



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

**RELATOS DE INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
REALIZADAS NA UBS PEDRO FÉLIX DOS SANTOS, EM LAGARTO(SE)**

NAYARA KETLEN FREITAS DOS SANTOS

NATAL/RN
2018

**RELATOS DE INTERVENÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE REALIZADAS
NA UBS PEDRO FÉLIX DOS SANTOS, EM LAGARTO(SE)**

NAYARA KETLEN FREITAS DOS SANTOS

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

Orientador: Ricardo Henrique Vieira de Melo

Dedico a minha família, aos membros da Unidade de Saúde, a UFRN e ao PEPSUS

Agradeço a minha família, aos membros da Unidade de Saúde, a UFRN, e a PEPSUS

RESUMO

Introdução: Este trabalho é composto de uma coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de micro intervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Pedro Felix dos Santos, no Município de Lagarto, no Estado de Sergipe. **Objetivo:** Relatar o planejamento e a execução das micro intervenções propostas nos módulos do curso de especialização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). **Metodologia:** Foram feitas reuniões sistemáticas para autoavaliação de processos de trabalho, leitura e discussão de protocolos assistenciais, bem como rodas de conversas reflexivas para problematização e busca de soluções e planejamento coletivo de intervenções. **Resultados:** Foram abordados seis temas, iniciando por reconhecimento da unidade e as doenças crônicas como o Diabetes com enfoque no pé diabético, o acolhimento norteando as práticas da equipe, planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, linha de cuidado em saúde mental, linha de cuidado da saúde da criança, e linha de cuidado em doenças crônicas não transmissíveis. **Considerações finais:** Estes temas foram abordados visto a realidade da equipe, o que resultou no final em um atendimento muito mais humanizado e de qualidade para a população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	08
CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde.....	10
CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....	15
CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.....	18
CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	21
CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.....	23
CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.....	26
CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES.....	34

APRESENTAÇÃO

[As microintervenções aqui apresentadas tem objetivo de promover um treinamento a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Pedro Felix dos Santos. A ESF Pururuca localizada no Município de Lagarto Sergipe, com cerca de 3656 pacientes cadastrados, cerca de 614 famílias, uma área descoberta com pacientes a serem cadastrados. Trata-se de uma população basicamente de classe baixa, que precisa constantemente de apoio na Unidade de Saúde.

Como recursos humanos na Unidade de saúde 01 enfermeira, 03 Técnicas de Enfermagem, e 02 funcionários administrativos. Nesta ESF foi realizado seis microintervenções entre fevereiro de 2018 a novembro de 2018.

A primeira microintervenção abordou sobre o reconhecimento e avaliação da Unidade de Saúde, com enfoque também em pacientes com glicemia descompensada (descontrolada) com possível complicação futura de pé diabético, de modo que o objetivo/meta é desenvolver um programa de prevenção de pé diabético em pacientes diabéticos da UBS Pedro Felix dos Santos.

A segunda microintervenção tratou sobre as práticas de acolhimento que atualmente estão sendo desenvolvidas na UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, município de Lagarto Sergipe. Para tal foi realizado uma reunião na segunda semana de Maio, durante a segunda semana do mês na sexta feira dia 11 onde foi realizado uma reflexão de quais fatores poderiam ser melhorados quanto ao acolhimento tanto a demanda espontânea quanto a demanda programada.

A terceira microintervenção tratou sobre o planejamento reprodutivo, quais ações são efetuadas na Unidade de Saúde, e também sobre como é feito, o Pré-natal e Puerpério na Unidade de Saúde.

A quarta microintervenção tratou sobre a Linha de Cuidado de Saúde Mental na Unidade de saúde, de modo que são realizadas intervenções com a equipe de saúde promovendo a avaliação do AMAQ, verificando se os requisitos estão sendo cumpridos e, posteriormente, criado uma ficha espelho para acompanhamento destes pacientes e por fim acompanhado um paciente em especial com objetivo de concretizar esta linha de cuidado, para servir de modelo para os demais pacientes.

A quinta microintervenção aborda sobre atenção a saúde da criança na Atenção Primária. Trata-se de um dos pilares que se constrói a Estratégia de Saúde da Família, preconizando pela prevenção em um primeiro momento e no acompanhamento ao desenvolvimento da criança nas demais ações.

A sexta microintervenção abordou sobre as doenças crônicas junto a equipe, principalmente HAS Hipertensão Arterial Sistêmica e DM Diabetes Melitus; e no segundo momento, objetivamos abordar quais práticas poderiam ser executadas para melhorar a atenção a estes pacientes, principalmente aqueles com maior escore na escala na estratificação de risco.]

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

A primeira microintervenção deu-se na UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, município de Lagarto Sergipe. Para arrumar espaço para esta reunião, houve resistência da secretaria de saúde municipal que alegava que o trabalho não deveria parar, para se fazer reunião, todavia encontramos na sexta feira dia 11 de maio um espaço entre as 16 horas até as 18 para execução do AMAQ. Inicialmente os participantes ficaram um pouco confusos, não entendendo sobre o que se tratava. Mas ao iniciar a reunião, cumprimentando e agradecendo a todos pela participação trouxe os conceitos sobre o AMAQ.

