



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

**O PODER DA EDUCAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DE SAÚDE EM PATU**

NEDILSON DE OLIVEIRA LARIÚ

NATAL/RN
2018



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

O PODER DA EDUCAÇÃO POPULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM
PATU

NEDILSON DE OLIVEIRA LARIÚ

NATAL/RN
2018

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

Orientadora: **Profa. Dra. Daniele Vieira Dantas**

DEDICATÓRIA

Ao povo menos favorecido desse país que, quando doente, ainda assim tem dificuldade de se cuidar de forma correta, por outra doença, essa endêmica, que resulta do descaso com a educação, cujo dano colateral é a incapacidade de compreender de forma adequada não só o que tem, a doença em si, mas, principalmente a forma correta de se tratar.



RESUMO

Na Estratégia Saúde da Família de Patu, Rio Grande do Norte, embora a atenção integral à saúde estivesse bem avaliada, identificamos necessidade de aprimoramentos das ações. Para tanto, atuamos em palestras, reuniões de grupos da saúde (hipertensão, pré-natal, saúde mental, tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)/Asma), programas de rádio, fóruns de bairros, campanhas (aleitamento materno, setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho). Com isso, conseguimos o aumento da credibilidade do povo na unidade básica de saúde, regularização da demanda e maior adesão ao tratamento das doenças, resultando numa maior eficiência no atendimento e satisfação do público. Ao defender a tese da criação de grupos específicos, baseamo-nos principalmente na comprovação “in loco”, nas visitas domiciliares, da situação de abandono e desrespeito em que se encontravam. As abordagens com os familiares produziram uma melhora significativa no trato com os usuários.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
CAPÍTULO 1	09
CAPÍTULO 2	13
CAPÍTULO 3	17
CAPÍTULO 4	21
CAPÍTULO 5	26
CAPÍTULO 6	29
CAPÍTULO 7	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

APRESENTAÇÃO

Na prática diária do atendimento médico na Unidade Básica de Saúde constata-se a dificuldade de compreensão, pelo paciente, da plenitude da consulta. Principalmente no que tange à horários, dietas restritivas e sua participação no tratamento (redução de atividades domésticas maléficas à sua doença, identificação dos medicamentos e a finalidade destes). Toda atividade médica com ou sem prescrição de medicamentos tem que ser detalhada com um linguajar simples e de fácil compreensão, assim como questionado o entendimento da orientação.

Como graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Campos, Estado do Rio de Janeiro, em 15 de dezembro de 1973, participei da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciando pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), no Rio Grande do Norte (RN), Ações Integradas de Saúde (AIS), no Rio de Janeiro (RJ), Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), no RJ e do SUS, no RJ e RN.

Em meus 45 anos de profissão tenho trabalhado em municípios de pequeno porte, de certa maneira muito parecidos com Patu, por essa razão, ao longo desses anos fui sedimentando a convicção de que a educação é diretamente proporcional à eficiência do tratamento.

A minha participação na Atenção Básica de Saúde está sendo realizada no Rio Grande do Norte, no Município de Patu, no bairro Estação, na Unidade de Saúde João Inácio de Oliveira. Na área adscrita reside uma população cujas famílias, em mais de 50 % são carentes.

Convido a todos para conhecer um pouco mais do meu trabalho, através de seis microintervenções realizadas na Estratégia Saúde da Família de Patu.

CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Integro o programa Mais Médicos desde junho de 2017, residindo e atuando em Patu/Rio Grande do Norte. Por isto participei da autoavaliação realizada em setembro de 2017. Embora a atenção integral à saúde estivesse bem avaliada, identificamos necessidade de aprimoramentos das ações de saúde que dependiam exclusivamente de nossa intervenção. Começamos a atuar em palestras, reuniões de grupos da saúde (hipertensão, pré-natal, saúde mental, tabagismo, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)/Asma) programas de rádio, fóruns de bairros, campanhas (aleitamento materno, setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho).

Agora, para realizar a microintervenção, foi necessária nova autoavaliação. Ao reavaliarmos a nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) comprovamos progressos em nossas ações, porém ainda aguardando a atuação dos gestores quanto a regularização dos insumos e medicamentos para a urgência, transporte para as visitas domiciliares, entre outros.

Optamos por intervir na dimensão “Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde”, na subdimensão “Atenção integral à saúde” pois poderíamos atuar independentemente de instâncias superiores e com recursos disponíveis. Foi sugerido um trabalho com idosos pois esses padecem do pior mal – o abandono. Carecem de atenção (cuidados higiênicos, alimentares, e também no acompanhamento de tratamentos) e de paciência dos membros da família no trato diário. Fatos mais que suficientes para criarmos um grupo de atenção aos idosos. Como já vínhamos trabalhando com outros grupos que absorviam idosos, tínhamos uma clientela já participativa, onde atuaríamos com esclarecimentos sobre os cuidados necessários. Tarefas que dependeriam exclusivamente do nosso envolvimento profissional (BRASIL, 2016; 2015).

Como a sugestão da criação do grupo dos idosos foi aceita por todos, passamos a estabelecer as estratégias para a implantação e a implementação do referido grupo com funções, atividades e responsabilidades. Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) caberia o levantamento populacional acima dos 60 anos, e aos profissionais da UBS e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a participação na conscientização de familiares e cuidadoras(es) através de palestras, fóruns de bairros, roda de conversas, programas de rádio, e atendimento individual.

Realizamos uma primeira reunião onde explicitamos os motivos e a necessidade da criação do grupo dos idosos. O ponto principal desta reunião foi o cuidado com a medicação e a alimentação.

