isso faz com que o trabalho seja desempenhado melhor. Mudar é preciso. Essas gestantes precisam estar inseridas em acompanhamento pré-natal. Infelizmente nem todo profissional recebe essas gestantes fora de área de cobertura. O ideal é que fossem disponibilizados mais médicos para atender a toda população. Na verdade até há disponibilidade, mas na área que atuo é raro haver médicos, por se tratar de zona de extrema violência.





CAPÍTULO IV: Saúde mental nos indivíduos da Unidade de Planície das Mangueiras

Sabemos que falar sobre saúde mental é algo complexo. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona norte de Natal pode-se observar, assim como outras inúmeras Estratégias de Saúde da Família (ESF) que não há uma organização adequada para identificação dos usuários com distúrbios psiquiátricos, sofrimento psíquico, uso de drogas ou em uso de medicamentos psicotrópicos. Quando há esse registro se dá de uma forma incompleta que deixa expectativa para novos dados serem inseridos.

Na unidade sobre saúde mental, que é o módulo do curso atual, pude perceber a evolução do modelo hospitalocêntrico dos dias atuais. Na unidade que atuo pude perceber que não há, de uma forma adequada, o registro sobre os indivíduos que estão em uso de antidepressivos, ansiolíticos, benzodiazepínicos nem tampouco os que fazem uso de estabilizadores de humor. Falar sobre saúde mental é algo bem difícil. Tem sido um desafio poder contribuir para saúde mental dos indivíduos que necessitam de medicações. Saber indicar e acompanhar esses usuários também é importante, visto que a resolução desses casos contribuem para resolutividade mais rápida dos problemas e também percebemos que nem todos casos precisam ser referenciados.

Na unidade em que atuo não há registro de casos graves, novos ou de indivíduos em sofrimento psíquico. Esses usuários, que necessitam de cuidados especiais, são prioridade em relação aos atendimentos realizados para consulta médica. Há indivíduos em uso de medicamentos de controle especial ou ansiolíticos que são usuários de drogas como álcool e o crack, porém não há explícito em prontuário a condição clínica desses sujeitos, e nem tampouco de quais substâncias fazem uso. Na verdade o prontuário foi construído pra ser ferramenta onde pudéssemos encontrar todas informações sobre o usuário, porém isso é o que menos tenho visto em minha pouca experiência na prática clínica. Nem tampouco existe uma planilha para designar os casos com necessidade de acompanhamento mais próximo.

Quando iniciei o trabalho nesta unidade tive um pouco de aversão a quantidade de medicamentos controlados que eram usados pelos usuários, visto que desconhecia a realidade de muitos deles e também pela carga de receitas que precisam ser renovadas todo mês. Afim de fundamentar o uso desses medicamentos de controle especial e receitas azuis, propus para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a necessidade de conhecer esses usuários com objetivo de colher suas histórias e a partir de então, de acordo com minha avaliação, encaminhar ao especialista caso julgasse necessário.

Os sujeitos são agendados durante consulta de rotina, ou comparecem à unidade e são atendidos por demanda espontânea não há um dia específico para atendê-los. O importante desta consulta é conhecê-lo e entender um pouco do diagnóstico que foi lhe dado e quem introduziu a medicação pela primeira vez, se especialista ou não, e se esses indivíduos realmente tem necessidade de fazer uso contínuo de medicações. Esses usuários são atendidos durante consulta médica com ordem de prioridade, considerando seu diagnóstico e quadro clínico apresentado no momento e então é feita uma avaliação com anamnese mais detalhada sobre o seu diagnóstico atual e sobre os medicamentos em uso.

São identificados os ACS dos usuários de suas respectivas áreas e essa informação é registrada em prontuário, assim como a inserção do número de telefone e a atualização sobre medicamento de uso atual. Tem sujeitos que há uma décadaS fazem uso de mesmo medicamento e esses foram encaminhados ao psiquiatra para avaliar a necessidade de continuar ou diminuir a dose do medicamento.

Pude perceber que há um grande número de pessoas da comunidade em uso de ansiolíticos e benzodiazepínicos sem indicação clínica, que fazem uso de medicamento devido ter tomado conhecimento de alguém que faz uso e acharam conveniente continuarem tomando sem que haja prescrição médica e sem indicação clínica .