Foi falado que se trata de um instrumento que tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (AMAQ, 2018).

Também foi falado que o instrumento é orientado a processos. De modo que estes processos autoavaliativos na atenção básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura interna de qualidade na atenção básica. Além do monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais (AMAQ, 2018). Um importante ponto tratado com a equipe foi o fato de entre uma autoavaliação e outra haver o intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, como o que estamos tentando implementar na UBS, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços.

O AMAQ é um instrumento que acredita que através da reflexão dos sujeitos e grupos implicados é possível fomentar a autoanálise, a autogestão, a identificação dos problemas, bem como a formulação das estratégias de intervenção para melhoria dos serviços e das relações, atuando como um dispositivo indutor da reorganização do trabalho das equipes de Atenção Básica e da gestão municipal de saúde (AMAQ, 2018). O sistema foi criado para facilitar a utilização do instrumento AMAQ/AB, tendo como objetivos principais (AMAQ, 2018):

- Auxiliar no registro dos resultados da autoavaliação realizada com auxílio do AMAQ/AB;

- Disponibilizar relatórios do autoavaliação considerando a classificação nas Dimensões e Subdimensões a partir das respostas inseridas no sistema;

- Facilitar o monitoramento das auto avaliações por meio do registro no sistema.

Após esta primeira apresentação iniciou-se a fase de conceituação das subdimensões dando notas de 0 a 10. Muitas subdimensões ficaram com conceitos bastante baixos, todavia chegou-se a um consenso junto a equipe que o indicador mais necessário neste momento para a UBS seria a Educação Permanente visto que há tempos que a Secretaria não promove nenhum curso ou qualquer tipo de capacitação. Após estas avaliações, discussões com a equipe e pontuação nas folhas de respostas, pode-se perceber que a equipe esteve empenhada em promover cursos de educação permanente, e participar dos mesmos. Houve a sugestão de promoção de capacitação em Diabetes, com enfoque no Pé diabético, aprovado por todos.

O pé diabético pode ser definido como situação de infecção, ulceração ou também destruição dos tecidos profundos dos pés, associada a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica, nos membros inferiores de pacientes com diabetes mellitus. Mencione-se também que as úlceras nos pés e amputação tratam-se de complicações frequentes para pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM). Outra característica do pé diabético é que a mortalidade relacionada à amputação imediata é estimada em 19% e a sobrevivência de 65% em três anos e 41% em cinco anos. Nessa perspectiva, em termos globais, a complicação do diabetes conhecida como "Pé Diabético" ocupa as primeiras posições entre os principais problemas de saúde, afligindo vários países do mundo e causando grande impacto sócio econômico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Quanto a dados epidemiológicos sobre o pé diabético os mesmos são variados e percebe-se neste sentido como existe diversidade regional quanto aos desfechos da complicação: no caso de países desenvolvidos, a Doença Arterial Periférica é o fator complicador mais comum, enquanto nos países em desenvolvimento, no caso do Brasil, a infecção é, ainda, uma complicação comum das úlceras dos pés em pacientes diabéticos, também chamadas de UPD, resultando frequentemente em amputações. Existe também frequência e gravidade quanto a questões socioeconômicas, tipo de calçados usados e

cuidados dos pacientes, que infelizmente, não são padronizados em escala nacional nesses países subdesenvolvidos (BAKKER et al., 2015; UNWIN, 2008).

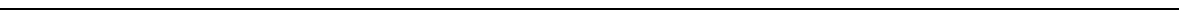
Quanto à incidência anual de úlceras em pacientes com diabetes mellitus (DM) situa-se entre 2 a 4% e a prevalência, de 4 a 10%; acredita-se que estes índices sejam mais altas em países com baixa situação socioeconômica, o caso do Brasil (BOULTON et al., 2005). Percebe-se também que a incidência cumulativa ao longo da vida de UPD gira em torno de 25%, e tais lesões frequentemente precedem 85% das amputações. (SINGH et al., 2005; PECORARO et al., 1990). Em torno de 66% das UPD cicatrizarão (JEFFCOATE WJ, CHIPCHASE SY, INCE P et al., 2006; PROMPERS L, SCHAPER N, APELQVIST J et al., 2008) e até 28% resultarão em algum tipo de amputação (ARMSTRONG et al., 1998).

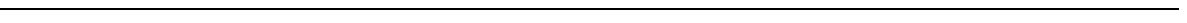
Por ano, mais de um milhão de pessoas com DM perde uma parte da perna em todo o globo, traduzindo-se em números espantosos que podem chegar a três amputações por minuto (BOULTON et al, 2005). Assim sendo, pode-se concluir parcialmente que o pé diabético é considerado como causa mais comum de internações prolongadas, o que compreende um quarto das admissões hospitalares nos Estados Unidos e implica custos elevados, chegando a uma média de 28 mil dólares por admissão por ulceração, enquanto na Suécia 18 mil dólares (sem amputação) e 34 mil dólares (com amputação), mostrando assim que é algo importante a ser combatido, conforme a proposta do PI aqui apresentado (RAGNARSON; APELQVIST, 2004; REIBER; LEMASTER, 2006).