Ao defender a tese da criação do grupo dos idosos, baseei-me principalmente na comprovação “in loco”, nas visitas domiciliares, da situação de abandono e desrespeito em que se encontravam os idosos impossibilitados de locomoção. E o mais grave, era uma visita de um profissional executando uma atividade solicitada pelos familiares. Nunca perdia a oportunidade de orientar, e sempre criava uma necessidade de um familiar ter que ir à UBS para conversarmos reservadamente (principalmente reclamando o abandono). As abordagens com os familiares produziam uma melhora significativa no trato com os idosos. Porém esbarramos nas dificuldades dos familiares que necessitam trabalhar ou estudar, e outros que não se envolvem emocionalmente.

Como as abordagens funcionam, a expectativa de sucesso na intervenção é muito boa. Com a conscientização de que a teimosia do idoso não significa rebeldia e que a calma, paciência e o carinho abrandam a teimosia, teremos uma melhora sensível tanto na insônia do idoso quanto na aceitação dos medicamentos. Com a continuação dos trabalhos, observaremos mais concretamente os resultados positivos da micro intervenção, realizando avaliações trimestrais.

MATRIZ DA INTERVENÇÃO

Descrição do padrão

Saúde do Idoso

Descrição da situação-problema para o alcance do padrão

Implantar grupo voltado para o idoso

Objetivos/metasp

Prevenção de sequelas e envolvimento familiar e de cuidadores(as)

Estratégia para alcançar os objetivos/metasp

Levantamento populacional acima de 60 anos, pelos ACS

Envolvimento familiar e cuidadores(as) nas atividades, convites pelos ACS e conscientização através de palestras pelos profissionais envolvidos(UBS e NASF)

Demanda na UBS, pela EAB

Atividades a serem desenvolvidas

Reuniões na UBS

Fóruns de bairros

Orientações individuais nos atendimentos na UBS

Recursos necessários para desenvolvimento das atividades

Material didático

Audiovisuais

Resultados esperados

Maior envolvimento/participação familiar no tratamento/acompanhamento do idoso

Responsáveis

Equipe da UBS

NASF

Prazos

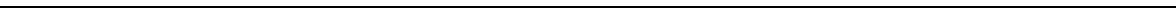
Início imediato com avaliações trimestrais

Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Visitas domiciliares aos impossibilitados

Percentual de comparecimento dos participantes

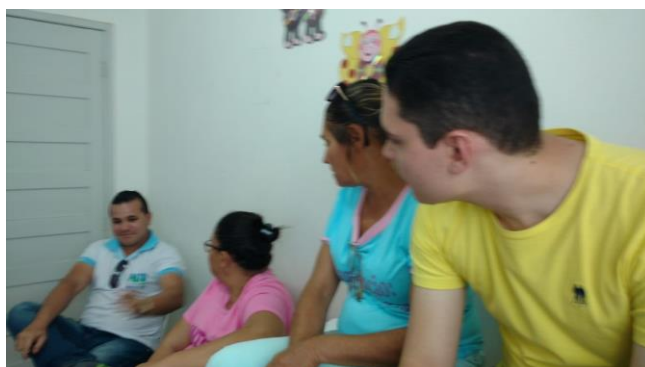
Padronização de exames complementares



CAPÍTULO II: O ACOLHIMENTO NORTEANDO AS PRÁTICAS DA EQUIPE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOÃO INÁCIO DE OLIVEIRA

Ao ser apresentado à equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) João Inácio de Oliveira, município de Patu, Rio Grande do Norte (RN), discorri sobre a maneira como desempenho o trabalho médico. Destacando a importância de cada um enquanto componente de uma equipe responsável pela saúde da população. Somos incapazes sozinhos, mas unidos, seremos eficientes nas resoluções dos problemas.

Com isto, e por isto apostamos na frequente capacitação e troca de experiências entre os profissionais (Figuras 1, 2 e 3), o que proporcionou o aperfeiçoamento da equipe como um todo. Rapidamente conseguimos um ótimo ambiente de trabalho. Como também eficiência na execução de nossas funções (individuais e em equipe).



Figuras 1, 2 e 3 - Reunião com a equipe de saúde.

A questão do acolhimento apresenta-se, sem dúvidas, como o grande entrave para a implementação de um bom trabalho de saúde pública e foi escolhida para ser o primeiro desafio a ser vencido. Analisando a demanda para a consulta médica, observei que a procura por atendimento pelos mesmos pacientes, dentre eles hipertensos, diabéticos, psiquiátricos, era excessiva.

Como a Unidade de Saúde já desenvolvia trabalhos com grupos de pacientes (hipertensos, diabéticos, gestantes, usuários que necessitavam de atendimento na área de saúde mental, tabagismo e doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC), a estratégia foi exatamente explorar mais eficientemente a participação popular através de palestras, reuniões de grupos terapias alternativas (chás, alimentos, fitoterapia) com a presença de todos os componentes da equipe da Unidade Básica de Saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Além destas atividades em grupos, participo de programa de rádio na emissora local e principalmente em consultório com orientação individual (dieta, horário de medicação, exercícios físicos, higiene pessoal). Com essas atividades educativas conseguimos reduzir significativamente os excessos da demanda.

É importantíssimo destacar que toda essa participação só colherá frutos se usarmos o linguajar simples, alcançáveis aos ouvidos de quem não teve a mesma sorte de frequentar escola.

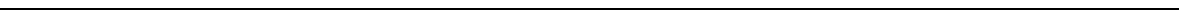
Afinal “Se você sabe, não se prive de ensinar a quem não aprendeu. O ensino é como o sol a criar um novo dia: A mente clareia para quem ensina e ilumina-se para quem aprende (Inácio Dantas).” E “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina (Cora Coralina).”

Ao iniciar o trabalho na UBS, o profissional médico é sempre testado pela comunidade de uma maneira equivocada, sempre voltada para a prática curativa (remédios, exames, entre outros). Uma anamnese direcionada e a exigência de retorno devidamente registrada em prontuário já estabelece o vínculo com o profissional e o convite a participar das palestras o vínculo com a Unidade de Saúde. É necessário que o médico tenha a consciência do seu real valor como agente da promoção da saúde.