Para os demais usuário que estão em sofrimento psíquico tenho contado e muito com ajuda do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que desenvolve trabalhos incríveis com grupos de pessoas com os mais variados distúrbios psiquiátricos.

Há realização de terapia de grupo todas as sextas-feiras em que é realizado o "Café com sentimento" liderado por uma psicóloga maravilhosa que sempre faz identificação de casos interessantes que acabam sendo discutidos em grupo. Desde que cheguei na unidade existe atuação do grupo e considerei importante explorar um pouco mais essa terapia, afim de minimizar o uso de medicamentos em usuários sem indicação e reforçar o uso aos que realmente necessitam. A terapia realizada durante as sextas-feiras atrai diversos tipos de indivíduos em sofrimento psíquico e são abordados vários temas durante a terapia. Os indivíduos contam seus problemas e há uma exposição dialogada sobre diversas condições da vida. A psicóloga traz poesia, músicas que trazem a reflexão a esses cidadãos. A partir da ação em conjunto com NASF-AB tenho obtido grandes resultados. As pessoas começam a compreender melhor sobre vida e suas adversidades.



CAPÍTULO V: Atenção individual às crianças menores de seis meses e promoção ao estímulo do aleitamento materno

Sabemos que o acompanhamento da criança nos 2 primeiros anos de vida é de grande importância para identificação de alguns problemas. Na verdade, o acompanhamento já se inicia no pré natal da gestante, onde podemos identificar ainda no ventre da mãe algumas condições que podem repercutir no desenvolvimento da criança. Dentre dessas condições podemos destacar algumas doenças como toxoplasmose, crianças macrossômicas, com anomalias cromossômicas, sífilis.

O Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança após o parto é de grande importância, visto que a partir dele podemos através de exames fornecidos a esse grupo de crianças exames que contribuirão para diagnóstico de algumas doenças e possível intervenção precoce caso haja alteração. Para que haja um bom acompanhamento dessas crianças faz-se necessário não apenas o médico como profissional, mas auxílios da equipe como um todo: A enfermagem, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, que em sua maioria, são os principais articuladores da situação das crianças com a família e a saúde.

Os registros das informações da criança, logo após o nascimento, são realizados na caderneta da criança, onde constam dados relacionados a vacinação, desenvolvimento neuropsicomotor. Além disso, podemos acompanhar mais de perto se o desenvolvimento da criança está ou não adequado para idade e possibilita que a equipe sempre esteja atenta a atualização sobre situação vacinal. Na caderneta há gráficos que durante o acompanhamento da criança, funcionam como ferramentas importantes na identificação de algum distúrbio, sendo então importante que em cada consulta de CD (crescimento e desenvolvimento) a genitora compareça às consultas com esse registro em mãos para que possam ser registradas as informações sobre a criança e registrar os marcos de desenvolvimentos.

Enfatizando os 6 primeiros meses de vida da criança é importante ter em mente a necessidade de estimular o aleitamento materno exclusivo. Muitas genitoras têm resistência em manter apenas o leite materno para criança e o principal argumento para isso é que a criança chora muito e que não tem sido suficiente para alimentar da mesma. Muitas vezes, ao invés de ouvirem o médico optam por ouvir conselhos de parentes, que muitas vezes estimulam introdução de farináceos após o nascimento para dar saciedade a criança. O resultado para isto são cólicas intermináveis ao recém-nascido, além de constipação e anemia.

A criança que mama exclusivamente até os 6 meses de idade tem benefícios em relação os que são desmamados precocemente. O leite materno é tão maravilhoso que é reabsorvido rapidamente no organismo da criança e proporciona maior disponibilidade de ferro, gorduras saudáveis e proteínas. As crianças que mamam mais têm melhor imunidade, ficam menos doentes, desenvolvem-se melhor e tem menor risco de doenças crônicas no futuro.

Sabendo da importância do aleitamento materno exclusivo e percebendo o grande número de puérperas que atendidas que já estavam desmamando a criança, resolvemos fazer uma ação afim de sensibilizar as famílias sobre o aleitamento materno exclusivo. Foi feita uma exposição dialogada sobre a importância do aleitamento materno, relatando os benefícios de se manter o mesmo durante os seis primeiros meses de vida. Contamos com a presença das mães e familiares das crianças para expor as principais dificuldades enfrentadas para manter o aleitamento materno, além de fazer demonstração de pega adequada da mama com objetivo de evitar fissuras mamárias.