Todavia entre as maiores dificuldades elenca-se a falta de tempo na UBS como também falta de apoio da secretaria que não tem intenção em liberar o tempo para capacitação e educação permanente dos recursos humanos com objetivo em melhorar o atendimento.

Acredita-se que a microintervenção tem impactos positivos sob a perspectiva de que os recursos humanos ficaram empenhados e entusiasmados em participar da educação permanente, e quanto aos pacientes diabéticos com certeza após esta intervenção os pacientes serão melhor atendidos e esclarecidos. Também haverá um grande impacto em capacitar a equipe, ganhos advindos tanto para a equipe quanto para os pacientes que são atendidos pela Unidade de Saúde. Os recursos humanos podem refletir esta capacitação com a gestão e o trato dos pacientes diabéticos que possivelmente possam apresentar posteriormente o pé diabético.

.





CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

A segunda microintervenção deu-se na UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, município de Lagarto Sergipe, com cerca de 3656 pacientes cadastrados, cerca de 614 famílias, todavia existe ainda uma área descoberta com pacientes a serem cadastrados.

Trata-se de uma população basicamente de classe baixa, que precisa constantemente de apoio na Unidade de Saúde. Possuímos como recursos humanos na Unidade de saúde 01 enfermeira, 03 Técnicas de Enfermagem, e 02 funcionários administrativos.

A unidade também apresenta apoio do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, e CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

A intervenção objetivou desenvolver uma reflexão sobre as práticas de acolhimento que atualmente estão sendo desenvolvidas na UBS. Para tal fizemos uma reunião na segunda semana de maio, durante a segunda semana do mês na sexta feira dia 11. Inicialmente fizemos um momento de apresentação sobre a microintervenção como também fizemos breves considerações sobre o que seria o acolhimento.

Foi passado para a equipe que o acolhimento é o fato de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde, para a comunidade. De modo que a comunidade, os usuários possam sentir segurança na Unidade de Saúde, que estes entendam que a Unidade de Saúde é um aliado a saúde dos mesmos.

Outra importante característica abordada acerca do acolhimento diz respeito ao fato do acolhimento aceitar, admitir, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir aos pacientes, aos usuários (FERREIRA, 1975).

De modo que o acolhimento se coloca como um ato, um efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

O primeiro contato, diz respeito a primeira impressão, o primeiro encontro que o usuário tem na Unidade de Saúde. Implica estar em relação com algo ou alguém, “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS, que se fundamente em ética, estética, política, que segundo Brasil (2010, p. 6):

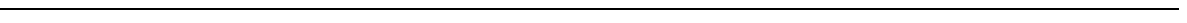
- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;

- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;

- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Brasil (2010) ensina que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

Portanto o acolhimento é diferente da triagem, visto que não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

O foco desta intervenção é refletir sobre o planejamento reprodutivo, quais ações são efetuadas na Unidade de Saúde, e também sobre como é feito, o Pré-natal e Puerpério na Unidade de Saúde.

Deste modo cumpre iniciar abordando o fato de que a UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, município de Lagarto Sergipe, se preocupa com a educação sexual e com a vida sexual reprodutiva da comunidade.

Para tal, promovemos ações educativas, tanto para homens como para mulheres, sobre a decisão de ter filhos ou não. Os pacientes que chegam até a unidade são convidados a analisar sua situação financeira, social, familiar para nortear a decisão de ter filhos ou não.

Para aqueles que iniciaram a vida sexual recentemente e fazem a primeira consulta na Unidade de Saúde são orientados quanto a importância de prevenir-se contra a Gravidez não Planejada e as ISTs (BRASIL, 2013; BRASIL, 2010).

Constantemente são realizadas campanhas de distribuição de preservativos, principalmente em épocas de festas, como Carnaval, São João, festas de Final de Ano. Regularmente está a disposição na Unidade de Saúde preservativos, e pílulas anticoncepcionais para todos da comunidade (BRASIL, 2010).

Outro ponto importante a ser abordado é a diversidade sexual, de modo que os colaboradores são orientados a tratarem homossexuais e afins da melhor forma possível (BRASIL, 2013), colocando a Unidade de Saúde como um aliado a prevenção de ISTs, e sempre de portas abertas para atendê-los.

No caso de confirmação de caso de HIV, todos os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) são seguidos, como notificação da Secretaria Municipal de Saúde, e encaminhamento do paciente ao setor especializado.

As DSTs diagnosticadas são tratadas adequadamente (BRASIL, 2013). Como medida preventiva é incluída a comunidade com objetivo de prevenir públicos específicos como Jovens, gestantes e Jovens, com campanhas realizadas em Igrejas, Escolas, Associações.