Atualmente estamos melhorando o acolhimento em nossa unidade com a implantação do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP). Inicialmente, em fase experimental, começamos com o profissional médico realizando todo o registro. Na folha 1, a base de dados (prontuário, cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), nome, endereço,

alergias, antecedentes pessoais, antecedentes familiares e exame clínico: anamnese e exame físico); na folha 2, a lista de problemas reconhecidos pelo paciente com datas de identificação e resolução e observações; na folha 3, evolução/acompanhamento subjetivo, objetivo, avaliação, plano (SOAP) (BRASIL, 2013).

Temos atualmente cerca de trinta pacientes que faz o acompanhamento em domicílio, são acamados e/ou portadores de sequelas e/ou deficientes ou com dificuldades de locomoção. A equipe que realiza a visita domiciliar já vai informada dos problemas observados pela agente comunitária de saúde e com a estratégia de ação. É sempre um momento da orientação individual ao cuidador(a) e manifestação de carinho, atenção e dedicação ao paciente. Destes, somente dois são risco 2 (R2) e a maioria são risco 1 (R1). Com essas ações de toda equipe e o apoio do NASF estamos conseguindo realizar um bom trabalho.



CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOÃO INÁCIO DE OLIVEIRA

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Inácio de Oliveira, no tocante ao tema planejamento reprodutivo, apesar do esforço das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) temos uma participação sofrível de homens e de adolescentes às reuniões programadas. As orientações ou esclarecimentos são realizadas durante atendimento individual, consultas médicas ou de enfermagem, entrega de contraceptivos e realização de coleta para citologia oncológica. Quanto aos homens a justificativa é o horário de trabalho.

Na UBS, realizamos testes rápidos para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Sífilis, Hepatites B e C, com o devido registro dos resultados em prontuário. Temos melhorado a realização dos preventivos com a chegada do material e com os esclarecimentos individuais e coletivos sobre o porquê da necessidade deste exame, quebrando o conceito de que uma ultrassonografia transvaginal seria melhor.

Em relação ao pré-natal, temos atualmente cerca de doze gestantes em acompanhamento (Figura 1). As consultas são realizadas alternadamente enfermeira/médico mensalmente até a 28ª semana, a partir daí até a 36ª semana, quinzenalmente e até a quadragésima primeira semana, semanalmente.

CONSULTAS DE NÍVEL SUPERIOR (MÉDICO, ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA)												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
CONSULTAS MÉDICAS	396	310	326	256	236							
CONSULTAS DE ENFERMAGEM	53	76	87	66	131							
CONSULTAS DE ODONTOLOGIA	-	10	179	138	00							
PUERICULTURA	22	17	25	13	26							
PRÉ-NATAL	22	14	21	16	13							
CONSULTAS A DIABÉTICOS	25	25	25	16	21							
CONSULTAS A HIPERTENSOS	75	69	40	63	53							
CONSULTAS DE SAÚDE MENTAL	55	60	40	46	17							
CONSULTAS DE OBESIDADE	-	-	-	-	-							
CONSULTAS DE DEPRESSIVOS	-	29	10	15	40							
1ª CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA	-	-	03	21	-							
TREATAMENTOS CONCLUÍDOS PELO CIRURGIÃO DENTISTAS	-	-	-	02	-							

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA João Inácio SALA DE SITUAÇÃO												
ACOMPANHAMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
GESTANTES	60	69	58	48	43	11	17					
CRIANÇAS	26	26	63	60	63	61	61					
HIPERTENSOS	14	14	14	14	14	14	14					
DIABÉTICOS	45	45	45	45	45	45	45					
CASOS DE TUBERCULOSE	-	-	-	-	-	-	-					
CASOS DE HANSÊNIOSE	-	-	-	-	-	-	-					
FAMÍLIAS	13	13	13	13	13	13	13					
POPULAÇÃO FEMININA ENTRE 10 E 14 ANOS	10	10	10	10	10	10	10					

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NASCIDOS VIVOS	-	02	04	03	01							
CRIANÇA EM ALEITAMENTO EXCLUSIVO	06	05	09	08	07							
CRIANÇA COM VACINAÇÃO EM DIA	100%	100%	98%	98,5%	95,5%							
GESTANTES < 20 ANOS	-	02	02	03	03							
ÓBITOS	-	-	-	03	-							
Nº DE ÓBITOS	-	-	-	-	-							

PROCEDIMENTOS												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
EXAMES CITOPATOLÓGICOS	-	03	19	04	06							
TESTES RÁPIDOS	-	03	25	-	02							
AFERIÇÃO DE PA	120	90	126	74	156							
VERIFICAÇÃO DE PESO	55	35	110	64	70							
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	18	28	18	19	17							
CURATIVOS	05	07	07	20	01							
GLUCEMIA EM JEJUM	-	-	25	02	01							

Figura 1. atendimentos de pré-natal na UBS João Inácio de Oliveira.

Na primeira consulta, realizada pela enfermeira, são realizados cadastros, preenchimento do cartão da gestante e registro de situação vacinal, além de solicitados todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, com dificuldade para eletroforese de hemoglobina e urocultura que não são autorizados/custeados pelo município.

A microintervenção foi realizada durante o primeiro contato com a gestante. Na primeira consulta médica, após ouvi-la e questioná-la sobre dúvidas ou ocorrências sobre a gestação, início a orientação sobre aleitamento materno que qualifico como uma das mais importantes intervenções no pré-natal.