Muitas mães não mantêm aleitamento materno devido ao fato de acreditarem que as crianças choram muito por não " encherem " a barriga o suficiente. Outras não mantêm, visto que criança mama de forma inadequada e promove fissura mamária; outras mães consideram o leite do peito insuficiente e já introduzem chás e água. No entanto tenho percebido que outras genitoras são muito conscientes e orientadas, porém são as que possuem maior nível de escolaridade.

Foi abordado individualmente, durante a consulta, a importância de manter o bebê mais saudável. Ainda nessa intervenção foi comentado sobre a regularidade das consultas de pré-natal. Não há falta de crianças para fazer o CD. Isso me deixa muito feliz por poder contribuir de alguma forma com informações para essas mães. Foram muitas dificuldades enfrentadas, visto que não há espaço para promover uma reunião mais aconchegante com as mães.

Para melhorar a exposição dialogada e promover oficinas serão realizadas palestras semanalmente, antes da consulta, para abordar algum assunto relacionado ao desenvolvimento da criança, enfatizando sempre a importância do aleitamento materno e as possíveis alterações que podem acontecer na criança, assim como sobre a importância sobre suplementação de ferro e o acompanhamento adequado do CD. Para isto conto com ajuda dos ACS e da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica que sempre desenvolve atividades em grupo, estimulando as crianças no seu desenvolvimento.

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		
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 de hipertensos e diabéticos na comunidade de Planície das Mangueiras

Nesta microintervenção abordaremos as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na unidade de Planície das Mangueiras Natal/RN. Inicialmente reunimos toda equipe composta pelos ACS (agentes comunitários de saúde), técnicos de enfermagem. Na área não há enfermeiro, por esse motivo esteve ausente nesta microintervenção. Posteriormente foi apresentado questionário sobre situação de hipertensos e diabéticos de nossa área e foi bastante proveitosa a avaliação, pois a partir do reconhecimento dos problemas vivenciados na comunidade é possível agir com objetivo de melhorar a qualidade e sobrevida dos pacientes.

Quadro 1: Questionário sobre situação de hipertensos e diabéticos na unidade de Planície das Mangueiras Natal/RN.

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?	3-5 DIAS		3-5 DIAS	
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
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de		X		X

<p>personas com hipertens3o arterial sist4mica e/ou diabetes mellitus?</p>				
<p>A equipe realiza acompanhamento de usu3rios com diagn3stico de doen7a card3aca para pessoas diagnosticadas com hipertens3o arterial?</p>		X		X
<p>A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertens3o arterial sist4mica em fun73o da estratifica73o dos casos e de elementos considerados por ela na gest3o do cuidado?</p>		X		X
<p>A equipe possui registro dos usu3rios com hipertens3o arterial sist4mica com maior risco/gravidade?</p>		X		X
<p>A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usu3rios com hipertens3o arterial sist4mica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de aten73o?</p>	X		X	
<p>A equipe possui o registro dos usu3rios com hipertens3o e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de aten73o?</p>		X		X
<p>A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em fun73o da estratifica73o dos casos e de elementos considerados por ela na gest3o do cuidado?</p>		X		X
<p>A equipe realiza exame do p4 diab4tico periodicamente nos usu3rios?</p>		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 \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			

Grande parte dos usuários que frequentam a unidade são indivíduos com diagnóstico de doenças cardiovasculares que tem como principal causa a hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo ainda são uma das principais causas de mortalidade na população geral. Apesar de não ser conhecimento de toda população o diagnóstico dessa comorbidade cerca 50% dos indivíduos que desconhecem diagnóstico, além de poucos destes pacientes possuírem controle pressórico adequado de acordo com a nova diretriz de hipertensão 2018. Sabe-se que há uma prevalência acentuada de hipertensos, porém um descontrole muito grande dessa doença crônica não transmissível.

Alguns usuários desconhecem a doença e outros com diagnóstico não tem controle da mesma ou por não fazer adesão medicamentosa adequada, ou não fazer dieta e atividade física, além de em alguns casos o descontrole se dá pelo não ajuste de doses de medicação.