No contexto do Pré-natal algumas medidas são realizadas na a UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, município de Lagarto Sergipe. Primeiramente, é realizado pelos Agentes Comunitários de saúde a busca ativa das gestantes da Unidade, inclusive

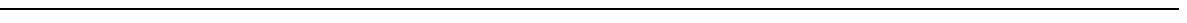
adolescentes. Também são realizadas sempre verificações se na comunidade existem demais gestantes que estejam fazendo acompanhamento na rede privada, o que quase nunca acontece.

É realizado o levantamento periódico das gestantes do bairro (BRASIL, 2013). Aquelas que fazem acompanhamento na Unidade de Saúde é preenchido a Caderneta da gestante de forma rigorosa, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Nas consultas do pré-natal são exigidos todos os exames que dispõe o Ministério da Saúde, inclusive os complementares, como também são feitas as avaliações iniciais.

As orientações quanto a tabagismo, alcoolismo, dieta, drogas também são efetuadas no pré-natal, inclusive é abordado com as pacientes a necessidade de acompanhamento após o parto, principalmente sobre a questão da amamentação.

No caso de diagnóstico de ISTs as mesmas são devidamente tratadas (BRASIL, 2010).



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

O objetivo desta intervenção foi refletir sobre a Linha de Cuidado de Saúde Mental na Unidade de saúde, de modo que são realizadas intervenções com a equipe de saúde promovendo a avaliação do AMAQ, verificando se os requisitos estão sendo cumpridos e, posteriormente, criado uma ficha espelho para acompanhamento destes pacientes e por fim acompanhado um paciente em especial com objetivo de concretizar esta linha de cuidado, para servir de modelo para os demais pacientes.

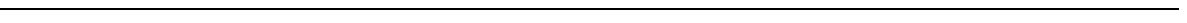
Ao proceder junto a avaliação do AMAQ foi possível perceber que atualmente a Equipe da UBS Pedro Félix Santos não possui um registro específico dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral. Faz de forma genérica, da mesma forma que os demais pacientes. Também não possui um registro específico do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, ou até de usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Após a apresentação desta ficha, a equipe de saúde como também da correta forma para seu preenchimento seleciona-se um paciente para criar a linha de cuidado.

Seleciona-se paciente do sexo feminino de 29 anos. Paciente do sexo feminino, com distúrbios mentais e acompanhamento a anos na Unidade de Saúde, esquizofrenia, faz uso de benzodiazepínicos, ansiolíticos.

A paciente foi acompanhada em dois encontros. Criou-se a linha de cuidado da seguinte forma: 1º Avaliação inicial feita pela enfermeira, com análises gerais e primeiros questionamentos. 2º Avaliação médica com pelo menos 15 a 45 minutos para se entender o caso. 3º Deixar que o paciente conte seus problemas, abstrações, emoções, etc. 4º Diagnosticar, comprovar e passar a medicação, ou suspender no caso de melhora.

Não foi possível obter melhora visto que casos de Saúde Mental exigem tempo para haver evolução. Como sugestão e recomendação para a equipe fica a necessidade de cumprimento dos requisitos solicitados para que tenhamos dados realistas sobre a saúde mental dos pacientes da UBS.



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

Ao desenvolver o módulo da microintervenção percebeu-se que a saúde da criança na Atenção Primária a Saúde trata-se de um dos pilares que se constrói a Estratégia de Saúde da Família, preconizando pela prevenção em um primeiro momento e no acompanhamento ao desenvolvimento da criança nas demais ações.

Esta microintervenção está fundamentada nos parâmetros que regem o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Para melhor desenvolvimento da mesma dividiu-se em dois momentos distintos. No primeiro fez-se a avaliação da situação e, posteriormente, no segundo momento, definiram-se medidas para melhorar o acolhimento para atenção à saúde da criança na UBS.

Inicialmente é oportuno mencionar que a Equipe de Saúde cumpre com praticamente todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, realizando consulta de puericultura nas crianças com idade inferior a 02 anos. Também utilizando os protocolos do Ministério da Saúde voltado a esta faixa etária.

Outra característica da UBS é a manutenção de um cadastro atualizado na Unidade de Saúde sobre as crianças até dois anos que estão no território de abrangência da Unidade de Saúde. A UBS tem como um dos requisitos na atenção a saúde é o preenchimento da “Caderneta de Saúde da Criança” para um completo acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Uma fragilidade verificada é o não acompanhamento (espelho) das cadernetas da criança, um ponto a ser melhorado pela equipe. Quanto às questões de vacinação das crianças praticamente 100% das crianças acompanhadas estão com vacinação em dias, também quase que 100% possuem acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (na ficha da criança). A equipe de saúde acompanha o estado nutricional das crianças, como também realiza o teste do pezinho (ao nascer). Atualmente não existem registros de violência familiar (os que ocorrem são encaminhados a CRAS, Conselho Tutelar e em casos mais graves a Polícia Militar).