A futura mamãe precisa ter consciência da importância do leite materno, tem o direito de saber das alterações que irão ocorrer em suas mamas, temporariamente (até o desmame completo), e que cuidados deverá tomar. Assim sendo, começo eliminando alguns conceitos populares sobre leite fraco, flacidez mamária, cólicas (espremedeira), entre outros, e principalmente oriento quanto as alterações que ocorrerão nas mamas, pigmentação das aréolas e a formação/crescimento dos mamilos, de extrema importância para uma boa pega do bebê. Apresento um gráfico demonstrativo de como deve ser a amamentação correta e enfatizo importância do aleitamento no desenvolvimento neurológico, intelectual e emocional do bebê.

Sempre reforçamos a importância da presença do pai da criança, para que ele participe dos atendimentos no pré-natal e puerpério, e tenha compreensão da sua participação no aleitamento. Quando o casal comparece, demonstramos a realidade comportamental de crianças em consultas e solicitando a eles que também façam essa observação com os familiares e na sociedade em geral. Com isso tenho a expectativa de que a reponsabilidade do acompanhamento pré-natal será mais eficiente. A cada consulta solicito que tragam suas dúvidas, medos, “conselhos” recebidos para tranquilizar seu período gestacional.

Em relação ao aleitamento, as dúvidas mais frequentes referem-se ao “leite materno ser fraco e por isto o bebê chora muito e tem muita ‘espremedeira’”. Nesse sentido, a orientação a ser dada é de que não existe leite humano fraco e que este além de ser rico em nutrientes traz também células de defesa da mãe para o filho, plenamente comprovado no fato de que criança que não é amamentada corretamente adoece mais facilmente.

E mais, o primeiro leite, chamado colostro, é riquíssimo em células de defesa e não deve ser desprezado. A composição do leite (nutrientes e células de defesa) varia de acordo com o tempo. Daí compreender o porquê “Amamente seu filho exclusivamente por seis

meses”, ser extremamente necessário pois o sistema de defesa da criança vai se desenvolvendo lentamente até essa idade, quando começará a produzir sua própria defesa. Choro de bebê não significa fome e sim “mamãe preciso de você” do seu carinho, da sua atenção.

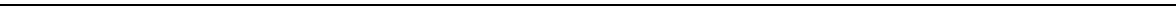
Espremedeira não é uma doença e só deve ser tratada com medicamento, em casos rebeldes. Toda criança que amamenta vai ter cólica que nada mais é que a ação da ocitocina que existe no leite materno. A ocitocina é um hormônio que é produzido pelo organismo da mãe ao ser estimulado pela sucção da mama pelo bebê, por isso quando você começa a amamentar em uma mama a outra começa a pingar o leite, e que no período do puerpério lhe dá cólicas com eliminação de restos do parto. E é a ocitocina que vai provocar as cólicas do bebê, considerada normal até o terceiro mês de idade. Tudo isto porque o hormônio propicia a contração da musculatura lisa existente no trato intestinal, na glândula mamária e no útero materno.

Nas reuniões do grupo de gestantes, puérperas e lactantes realizadas trimestralmente e em eventos comemorativos (dia das mães, semana mundial do aleitamento) sempre enfatizamos sobre um pré-natal conduzido com o devido cuidado, sem dúvidas ou preocupações, importância da vacinação e do aleitamento materno, alimentação saudável, zelo e atenção aos outros filhos e ao cônjuge. Para isso contamos com a equipe completa e do Núcleo de Ampliado em Saúde da Família (NASF).

Durante as atividades coletivas, realizamos os esclarecimentos de dúvidas comuns e no atendimento no consultório, as dúvidas pessoais. Nesse sentido, temos observado uma adesão significativa ao aleitamento materno exclusivo.

O acompanhamento da puérpera inicia-se logo após a alta hospitalar. O ACS comunica e programa a visita, que é realizada às quartas feiras quinzenalmente. Havendo necessidade a visita é realizada imediatamente.

Com a realização do acompanhamento pré-natal e de puerpério adequado elimina-se um fator de preocupação para a futura mamãe com relação ao momento do parto e pós-parto, ao aleitamento e ao acompanhamento do seu concepto.



CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em Patu, Rio Grande do Norte (RN), dispomos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 1, que foi criado por consórcio, em 2012, dos municípios Almino Afonso, Frutuoso Gomes, Lucrécia, Messias Targino, Olho D'água dos Borges, Patu e Rafael Godeiro. Esse CAPS auxilia (e muito) o controle dos pacientes do programa Saúde Mental e foi o primeiro CAPS criado sob a forma de consórcio, no Brasil.

O CAPS funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas, fornece medicação, café da manhã, almoço e lanche e atua com os seguintes profissionais: coordenadora, recepcionista, Auxiliar de Serviços Gerais (ASG), vigia, cozinheira, assistente social, terapeuta ocupacional, técnica em enfermagem, enfermeira, psicóloga e psiquiatra.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Inácio de Oliveira, Patu/RN, os pacientes são acompanhados mensalmente em consultório, com registro em prontuário, para renovação de receitas ou adequação/ajustamento de dose medicamentosa e, trimestralmente, coletivamente em palestras, eventos festivos, terapias alternativas. Os casos de sofrimento psíquico são encaminhados (referência) ao CAPS. E uma vez sanada a crise, retorna para acompanhamento na UBS (contra referência).

Os maiores entraves são os familiares tanto no acompanhamento ao atendimento mensal quanto na aceitação de redução medicamentosa. Em alguns casos, o familiar administra o dobro da dose para que o paciente fique “mais calmo”. Outro problema é o fornecimento irregular da medicação pela estrutura pública (tanto municipal quanto estadual).

Na UBS, fornecemos a receita com a medicação para trinta dias e aprazamos o retorno e sempre aproveitamos a sala de espera para alguma dinâmica, com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Atualmente acompanhamos 82 pacientes, cerca de 4% da população adscrita a UBS.