Assim como hipertensão há também o diabetes, doença de alta prevalência na população, principalmente do diabetes tipo 2, que tem como fator de risco a obesidade, sedentarismo.

O diabetes mellitus (DM) também está relacionado ao elevado risco de doenças cardiovasculares e também aos maiores índices de internamentos pelas complicações relacionadas a doença como: amputações, retinopatia e nefropatia diabética, além de doenças cerebrovasculares.

Observamos quando se fala em doenças cardiovasculares também não podemos deixar de falar em diabetes, visto que a maior parte da população que visita nossa unidade são portadores de hipertensão e diabetes. Esse levantamento para realização da microintervenção foi importante, visto que podemos ter maior visibilidade e controle dos usuários de nossa área com maior necessidade de intervenção imediata, prioritária em relação a outros com mesma comorbidade, porém controlada. Isto para que esses pacientes potencialmente graves tenham melhor acompanhamento, maior visibilidade e melhor assistência médica.

Após a aplicação do questionário utilizado para realização da microintervenção e o observado durante o interrogatório sobre mapeamento desses pacientes foi que não há registro definindo a estratificação da doença e nem a gravidade da doença. Há atendimento de hipertensos e diabéticos, realizados todas as quintas feiras, pela manhã e os indivíduos são direcionados ao preparo, onde são aferidas as pressões e os pacientes são direcionados para atendimento médico.

Da mesma forma os indivíduos que vivem com diabetes passam pelo mesmo procedimento até serem conduzidos para avaliação. Não havia até então uma relação de usuários com diagnóstico de HAS e DM potencialmente graves ou descontrolado e vimos que há uma necessidade de manter informação atualizada sobre esses indivíduos. Para esses usuários com diagnóstico de doenças crônicas normalmente as consultas são marcadas por demanda espontânea ou 3 a 5 dias se o usuário estiver assintomático. Temos um dia para que haja renovação das receitas, porém se houver necessidade extrema, esse usuário passa pela triagem, onde será encaminhado para avaliação para ajuste de medicação ou encaminhamento para urgência. De acordo com os agentes de saúde as fichas para controle dessas doenças já existiram, mas há algum tempo e não utilizam mais.

A equipe considerou importante o retorno desse formulário, visto que facilita melhor controle dos usuários além de fazer a estratificação de risco. Sabendo dessa deficiência criei uma tabela que será distribuída para os ACS com objetivo de facilitar a informação dos indivíduos de nossa área e fazer melhor monitoramento dos mesmos. Os exames desses

usuários são feitos periodicamente com algumas limitações durante as consultas médica. São solicitados exames como hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, ureia e creatinina, EAS, sódio, potássio, HbA1c, eletrocardiograma, além de fundoscopia para aqueles em estágios mais avançados de hipertensão ou hipertenso de longa data, além dos que possuem diagnóstico de DM. Algumas consultas são programadas para ajuste de dose de medicação, para trazer exames e orientações sobre dieta, atividade física e apoio nutricional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Na unidade não tem sido feito o exame do pé diabético pela ausência do monofilamento, já solicitado por mim, porém até o momento sem posição se chegará a unidade. Esse é um exame essencial para paciente diabético, visto que podemos detectar perda de sensibilidade e conseqüentemente risco de desenvolver ulceração nos pés.

Para todo indivíduo com diagnóstico de HAS e/ou DM é feito antropometria, verificando IMC e registrado em prontuário. Com isso podemos intervir sobre orientação das dietas, atividade física. Um ponto importante é que a equipe do NASF-AB é muito eficiente e sempre trabalho muito interligada com eles.

Quando identifico algum caso de obesidade minha conduta inicial é solicitar exames e encaminhar ao serviço de nutrição do NASF-AB, além inserir esse paciente aos grupos de atividade física que são realizados toda semana na unidade, visando encorajar esse paciente a realização da prática de atividade física. Esse grupo visa encorajar aos usuários na perda de peso e funciona 3 dias na semana.

Como resultado da microintervenção foi criada uma planilha para melhor controle dos usuários da área. Desta forma são identificados os indivíduos com diagnóstico de HAS ou DM que estejam controlados ou não, os que aderem a medicação e o tipo de medicação que fazem uso.