Em virtude de a comunidade ser bastante integrada aos Agentes Comunitários de Saúde não existe busca ativa de crianças prematuras, com baixo peso ou de consulta de puericultura atrasada ou calendário vacinal atrasado, de modo que os ACS possuem um controle, um conhecimento das famílias do território que atuam.

Outra característica é o fato de existir na Unidade de Saúde campanhas de incentivo ao aleitamento materno como também de incentivo a alimentação saudável as crianças.

Depois da avaliação inicial, foi estipulada outra data onde realizaríamos uma reunião com base nesse diagnóstico, para melhorarmos a atenção a criança na Unidade de Saúde. Neste encontro, ficou combinado que começaríamos a preencher uma planilha com todas as informações pertinentes (que estão disponíveis na caderneta quanto ao desenvolvimento) para controle rigoroso da Saúde da Criança.

Quanto a dificuldades encontradas nesta intervenção, elas estão ligadas principalmente a problemas sociais, estruturais e familiares, que infelizmente atingem estas crianças. No que diz respeito às potencialidades, pode-se destacar a união da equipe de saúde e a vontade de prestar um atendimento cada vez melhor a estas crianças que utilizam a Unidade Básica de Saúde na UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca.



CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção

Primária à Saúde

Na realidade, não existe até o momento uma relação específica dos pacientes de maior gravidade (mas a equipe tem conhecimento) e os ACS fazem visitas domiciliares constantemente.

Existe, pela equipe de saúde da UBS, a coordenação e o referenciamento dos pacientes que precisam de atendimento em outros pontos mais especializados, todavia não existe um controle específico dos usuários com hipertensão ou diabetes que necessitam ser encaminhados para outros centros.

No caso dos pacientes com Diabetes e Hipertensão com risco altíssimo sempre é marcado consultas para acompanhamento pelo menos a cada 30 dias. É realizada nos pacientes diabéticos a verificação do exame de pé diabético, todavia não é realizado o exame de fundo de olho, pois estes casos são referenciados para centros maiores onde haja oftalmologista.

No que diz respeito ao paciente vítima de obesidade, sempre são verificados peso e altura e se for identificado que o usuário está com IMC acima do normal ou abaixo, ele é encaminhado para consulta. Também são realizadas ações voltadas a promoção de atividade física, alimentação saudável. Em casos de necessidade de apoio matricial é acionado o NASF, em outros casos o CRAS, ou até mesmo o CAPS.

Enfim, após estas verificações selecionamos um dia específico para verificarmos quais seriam as medidas que seriam implantadas no intuito de melhorar a atenção a doenças crônicas, dentre elas selecionou-se a necessidade de implantação de uma planilha específica de acompanhamento de pacientes com doenças crônicas com estratificação de risco.

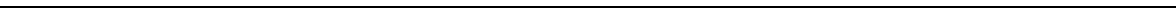
No que diz respeito a potencialidade da microintervenção elenca-se a disposição da equipe em desenvolver o trabalho junto a estes pacientes. E, em relação às dificuldades, a adesão por parte A sexta microintervenção aconteceu na UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, município de Lagarto, Sergipe, com cerca de 3656 pacientes cadastrados e de 614 famílias. Trata-se de uma população basicamente de classe baixa, que precisa constantemente de apoio na Unidade de Saúde, principalmente no que diz respeito a doenças crônicas não transmissíveis, objeto de estudo desta intervenção.

Preconizou-se por proceder em dois momentos, sendo que, no primeiro, houve um maior enfoque nas práticas com relação a doenças crônicas junto a equipe, principalmente HAS Hipertensão Arterial Sistêmica e DM Diabetes Mellitus; e no segundo momento, objetivamos abordar quais práticas poderiam ser executadas para melhorar a atenção a estes pacientes, principalmente aqueles com maior escore na escala na estratificação de risco.

Iniciando a avaliação da equipe é importante mencionar que todas as perguntas estarão ligadas tanto ao Diabetes Mellitus quanto a Hipertensão Arterial. Assim sendo, a equipe de saúde da UBS realiza consulta regularmente tanto para pessoas com hipertensão ou diabetes mellitus, com um tempo de espera de um a dois dias, para a primeira consulta. São utilizados, como padrão de atendimento, os Protocolos do Ministério da Saúde para estratificação de risco dos hipertensos e diabéticos.

Outra característica do trabalho da equipe de saúde é a avaliação das co-morbidades ou fatores de risco cardiovasculares nos usuários hipertensos pela equipe de saúde. De modo que existe na Unidade de Saúde um cadastro dos pacientes diabéticos de maior gravidade, através de planilha, como também dos pacientes hipertensos de maior gravidade, principalmente aqueles que possuem mais de três fatores de risco associados.