Na UBS, já existia uma planilha de acompanhamento e controle dos pacientes e concordamos em inserir um espaço para a codificação da doença com a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2). A planilha anterior possuía os dados referentes a número, nome completo, data nascimento, cartão Sistema Único de Saúde (SUS), endereço, medicação e quantidade. Em reunião com a equipe, modificamos a planilha para nome completo, data nascimento, cartão SUS, endereço, medicação e CIAP 2.

Optamos por retirar o item número; no espaço medicação usar o nome do medicamento e a quantidade prescrita; no CIAP 2, o código da doença vai nos ajudar a identificação e incidência das doenças e na orientação das palestras e a identificação da doença também vai facilitar, principalmente ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), na abordagem ao cuidador, observando a necessidade de apoio da equipe e do NASF, para desenvolvermos as orientações necessárias.

Como caracterizo a participação familiar no tratamento/acompanhamento e controle dos pacientes como um grande entrave, essa microintervenção está sendo junto ao familiar que cuida diretamente do paciente. Diferentemente de outras doenças (diabetes, hipertensão, doenças reumáticas) nas quais a orientação pode ser feita coletivamente, o trabalho de esclarecimento para o transtorno mental tem que ser para o cuidador e de forma individual. Os familiares, via de regra, demonstram acanhamento social e não acreditam na cura ou controle dos transtornos mentais.

As ACS identificam esses familiares e planejam em equipe o atendimento em consultório (privacidade), para cada profissional. Na orientação individual, o familiar sente-se mais a vontade para externar todas as suas dúvidas e anseios e tem mais atenção ao que lhe é repassado. E percebe o envolvimento emocional do profissional aos seus problemas.

Já os pacientes usuários crônicos são de abordagem menos complicada porque almejam não depender de medicamentos psicotrópicos e, na sua maioria, são portadores de doenças degenerativas que os obriga a mais visitas à UBS, oportunizando assim maiores esclarecimentos sobre suas doenças e seus tratamentos. E aqueles que se afirmam dependentes, esclarecemos sobre a medicação e como reduzir essa dependência.

Os usuários de bebidas alcoólicas que procuram espontaneamente a UBS para algum apoio é reduzidíssimo. Atualmente acompanho três pacientes em uso de medicação que interferem no desejo de ingerir bebida alcoólica. Porém em alguns casos que necessitam de medicação nos quais a ingestão alcoólica provoca reações indesejáveis, o paciente é alertado e, aproveitando a oportunidade, é lhe repassado os malefícios do álcool no organismo humano.

Estamos em fase de planejamento e elaboração para a intervenção breve em álcool e de estratégias para absorção de plateia masculina para expor os efeitos nocivos da bebida alcoólica. Já estamos realizando o questionário *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).

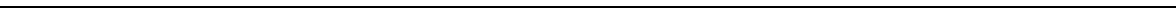
Como exemplo de caso acompanhado na UBS, temos paciente X, masculino, reside sozinho e usa abusivamente o álcool. Iniciamos o acompanhamento/tratamento há cerca de oito semanas. Na primeira abordagem, indicada por sua filha, apresentou-se maltrapilho, alcoolizado ou ressacado da bebida, barba por fazer e péssima aparência. Abalado emocionalmente, mas com desejo firme de abandonar a bebida alcoólica. Conversamos longamente (já fazendo a anamnese) sobre vários assuntos (sempre trazidos por ele). Percebia-se claramente que o motivo da bebida era uma relação amorosa mal sucedida.

Após algumas explicações sobre os efeitos nocivos do álcool no corpo humano, solicitei exames e prescrevi medicamentos placebos afirmando que com eles acabaríamos com o desejo de beber. Garanti a ele acesso ao consultório sempre que ele sentisse necessidade e agendamos o retorno para próxima semana.

Na segunda semana, apresentou-se com melhor aparência e emocionalmente sentido, porém estável. Os exames realizados demonstravam distorções sanáveis, o que permitiria iniciar o medicamento específico. Em função disso, solicitei o contato de familiares e que a filha que o orientou a procurar a UBS viesse com ele na próxima semana (quando já instituiria a medicação) com a finalidade de envolvê-la no tratamento assim como outros familiares posteriormente. Nesta consulta, confidenciou outros problemas pessoais que o afligia propiciando outros aconselhamentos e medicamentos acessórios.

Na terceira semana, mantive os placebos e iniciei o uso da medicação que interfere no desejo de beber e aprazamos para duas semanas, mas sempre deixando-o com a garantia do atendimento assim houvesse necessidade. Retornou duas semanas sentindo-se um vitorioso. Ótima aparência e emocionalmente bem e feliz por ter vencido um desafio que muitos duvidavam que ele conseguiria (abandonar a bebida).

Mais uma vez percebo que o fator de maior e melhor resolução para melhoria e maior adesão ao tratamento e à prevenção das doenças reside na educação popular para a saúde.



CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Inácio de Oliveira o atendimento, assistência e acompanhamento das crianças nas diferentes faixas etárias é realizado por toda equipe. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) identificam as situações problemas (premature, baixo peso, atraso vacinal, consultas apazadas não realizadas entre outras) e encaminham para o atendimento na Unidade.

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CeD) é realizado preferencialmente pela profissional da enfermagem (enfermeira), o qual suspeitando de alguma patologia, encaminha para a avaliação do médico, sendo também responsabilidade da enfermeira a coleta do teste do pezinho.

Com relação a imunização, nos atendimentos de rotina (médico ou enfermeira) é verificado a situação vacinal e uma vez encontrado qualquer atraso é encaminhado para a técnica em enfermagem para os devidos procedimentos e registros na sala de imunizações. Nas avaliações/atendimentos contamos com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) local, no tocante ao atendimento nutricional, psicológico, fonoaudiológico, fisioterapêutico, de educação física e de assistência social.