Controle de hipertensos e diabéticos UBS – Planície das Mangueiras										
DATA	PACIENTE	DN	CNS	MICROÁREA	DIAGNÓSTICO	MEDICAÇÕES EM USO	ATIVIDADE DE FÍSICA	DIETA	SITUAÇÃO ATUAL	CONDUTA
18/10/18	C.M.F	22/08/55	0000	87	HAS há 10 anos	-Losartana 50(1,0,1) - HCTZ 25 (1,0,0)	Sim 2 vezes na semana, 40 min	sim	Hipertensão controlada	Solicito exames laboratoriais
20/10/18	G.J.D	06/10/68	0000	85	HAS + DM há 18 anos	-Anlodipino 5 mg/dia Metformina 500 mg/dia	Não	Não faz dieta	DM e hipertensão sem controle	Ajusto dose de Metformina para 500 mg (1,1,1) -Introduzo Enalapril 10 mg(1,0,1)

Complicações presentes DM						
TEMPO DE DOENÇA	NEUROPATIA	NEFROPATIA	PÉ DIABÉTICO	RETINOPATIA	DOENÇAS CARDIOVASCULARES	DOENÇA CEREBROVASCULARES



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

RESUMO

Este trabalho consiste em relatos microintervenção realizadas na Unidade Básica de Saúde-UBS Planície das Mangueiras, localizada na zona norte de Natal- RN, no bairro de Nossa Senhora da apresentação. Foram feitas seis microintervenção, todas elas com auxílios dos ACS e também com colaboração da equipe do NASF. A unidade que atuo tem capacidade para que três equipes funcionem, porém há apenas uma médica atuante sem enfermeiro atendendo todas as equipes, incluindo alguns pacientes fora de área. Para execução das atividades contamos com reuniões para discutirmos os pontos mais relevantes para elaboração das atividades como construção de tabelas e organização de prontuário, estratificação de grupos vulnerável

RESULTADOS

Inicialmente absorver a ideia de estar sozinha como única médica e sem enfermeiro foi algo difícil, porém foi importante a experiência, visto que os profissionais que mais contribuíram para execução de cada atividade foram os ACS e equipe do NASF.

Foram vários pontos negativos para que o trabalho não fosse realizado como gostaríamos: A estrutura da unidade que funciona em contêineres é algo que contribui negativamente para execução das atividades, por falta de espaço físico para realização de trabalhos em grupo e acolhimento da população. A limitação física não impossibilita realização das atividades, porém dificulta realizá-las com perfeição.

A superlotação dos atendimentos em um posto que tem capacidade para três equipes é algo que há necessidade de resolução devido sobrecarga de trabalho, pois atendo as três equipes, além de pacientes fora de área como gestantes, crianças e hipertensos de difícil controle e tarefas extras como renovar receitas semanalmente de número limitado de pacientes de outras áreas. A primeira consulta das gestantes que deveria ser feito por enfermeiro, porém na maior parte das vezes feito por mim, assim como os retornos que todos acabam passando todas as consultas de pré-natal apenas com o médico, visto que não tenho para quem encaminhar essas pacientes.

Pontos positivos: A relação com equipe que algo fundamental para que tudo desse certo. Os ACS são bastante atuantes e preocupados com pacientes de suas respectivas áreas. Observam

cada paciente e suas respectivas queixas que passam a ser discutidas comigo para que se tome uma conduta. A partir desse acolhimento feito pelos agentes levamos discussão dos casos mais difíceis com a equipe do NASF e então funciona a interdisciplinaridade da equipe. Em todas as atividades não deixo de mencionar o NASF, principalmente psicologia, nutrição e educador físico que são muito atuantes na unidade que atuo, visto que tem sido muito importante neste momento difícil na UBS de planície das Mangueiras com equipe incompleta.

O que pode melhorar sem dúvidas é a estrutura que é algo que não favorece execução melhor do trabalho, nem tampouco proporciona execução algumas atividades em grupo por falta de espaço suficiente. Também importante enfatizar que aumentar o número de médicos para atender a demanda da população é importante, pois o médico que está sozinho está com carga grande de preocupação com os pacientes, mais susceptível a adoecer por conta do estresse como também para os pacientes é desgastante espera de atendimento em longas filas para marcação de consulta.