Outra ação importante realizada pela equipe de saúde é o acompanhamento dos usuários com diagnóstico de doença cardíaca e que também são diagnosticadas com Hipertensão Arterial, como também são programadas consultas e acompanhamentos dos pacientes de maior risco.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde	A ESF Pururuca, possui 3656 usuários cadastrados, cerca de 614 famílias, todavia existe ainda uma área descoberta. Apresenta alguns problemas estruturais e de equipamentos que foram identificados e que precisam de melhoria.	Identificação dos problemas estruturais.	Cobrar constantemente melhoria para a Unidade de Saúde.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	O acolhimento foi adequado à agenda, levando em conta a prioridade do problema.	Melhoria do processo de acolhimento.	Solicitar a Secretaria de Saúde mais Recursos Humanos para ajuda no atendimento à população.
Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	A equipe de saúde foi bem treinada com relação ao planejamento reprodutivo, o pré-natal e o puerpério.	Capacitação da equipe.	Fazer reciclagem pelo menos a cada seis meses.

<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>É importante manter o CAPS e o NASF integrados no cuidado aos pacientes de saúde mental, visto que grande parte dos mesmos não apresenta melhora. A equipe foi treinada ao acolhimento e manejo humanizado aos mesmos.</p>	<p>Capacitação da equipe no acolhimento e manejo dos casos de usuários com sofrimento e/ou transtorno mental.</p>	<p>Manter um nível elevado de atendimento a estes pacientes.</p>
<p>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.</p>	<p>A saúde da criança é considerada prioridade da UBS e a equipe de saúde foi treinada nesse sentido. Como existem muitos pacientes atendidos o conhecimento é reciclado constantemente.</p>	<p>Capacitação da equipe.</p>	<p>Fazer reciclagem pelo menos a cada seis meses.</p>
<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>O DM e a HAS são muito prevalentes na região. Muitos pacientes são acompanhados.</p>	<p>Melhoria do acompanhamento dos usuários com DCNT.</p>	<p>Manter grupos de apoio constantemente.</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de todas estas intervenções percebeu-se que houve significativa melhora no atendimento pela Equipe de Saúde.

As intervenções foram realizadas segundo era desenvolvido os Módulos da Pós-Graduação do PEPSUS/UFRN. Nesse sentido pode-se destacar que, após todas estas intervenções realizadas pode-se obter algumas conclusões. Primeiramente o trabalho do Médico da Família muitas vezes é limitado pela falta de estrutura da saúde pública, que vai desde a falta de especialistas, até a demora na devolutiva de exames laboratoriais.

Outro fato é que muitos pacientes têm desenvolvido doenças crônicas não transmissíveis, principalmente o DM e a HAS em virtude do estilo de vida e falta de orientações, ao sedentarismo, consumo de álcool, tabaco e alimentação rica em gorduras e sódio.

A saúde mental da população pesquisada também foi outro fator preocupante, visto que existem muitos pacientes que fazem uso de drogas benzodiazepínicas e ansiolíticos de forma frequente, e estas drogas quando abusadas trazem consequências terríveis.

saúde da criança e o planejamento reprodutivo é algo que surpreendeu e vem sendo bem realizado na Unidade de Saúde, de modo que as mães vêm sendo bem orientadas no pré-natal, sobre o puerpério, sobre os cuidados com os recém-nascidos, amamentação, etc.

Assim sendo pode-se afirmar que a saúde da família é um conjunto de ações que precisam ser realizadas, portanto somente curar as doenças não é suficiente é preciso investir em prevenção, pois somente assim alcançaremos o ideal de saúde desejado a população e isto vem sendo feito na ESF Pururuca.

REFERÊNCIAS

- [ARMSTRONG DG, LAVERY LA, HARKLESS LB. Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. **Diabetes Care**. 1998; v.21, n.5, p.855-9.
- BAKKER K, APELQVIST J, LIPSKY BA et al. **The 2015 guidance on prevention and management of foot problems in diabetes**: development of an evidence-based global consensus. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Disponível em:<<http://www.iwgdf.org>>. Acesso em: set. 2018.
- BOULTON AJM, VILEIKYTE L, RAGNARSON-TENNVALL G et al. The global burden of diabetic foot disease. **Lancet**. 2005; n.366, p.1719-24.
- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
- BRASIL. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.
- JEFFCOATE WJ, CHIPCHASE SY, INCE P et al. Assessing the outcome of the management of diabetic foot ulcers using ulcer-related and person-related measures. **Diabetes Care**. 2006; v.29, n.8, p.1784-7.
- PECORARO RE, REIBER GE, BURGESS EM. Pathways to diabetic limb amputations. Basis for prevention. **Diabetes Care**. 1990; n.13, p.513-21.
- PEDROSA H.C. et al. **O Desafio do Projeto Salvando o Pé Diabético**. Terapêutica em Diabetes - Boletim Médico do Centro B-D de Educação em Diabetes, 19, 10p 1998.
- PEDROSA HC, LEME LAP, NOVAES C et al. The diabetic foot in South America: progress with the Brazilian Save the Diabetic Foot Project. **Int Diabetes Monitor**. 2004; v.16, n.4, p.17-24.
- PROMPERS L, SCHAPER N, APELQVIST J et al. Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease. **The Eurodiale Study. Diabetologia**. 2008. v.51, n.5, p.747-55.
- RAGNARSON T, APELQVIST J. Health economic consequences of diabetic foot lesions. **Clin Infect Dis**. 2004; 39(Suppl 2):S132-S9.
-

REIBER GE, LEMASTER JW. Epidemiology and economic impact of foot ulcers. In: Boulton AJM, Cavanagh P, Rayman G, eds. **The Foot in diabetes**. 4th ed. Chichester: John Wiley & Sons. 2006. p.1-16.