Realizamos trimestralmente encontros com gestantes e nutrizes onde são esclarecidas todas as dúvidas sobre gestação e aleitamento materno, ganhos de peso, vacinações e relacionamento de casais. O tópico relacionamento de casais é o menos eficiente tendo em vista a dificuldade de participação dos homens.

Na semana do aleitamento materno, além dos eventos em cada unidade do município, um tivemos um encontro (Figuras 1, 2, 3 e 4) com a participação de autoridades municipais, prefeito, secretária de saúde e de outras pastas e todos os funcionários das UBS e NASF. Nesse encontro sobre aleitamento materno, mais uma vez o esclarecimento, a troca de informações apareceu como a solução. É importante considerar a baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo durante seis meses, provocada pelo desconhecimento da importância do aleitamento. A começar pelos mitos que disseminam dúvidas nas mulheres como mamas flácidas após amamentação; sou pobre não me alimento bem e por isso o meu leite vai ser fraco para o bebê; vou ter que voltar ao trabalho e eu preciso começar a dar outro leite para o bebê ir se acostumando; minhas mamas são pequenas e o meu leite será insuficiente; entre outras.

Nesse sentido, nesta microintervenção a equipe discutiu e refletiu sobre a afirmação “amamente seu filho pelo menos durante os seis primeiros meses de vida”. Entendemos ser necessário o esclarecimento de que este pelo menos tenha um significado importante de obrigatoriedade e não de que o aleitamento materno se desvaloriza com o tempo.

A equipe reforçou a ideia que o bebê é um ser em construção e que o leite materno é o material adequado (e único) para uma boa construção. Se compararmos com a construção de uma casa é possível entender, e se fazer entender, que a casa construída com material de primeira qualidade será mais forte e durável do que a mesma casa construída com material de menor qualidade. E porque seis meses? Exatamente porque a criança leva seis meses construindo/organizando sua própria defesa. Enquanto isso vai recebendo via leite materno, células de defesa da mãe.

Se uma mãe tem qualquer dificuldade com relação ao aleitamento, é importante que nos esforcemos para suprir esta necessidade. Se temos consciência do valor e da importância do leite materno, nossa conduta deverá ser viabilizar a correção da dificuldade.

Sabemos que algumas mães produzem uma quantidade maior do que a necessidade do bebê e outras, menor. Aproveitamos esse encontro de possibilidades, estimulando e acompanhando contatos com mães de bebês em uma mesma idade e reforçando que a composição do leite materno varia em função da necessidade evolutiva da criança daí a importância da idade. O ser humano em evolução merece todo o nosso (pais e UBS) sacrifício, envolvimento, busca de soluções e cuidados.



CAPÍTULO VI: O DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA MINHA UNIDADE DE SAÚDE

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Inácio de Oliveira conseguimos organizar e eliminar o problema da demanda criando, formando ou aprimorando grupos de pacientes nos quais a principal função é a troca de conhecimentos e experiências com linguagem simples e corriqueira para que todos entendam o mal que os aflige.

Com essa atitude eliminamos o tempo de espera para a primeira consulta. O atendimento, seja por demanda espontânea ou por referência da urgência hospitalar é realizado de imediato. No atendimento, estabelece-se o diagnóstico, a orientação individual específica sobre a doença, são solicitados os exames e, se necessário, inicia-se a medicação.

Uma vez realizados os exames, o paciente retorna à UBS para nova avaliação médica, quando será elaborada a classificação de risco e correções na conduta que se fizerem necessárias. A partir disto, iniciamos a participação do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) com a equipe de nutricionista, educador físico, psicólogo e assistente social, encaminhamento para participação nos grupos específicos e o agendamento do retorno à Unidade de Saúde.

A maioria dos nossos hipertensos não apresentam riscos elevados de comprometimento cardiovascular e os que apresentam são acompanhados por nós e pelo cardiologista. Os diabéticos com complicações renais, oftálmicas ou vasculares são avaliados pelos especialistas referenciados como endocrinologista, nefrologista, oftalmologista e angiologista/cirurgião vascular. Os obesos que não aderem ao tratamento são também avaliados por especialista (endocrinologista) e os usuários com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que apresentem complicações são encaminhados ao pneumologista.

Nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o conhecimento da enfermidade tem um peso importante no tratamento, uma vez que a não observância às limitações que a doença impõe ao paciente acaba levando-o ao erro no tratamento. Observamos que tendo conhecimento e conseqüentemente respeitando as restrições, o usuário vai necessitar de tratamento mais brando, menos agressivo de medicação; como também vai perceber uma melhora significativa na qualidade de vida.

No nosso grupo de hipertensos, raramente temos casos de crise hipertensiva mais severa ocasionados por desvio da dieta hipossódica, porém temos casos provocados por erro na medicação anti-hipertensiva quando da não participação familiar no acompanhamento da

medicação, deixando a responsabilidade para o próprio paciente. Ocorre que o idoso, naturalmente esquece ou tem dúvidas se já teria tomado o medicamento. Outro motivo de crises são os distúrbios emocionais principalmente provocados por familiares.

Com relação aos diabéticos, o maior problema ainda é o controle alimentar. Dieta restritiva para o diabético é um martírio, que acaba provocando a rebeldia à restrição o que cria animosidades entre familiares, daí síndrome depressiva. Aqui também a participação familiar no controle da medicação é sofrível. Quando se envolve, a maioria das vezes, é atuando com agressividade.

Para o obeso, a complicação maior é que, por mais que se esforce, a perda de peso é extremamente lenta e desanimadora. Além disso, a participação familiar tem sido no sentido da proibição (e não do convencimento) para que o obeso não coma e nas críticas sobre a sua estrutura corpórea.