Completar a equipe com enfermeiro é de grande importância, visto que ajuda na estratificação de risco e no acolhimento, que no momento feito pelo ACS que não são capacitados para isso e nem é obrigação dos mesmos realizar tarefas que cabem ao enfermeiro.

A ausência de prontuário eletrônico é questão de ser discutida, visto que muita informação sobre pacientes no prontuário tradicional tem sido perdida e isso dificulta o conhecimento sobre caso do paciente e condutas anteriores tomadas por outros profissionais.

Enfim, esses problemas estruturais não podemos resolver de forma imediata e cabe aos órgãos competentes se atentarem para situação de Planície das Mangueiras. Enfatizo a grande importância dos meus agentes comunitários pela busca de dados e cuidados com os pacientes e da equipe do NASF pelo apoio de sempre. Sem dúvidas são de grande importância para o bairro de Nossa Senhora da Apresentação.

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Microintervenção I- Promoção da saúde sexual e prevenção de doenças em jovens da comunidade de Planície das Mangueiras-Natal/RN	<p>-Formação de grupos para discussão sobre IST(Infecção sexualmente transmissível).</p> <p>-Discussão dialogada sobre forma de contrair doenças relacionadas as sexo</p> <p>-Uso de métodos contraceptivos e incentivo ao uso de camisinha</p> <p>-Conversa dialogada sobre gravidez na adolescência</p> <p>-Exposição de casos clínico para exemplificar cotidiano e realidade das doenças sexualmente transmissível que assolam os jovens que não fazem uso de camisinha</p>	<p>Boa participação de jovens e adultos jovens nos grupos, assim como maior participação e esclarecimento de dúvidas</p> <p>-Esclarecimento de público alvo sobre doenças transmissíveis</p> <p>-Aderência maior ao uso de camisinha</p>	<p>Realização de mais grupos sobre orientação sexual</p> <p>Incentivo ao uso de contraceptivo</p> <p>Incentivo ao uso de método de barreira (camisinha)</p> <p>Conscientização sobre prevenir IST e gravidez na adolescência</p>

<p>Microintervenção II- Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada Unidade de Planície das Mangueiras, bairro de Nossa Senhora da Apresentação</p>	<p>-Atendimento demanda espontânea -Classificação de risco -Identificação de pacientes potencialmente graves</p>	<p>-Melhor organização e rápido atendimento aos pacientes potencialmente mais graves -Redução de tempo de espera dos pacientes mais necessitados -Maior resolutividade dos casos</p>	<p>-Classificação de risco por enfermeiro da área -Atendimento por demanda espontânea e agendado. -Orientação aos ACS para identificação de casos potencialmente graves para resolução mais rápida -Elaboração de fichas para identificar pacientes que necessitam de mais cuidados na área.</p>
<p>Microintervençã III Acompanhamento pré natal de gestantes fora de área</p>	<p>-Atendimento de gestantes fora de área -Maior aderência ao pré natal -Identificação de gestante de alto risco sem acompanhamento médico -Realização de exames de rotina + exame físico com identificação de sífilis , HIV, hepatite</p>	<p>-Maior identificação de casos de sífilis -Realização de exames de rotina e acompanhamento médico periódico Tratamento medicamentoso para algumas doenças identificadas na gestação como HAS+ sífilis +</p>	<p>-Aumento do número de médicos para maior atendimento da população fora de área (maior parte das gestantes) -Elaboração de ficha para identificação dos casos que precisam de mais atenção -Atendimento de gestantes fora de área, porém quantidade limitada pelo déficit de médico e enfermeiro na área -Formação de grupos de gestantes para orientação sobre mudanças do organismo</p>