SINGH N, ARMSTRONG DG, LIPSKY BA. Preventing foot ulcers in patients with Diabetes. **JAMA**. 2005; n.293, p.217-28.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

UNWIN N. The diabetic foot in the developing world. **Diabetes Metab Res Rev**. 2008; 24(Suppl 1):S31-S3.

APÊNDICES

Apêndice 1: Matriz de Intervenção I, 2018.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO						
Descrição do padrão: 4.29 A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com Diabetes Mellitus						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Pacientes com glicemia descompensada (descontrolada) com possível complicação futura de pé diabético						
Objetivo/meta: Desenvolver um programa de prevenção de pé diabético em pacientes diabéticos da UBS Pedro Felix dos Santos						
Estratégias para alcançar os objetivos/met	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
Apresentação da Intervenção sobre prevenção de pé diabético junto a equipe da UBS Pedro Felix dos Santos	Reunião com a equipe apresentando inicialmente conceitos AMAQ, potencialidades, e propondo intervenção junto aos pacientes da UBS acerca das complicações do Diabetes com enfoque no pé diabético.	Humanos: Médico, enfermeiro, técnicos do enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: Instrutivo AMAQ. Manual do Pé Diabético (BRASIL, 2016)	Aceitação por parte da equipe em promover o Projeto de Intervenção acerca da prevenção junto a pacientes diabéticos do Pé diabético;	Médico	120 dias	Relatório
Agendar	Agendamento	Humanos:	Entendimento	Médico,	07 dias	Agenda e

treinamento sobre as complicações do Diabetes e o Pé Diabético	do treinamento junto a equipe sobre as complicações do Diabetes e o Pé Diabético.	Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: Manual do Pé Diabético (BRASIL, 2016)	dos profissionais da UBS Pedro Felix dos Santos de como orientar os pacientes diabéticos quanto as complicações da Diabetes com enfoque no pé diabético.	enfermeiros, ACS, Administrativos		relatório de execução
Treinamento	Reunião com a equipe da UBS Pedro Felix dos Santos de como orientar os pacientes diabéticos quanto as complicações do Pé Diabético;	Humanos: Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: Manual do Pé Diabético (BRASIL, 2016)	Ensino aprendizagem de como lidar com os pacientes diabéticos e as complicações com enfoque no pé Diabético;	Médico, enfermeiros, ACS, Administrativos	21 dias	Relatório de aprendizagem
Agendamento das Ações	Agendar com os pacientes diabéticos as reuniões para orientações sobre as complicações do Diabetes com enfoque no Pé Diabético	Humanos: os pacientes	os Adesão de 20 pacientes que estejam fazendo acompanhamento do Diabetes, com possibilidade de complicações quanto ao Pé Diabético.	Enfermeiros, ACSs, Auxiliares, Administrativos.	15 dias.	Agenda
Execução das ações junto aos pacientes	Palestras, orientações, rodas de	Humanos: pacientes, Médico,	Compreensão e adoção de medidas	Médico e Enfermeiros, ACSs,	15 dias	Questionário, relatórios

diabéticos sobre as complicações do diabetes com enfoque no pé diabético	conversa, entre outras medidas no objetivo de demonstrar as complicações do diabetes com enfoque no pé diabético.	enfermeiras, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: apresentações powrpoint, folhetos, cartazes, entre outros materiais.	combate ao Diabetes e suas complicações com enfoque no pé diabético.	Auxiliares, Administrativos.		
Monitoramento	Verificação se os pacientes diabéticos estão tomando as medidas preventivas necessárias fazendo controle da glicemia periodicamente.	Humanos: pacientes, Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos.	Seguimento da orientação do Ministério da Saúde de controle da glicemia entre 80 e 110.	Paciente Médico Enfermeiros, ACSs, Auxiliares, Administrativos.	90 dias	Relatórios

Apêndice 2: Matriz de Intervenção II, 2018.

Descrição do padrão: Acolhimento norteando as práticas da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, município de Lagarto Sergipe
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: acolhimento mal executado, não atingindo aos objetivos de excelência da unidade de saúde
Objetivo/meta: Treinar a equipe de saúde para aperfeiçoar o acolhimento.