Os usuários com DPOC apresentam como maior dificuldade o abandono ao hábito de fumar. Via de regra não incorporam plenamente a orientação e a demonstração repassada pelos profissionais da saúde e sempre contestam alegando que um familiar fumou desde criança e nunca apresentou problemas, que conhece diversas pessoas que fumam e não tem o mesmo problema que ele.

De uma maneira geral, os usuários com doenças crônicas tornam-se pessoas fragilizadas, sentindo-se inferiorizadas socialmente e tendem a sofrer transtornos psíquicos. Além disso, como no caso das DCNT, o pleno conhecimento é de extrema valia no tratamento e no controle, o usuários, seus familiares e toda a equipe da UBS deve participar ativamente do cuidado.

Neste sentido, esta microintervenção iniciou com a resposta, pela equipe, do questionário abaixo.

Questionário para micro intervenção

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

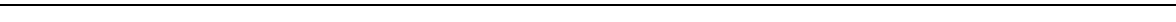
elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	X			
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	X		X	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção	X		X	
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				X
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), 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	

Após a discussão em equipe do questionário, a intervenção foi proposta. Na primeira abordagem ao paciente além do diagnóstico, da orientação individual, dos exames necessários, solicito a participação nos próximos atendimentos de pelo menos um familiar. A participação de familiares faz-se necessário, uma vez que à estratégia do envolvimento da família no tratamento e acompanhamento da doença tem como finalidade demonstrar afeto e carinho ao paciente através da preocupação com sua saúde.

É extremamente importante a presença de familiares nos encontros, nas palestras e nas atividades educativas alternativas. Nestas atividades coletivas, eles também tomarão conhecimento que os usuários com idade acima de cinquenta anos passam a ter falhas de memória recente não se lembrando se já teriam tomado a medicação de horário. Assim compreenderão que a participação efetiva da família reduz a possibilidade de complicações das doenças.

Nossa equipe já está se organizando para, semanalmente, termos rodas de conversas nos trinta minutos finais do nosso expediente. Os temas primordiais seriam sobre a demonstração de interesse na saúde de usuários com DCNT.



CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

PLANO DE CONTINUIDADE

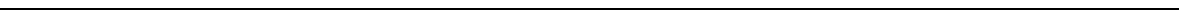
NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
Observação na unidade de saúde Dimensão Educação permanente, Subdimensão Atenção integral à saúde	Após reavaliarmos nossa Unidade Básica de Saúde, comprovamos progressos em nossas ações, apesar de irregularidades no fornecimento de insumos e medicamentos e de transporte para visitas domiciliares. Optamos por intervir na subdimensão Atenção Integral à Saúde porque poderíamos atuar independentemente de instâncias superiores e com poucos recursos. Escolhemos trabalho voltado para idosos, uma vez que esses padecem do pior mal: o abandono. Como já trabalhávamos com outros grupos que absorviam idosos, teríamos uma clientela já participativa que seria ampliada com a inclusão dos cuidadores.	Melhora significativa na conduta familiar do idoso, principalmente no cuidador principal, procurando a Unidade para esclarecimentos sobre prescrições e dietas, como também nas solicitações de visitas com a finalidade de mostrar a melhora no cuidado ou a dificuldade que impedia a melhora.	As atividades coletivas são de extrema importância pela sua ação esclarecedora e impactante junto à população. A sua manutenção é vital. Regularização do transporte para visitas domiciliares.
O Acolhimento norteando as práticas da equipe na UBS	O grande entrave para a implementação de um trabalho resolutivo em Saúde Pública ainda é a questão do acolhimento. A equipe avaliou a frequência de reconsultas e observou a necessidade de uma maior e mais eficiente integração entre os profissionais que a compõe, como também com os componentes do Núcleo de Apoio à Saúde	Com o aperfeiçoamento da equipe, foi possível observar uma sensível redução na demanda excessiva pela eficiência na execução de nossas funções (individuais e em equipe). Uma dificuldade está sendo o aporte de usuários de outras áreas	Manutenção das atividades coletivas orientadoras tanto na equipe quanto junto à população adscrita. Ampliação do RCOP por toda equipe. Regularização do transporte para visitas domiciliares.

	<p>da Família (NASF). Com isto, apostamos na frequente capacitação e troca de experiências entre os profissionais. Como a Unidade já desenvolvia trabalhos com grupos de usuários (hipertensos, diabéticos, gestantes, pulmonares crônicos, tabagistas, entre outros) a estratégia foi explorar com mais eficiência a participação popular, com palestras e reuniões de grupos (terapias alternativas, fitoterapia, chás, e alimentos) com toda equipe da UBS e NASF. Iniciamos a implantação do Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) objetivando a melhoria do acolhimento.</p>	<p>por falta de profissional em suas unidades.</p>	
<p>Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério na UBS</p>	<p>No tocante ao tema planejamento reprodutivo, apesar do esforço das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), temos uma participação sofrível de homens e de adolescentes às reuniões programadas. As orientações são realizadas nas consultas, nas entregas de contraceptivos, enfim em contatos individuais. Na primeira consulta pré-natal, realizamos orientação sobre o aleitamento materno que entendemos como uma das mais importantes intervenções no pré-natal, estimulamos a presença do pai no ato da amamentação e nas consultas.</p>	<p>Observamos com satisfação os resultados de um trabalho de conscientização, de trocas de experiência entre pessoas. A adesão ao programa de acompanhamento pré-natal é uma constante, sempre elevado. A lamentar é a ausência de participação dos cônjuges, justificada pela obrigação do trabalho e dificuldades de exames complementares mais complexos que não são realizados no município.</p>	<p>Manutenção das atividades coletivas com toda equipe da UBS e do NASF. Manutenção da prioridade nos exames complementares do programa, realizados no município.</p>