	-Objetivo de diminuição de aborto e parto prematuro.	infecção do trato urinário - Identificação de gestante com toxoplasmose, sendo possível iniciar tratamento da mesma	materno, sobre cuidados na gestação e no puerpério.
Microintervenção IV Saúde mental nos indivíduos da Unidade de Planície das Mangueiras	-Grande parte da população fazem uso de medicações de controle especial há muitos anos sem consultas com especialista; - Não há registro de paciente em sofrimento psíquico nem pacientes usuário de drogas Déficit de informações no prontuário	-Prontuário com informações incompletas e desatualizadas sobre usuários -Medicações que paciente faz uso que não estão registradas em s prontuários -Identificação de casos de sofrimento psíquicos de maior gravidade sem assistência médica adequada	-Atualização de prontuário -Elaboração de ficha com identificação dos casos mais graves que necessitam de mais atenção. -Registro dos usuários de drogas e psicotrópicos -Formação de grupos sobre saúde mental para proporcionar mais apoio aos pacientes em sofrimento psíquico.
Microintervenções V Atenção individual às crianças menores de seis meses e promoção ao	Identificação de condições que podem repercutir na vida da criança além do desenvolvimento	- foi observado que as genitoras estão amamentando por mais tempo	Estimular a formação de grupos com exposição dialogada sobre crescimento e desenvolvimento saudável nas crianças

<p>estímulo do aleitamento materno exclusivo</p>	<p>crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor. Prevenção de anemia -Incentivo ao aleitamento materno exclusivo -Exposição dialogada sobre a importância do aleitamento materno durante os 6 primeiros meses de vida da criança e mostrar a importância sobre a prevenção de doenças futuras -Cuidados com a criança e atualização do cartão vacinal.</p>	<p>seus filhos e introduzindo cada vez menos farináceo antes dos 6 meses de vida. - Mães estão mais atentas para atualização do cartão vacinal -Através do acompanhamento CD é possível identificarmos alterações no desenvolvimento e então acompanhar para especialista</p>	<p>-Incentivo para atualização do cartão vacinal -Incentivo ao aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses de vida -Orientação sobre as consultas de CD -Lista de alimentos para introdução após 6 meses</p>
<p>Microintervenção VI Controle de hipertensos e diabéticos na comunidade de Planície das Mangueiras</p>	<p>Pacientes diabéticos e hipertensos com maior risco de doenças cardiovasculares com necessidade de acompanhamento daqueles com pior controle de sua doença. Proporcionar</p>	<p>-Identificação de pacientes portadores de diabetes e HAS mais graves com necessidade de acompanhamento mais de perto da doença</p>	<p>Incentivo a formação de grupos de hipertensos e diabéticos. -Incentivo a mudança dos hábitos de vida como cessação de tabagismo, alcoolismo e incentivo a atividade física, e acompanhamento nutricionista do NASF</p>

	controle mais rigoroso considerando as condições do paciente e avaliação periódica para acompanhamento mais de perto dos mesmos. Proporcionar exames como exame de fundo de olhos controle da glicemia a partir de exames de hemoglobina glicosilada, exame do pé diabético, controle do perfil lipídico e estratificação de risco dos mesmos	- Maior aderência ao uso de medicações e controle da alimentação - Aumento da atividade física - Identificação de nefropatia diabética e retinopatia com encaminhamento para especialista.	-Elaboração de ficha para identificação dos casos com maior risco de doenças cardiovasculares -Exame do pé diabético -Exame fundo de olho, função renal, identificação de neuropatia e retinopatia diabética.
--	---	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto essas atividades realizadas foram importantes, visto que pode-se observar o quanto há déficit estrutural, o que dificulta execução de mais atividades em grupos como também observamos que as informações contidas nos prontuários não são suficientes para estabelecer a prioridade nem a necessidade do paciente, sendo portanto necessário a realização de fichas destinadas a cada grupo como: hipertensos, diabéticos, usuários de drogas, psicotrópicos, gestantes para manter mais atualizado sobre condições de saúde e nível de prioridade de acompanhamento médico desses pacientes. Mais exposições dialogadas precisam ser realizadas com mais frequência, pois pacientes se mantêm informados sobre sua saúde. Formação de grupos com equipe interdisciplinar do NASF, pois contribui significativamente para melhora clínica dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Nota Informativa sobre mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/28/Nota-Informativa-384-Calendario-Nacional-de-Vacinacao-2017.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2017.
 2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
 3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
 5. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272p. (Cadernos de Atenção Básica – 33). BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10
 7. ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 8, n. 6, p. 64-74, 2013.
 8. . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
 9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37).
 10. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35).
 11. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
-

APÊNDICES



ANEXOS