Estratégias	Atividades	Recursos	Resultados	Responsáveis	Prazos	Mecanismo e
-------------	------------	----------	------------	--------------	--------	-------------

para alcançar os objetivos/met	serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	necessários para o desenvolvimento das atividades	esperados			indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Apresentação da Intervenção através de Reunião sobre o aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	Reunião com a equipe de apresentando os conceitos sobre o aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento.	Humanos: Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: Caderno do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Acolhimento nas práticas de produção de saúde.	Aceitação da equipe para a intervenção de acerca do aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	Médico	07 dias;	Relatório de aceitação;
Agendamento de treinamentos com a equipe	Agendar o treinamento com a equipe no sentido de orientá-los sobre o aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	Humanos: Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: Caderno do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Acolhimento nas práticas de	Entendimento dos profissionais da UBS sobre o aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	Médico e enfermeiros	07 dias	Agenda e relatório de execução

		produção de saúde.				
Treinamento	Reunir o pessoal da UBS para treinamento sobre aperfeiçoamento da equipe para implantar acolhimento	Humanos: Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: Caderno do Ministério da Saúde (Brasil, 2010). Acolhimento nas práticas de produção de saúde.	Aprendizagem sobre aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	Médico e enfermeiros	14 dias	Relatório de aprendizagem
Execução das ações	Palestras, orientações, rodas de conversa, entre outras medidas no intuito de aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	Humanos: pacientes, Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACSs, administrativos. Materiais: apresentações, folhetos, cartazes, entre outros.	Compreensão sobre principais características de aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	Médico Enfermeiros, ACSs, Auxiliares, Administrativos.	15 dias	Questionário, relatórios
Monitoramento	Verificação junto aos pacientes e recursos	Humanos: pacientes, Médico, enfermeiro,	Conhecimento acerca do aperfeiçoamento da equipe para	Paciente Médico Enfermeiros,	14 dias	Relatórios e questionários

humanos da unidade conceitual assimilados estão sendo aplicados do aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento	técnicos de enfermagem, ACSs, e administrativos.	de implantar o acolhimento	o ACSs, Auxiliares, Administrativos.		
---	--	----------------------------	--------------------------------------	--	--

Apêndice 3: Matriz de Intervenção III, 2018.

Descrição do padrão: Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, Município de Lagarto Sergipe
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Treinamento da Equipe da UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, Município de Lagarto Sergipe
Objetivo/meta: Treinar a Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde UBS Pedro Felix dos Santos, ESF Pururuca, Município de Lagarto Sergipe quanto a Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

Estratégias para alcançar objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismo e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Apresentação da Intervenção sobre planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério através de reunião	Reunião com a equipe de saúde para apresentação da intervenção sobre planejamento	Humanos: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, administrativos.	Aceitação da equipe para a intervenção; entendimento da proposta.	Médico	01 dia	Relatório de avaliação de verificação; percepção do entendimento da equipe de saúde sobre

	reprodutivo, pré-natal e puerpério.	Materiais: Caderno de Atenção básica Nº 32.				planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.
Agendamento de treinamentos	Agendar o treinamento com a equipe de saúde para orientar a equipe de como proceder quanto ao planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.	Humanos: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, administrativos. Material: Caderno de Atenção Básica Nº 32.	Entendimento da equipe de saúde da UBS sobre planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.	Médico e enfermeiros	07 dias	Agenda e relatório de execução
Treinamento	Reunir a equipe de saúde para treinamento	Humanos: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, administrativos. Material: Caderno de Atenção Básica Nº 32.	Aprendizagem sobre planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.	Médico e enfermeiros	07 dias	Relatório de aprendizagem
Agendamento das Ações	Agendar posteriormente com as pacientes as ações a serem realizadas sobre planejamento reprodutivo,	Humanos: pacientes	Adesão de no mínimo 20 gestantes	Enfermeiros, ACS, auxiliares, administrativos.	07 dias.	Agenda.

	pré-natal e puerpério					
Execução das ações	Palestras, orientações, rodas de conversa, entre outras ações no intuito de apresentar a importância de planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério	Humanos: pacientes, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, administrativos. Materiais: apresentações, folhetos, cartazes, entre outros.	Compreensão e adoção de medidas positivas quanto ao planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério	Médico, enfermeiros, ACS, auxiliares, administrativos.	07 dias.	Questionário, relatórios.
Monitoramento	Verificação sobre a melhoria no atendimento da equipe quanto a planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério	Humanos: pacientes, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, administrativos.	Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério nas melhores condições possíveis	Paciente, médico enfermeiros, ACS, auxiliares, administrativos.	21 dias.	Relatórios

Apêndice 4: Ficha de registro em saúde mental, 2018.

Nome do paciente:
Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: () M () F Estado civil: () Cas () Solt () Out. () Un Est
Diagnóstico de saúde mental:
Medicação utilizada:
Posologia:
Próxima consulta:

Percepção nas visitas domiciliares:
Ações realizadas com objetivo de adequar a dosagem:
É dependentes de drogas lícitas e ilícitas:
Prioridades a serem realizadas:
Encaminhamentos:
Observações:

Apêndice 5: Questionário da Microintervenção V, 2018.

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		X
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	

A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