	<p>Nas atividades coletivas com a presença de toda equipe da UBS e do NASF esclarecemos as dúvidas comuns e estimulamos trocas de experiências entre as mães.</p>		
<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Dispomos de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1) que nos auxilia no controle dos usuários do programa Saúde Mental. Na UBS, eles são acompanhados mensalmente em consultório, com registro em prontuário, para renovação de receitas ou adequação/ajustamento de dose medicamentosa, e trimestralmente em atividades coletivas (palestras e dinâmicas estimuladoras). Em casos de sofrimento psíquico são encaminhados ao CAPS. Com os familiares, realizamos um trabalho paralelo na orientação de como lidar com o usuário psiquiátrico e principalmente no sentido de não alterar as dosagens dos medicamentos prescritos. As receitas são renovadas mensalmente com as datas aprazadas, sempre observando um espaço de sete dias de medicação em estoque domiciliar.</p> <p>Os usuários crônicos são de abordagem menos complicada, uma vez que almejam eliminar a dependência de medicamentos</p>	<p>Os melhores resultados são observados nos poucos usuários crônicos de bebida alcoólica que procuram a unidade voluntariamente. Apesar do trabalho com os familiares responsáveis pelo acompanhamento do usuário psiquiátrico, os resultados tem sido desfavoráveis quanto ao controle das doses medicamentosas.</p> <p>Tem-se bons resultados no sentido da baixa incidência de crises psíquicas, graças ao controle e vigilância medicamentosa e ao apoio eficiente do CAPS local.</p>	<p>Manutenção das atividades coletivas com toda equipe da UBS e do NASF e a integração permanente com o CAPS.</p> <p>Aprimoramento no fornecimento de medicações de alto custo.</p>

	psicotrópicos.		
Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	<p>O atendimento, a assistência e o acompanhamento das crianças nas diferentes faixas etárias são realizados por toda equipe: as ACS identificam as situações problemas (prematureo, baixo peso, atraso vacinal, consultas apazadas não realizadas, entre outras) e encaminham para o atendimento na Unidade. O acompanhamento do CD é realizado, preferencialmente, pela enfermeira, que encontrando qualquer alteração, encaminha para avaliação médica. Nos atendimentos, é observada a situação vacinal, nutricional e variações comportamentais. Trimestralmente são realizados encontros com gestantes e nutrizes onde são esclarecidas dúvidas sobre gestação, aleitamento materno, ganhos de peso, vacinações e relacionamento de casais e a importância desses tópicos com o crescimento e o desenvolvimento da criança. A equipe reforça a ideia de que o bebê é um ser em construção e que o leite materno é fundamental neste processo.</p>	<p>Satisfatório com relação ao aleitamento exclusivo até os seis meses. A partir daí, o desmame é crescente até cerca de 60% aos doze meses. Cobertura vacinal eficiente, apesar de algumas irregularidades na distribuição das vacinas. Testes do pezinho realizados na unidade.</p>	<p>Manutenção das atividades coletivas insistindo na valorização do leite materno. Maior vigilância com relação ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses.</p>
O Desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	<p>Na nossa unidade, conseguimos organizar e eliminar o problema da demanda excessiva</p>	<p>Observamos a importância da educação popular para a saúde. A incidência de</p>	<p>Manutenção das atividades coletivas envolvendo toda equipe da UBS e do</p>

	<p>formando ou aprimorando grupos de usuários nos quais a principal função é a troca de informações e experiências usando linguagem simples e corriqueira. No primeiro momento, após a indicação diagnóstica são solicitados os exames complementares e estabelecemos um tratamento inicial, que será ajustado de acordo com a classificação de risco. Nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o conhecimento da enfermidade é muito importante para o controle e o tratamento, uma vez que a não observância às limitações que a doença impõe, induzirá o paciente ao erro.</p>	<p>crises de descontrole ou agudização do quadro crônico tornou-se reduzidíssimo. Destaca-se a importância da atuação da equipe do NASF junto a equipe da UBS.</p>	<p>NASF. Aprimoramento no atendimento das referências médicas.</p>
--	--	--	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A valorização das atividades coletivas e educativas com a finalidade de troca de informação entre profissionais e população, permite observar uma maior procura da Unidade de Saúde para esclarecimentos sobre prescrições e dietas, como também para solicitações de visitas com a finalidade de mostrar a melhora no cuidado. Com o aperfeiçoamento da equipe, foi possível observar uma redução na demanda excessiva, em função da maior eficiência na execução de nossas funções.

Observamos com satisfação os resultados de um trabalho de conscientização, de trocas de experiência entre pessoas. A adesão ao programa de acompanhamento pré-natal é uma constante. A lamentar é a ausência de participação dos cônjuges, justificada pela obrigação do trabalho. Os melhores resultados são observados nos poucos usuários crônicos de bebida alcoólica que procuram a unidade voluntariamente. Apesar do trabalho com os familiares responsáveis pelo acompanhamento do usuário psiquiátrico, os resultados têm sido desfavoráveis quanto ao controle das doses medicamentosas.

Tem-se bons resultados no sentido da baixa incidência de crises psíquicas, graças ao controle e vigilância medicamentosa e ao apoio eficiente do CAPS local. Satisfatório também é o aleitamento exclusivo até os seis meses. A partir daí, o desmame é crescente até cerca de 60% aos doze meses. Cobertura vacinal eficiente, apesar de algumas irregularidades na distribuição das vacinas.

Observamos a importância da educação popular para a saúde. A incidência de crises de descontrole ou agudização do quadro crônico tornou-se reduzidíssima. Destaca-se a importância da atuação da equipe do NASF junto a equipe da UBS.

REFERÊNCIAS

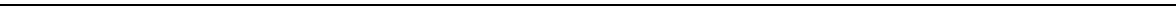
BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica** - AMAQ. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/AMAQ_AB_SB_3ciclo.pdf>.

Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo 2º Ciclo** (2015). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1).

APÊNDICES



ANEXOS



