



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação a Distância – SEDIS
Laboratório de Inovações Tecnológicas em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família

AÇÕES DE MELHORIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OSMEL SANCHEZ GARCIA

NATAL/RN
2018

OSMEL SANCHEZ GARCIA

AÇÕES DE MELHORIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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 Viera Dantas

NATAL/RN
2018

DEDICATÓRIA

*A minha Mãe, pela incansável dedicação e meu sucesso no meus estudos, minha luz e
minha guia na vida.*

*A minha equipe e minha professora, pela contribuição, formação e esforço de trabalho em
conjunto.*

AGRADECIMENTOS

Obrigado imensamente a todos as pessoas pela modesta e sincera *colaboração*.

RESUMO

As tarefas realizadas na Unidade Básica de Saúde, no município Pedra Preta, Rio Grande do Norte foram planejadas, executadas e apoiadas pelo médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e coordenador da atenção básica. Foram realizadas seis microintervenções sendo elas sobre doenças infecciosas vetoriais dirigidas para o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, acolhimento, demanda espontânea e programada, saúde da mulher, da criança, mental e doenças crônicas não transmissíveis. Evidenciou-se melhoria na capacitação da equipe de saúde, no acolhimento, no pré-natal, puerpério e planejamento reprodutivo, no cuidado da saúde mental, diminuição de doenças infecciosas, maior acessibilidade na linha de cuidado a criança.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	8
CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.....	10
CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO	12
CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	17
CAPÍTULO VI: CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
CAPÍTULO VII: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

APRESENTAÇÃO

O trabalho trata de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas no município de Pedra Preta, no Rio Grande do Norte. Foram realizadas atividades educativas com distintas ações referentes a doenças infecciosas vetoriais dirigidas para o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, acolhimento, demanda espontânea e programada, saúde da mulher, da criança, mental e doenças crônicas não transmissíveis.

CAPÍTULO I: Observação da Unidade de Saúde

Essa microintervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS)ESF Centro I a partir de uma reunião realizada entre médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, odontólogo, agente de saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coordenador da atenção básica com intuito de identificar fragilidades e fortalezas da UBS.

Para tanto utilizou-se o instrumento da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ), no qual realizou-se uma análise *on line* com a pontuação para o alcance do padrão preconizado da estrutura e dimensão de acordo com a cada um das diferentes subdimensão em questão: Gestão municipal [A-Implantação e implementação de atenção básica no município (pontuação 10), B-Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde (pontuação 10), C-Gestão do trabalho (pontuação 10) e D-Participação, controle social e satisfação do usuário (pontuação 10)]; Gestão da atenção básica (E-Apoio institucional (pontuação 8), F-Educação permanente (pontuação 9) e G-Monitoramento e avaliação (pontuação 9)]; Unidade Básica de Saúde [(H-Infraestrutura e equipamento (pontuação 7), I- Insumos, imunobiológicos e medicamentos (pontuação 8)]; Educação permanente - processo de trabalho e atenção integral à saúde (J-Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica (pontuação 7), K-Organização do proceso de trabalho (pontuação 7), L-Atenção integral à saúde (pontuação 8), M-Participação, controle social e satisfação do usuário (pontuação 8) (BRASIL, 2013).

A equipe concluiu que a subdimensão K-Organização do processo de trabalho necessitava de intervenção uma vez que apresentava a situação problema “Presença de doenças infecciosas causadas por vetores na comunidade”.

Com criação de um planejamento de ações na equipe com base no diagnóstico situacional territorial, essa proposta de microintervenção busca diminuição dessas doenças e visa ações dirigidas para o individuo, a família, a comunidade e o meio ambiente buscando criação de programas de saúde, ampla cobertura de atendimento e qualidade máxima na solução das doenças. Para tanto, foi proposta a Matriz de intervenção abaixo.

Matriz de intervenção

Descrição do padrão: A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional territorial para diminuir as doenças infecciosas causadas por vetores.
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Doenças infecciosas causadas por vetores na cidade e na zona rural do município.
Objetivo/meta: Diminuição das doenças infecciosas causadas por vetores na cidade e na zona rural do município.

Estratégias para alcançar os objetivos/metasp	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
Facilitar a locomoção dos pacientes das zonas rurais com transporte público. Trabalhar o acolhimento incluindo os usuários que procuram serviço.	Palestras, atividades coletivas e atendimento médico, de enfermagem.	Atendimentos diurnos. Profissionais Materiais disponíveis (TV, audiogravador, projeção de vídeos na Prevenção de doença, imagens de gráficos, de fluxogramas, entrega de miniguias) para desenvolvimento das atividades	Diminuir o fluxo de pacientes doentes Inclusão da comunidade em programas.	Equipe de saúde.	6 meses	Produção do E-SUS. Satisfação do usuário. Monitorar das atividades e atendimento.

A reunião foi feita com um ambiente acolhedor, o encontro foi uma ideia boa e esplêndida para conhecer os critérios e as alternativas para eliminar pouco a pouco as dificuldades que evidenciamos em equipe. Foram observadas potencialidades na execução da reunião como fortalecimento do equipe, a boa interação, a importante criação de soluções e o melhor desenvolvimento em nossa UBS. Como principal dificuldade ressalta-se a pouca disponibilidade de recursos materiais sanitários para a reposta do problema.

O maior impacto na microintervenção foi a disponibilidade e a união de nossa equipe e o debate sincero e receptivo entre os profissionais, além da capacidade de entendimento e a contínua procura de respostas para o problema com um bom desempenho para diminuição dos vetores da comunidade e para a erradicação das doenças infecciosas.

Além disso foi discutido em equipe a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade, a interpretação das consequências e causas identificadas e a elaboração de planejamento estratégico para o problema em questão.

CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

O relato de experiência 2 é baseado em uma microintervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) Centro I do município de Pedra Preta, Rio Grande do Norte, na qual foi realizada uma reunião entre médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem, odontólogo, auxiliar em saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coordenador da atenção básica.

Essa microintervenção teve o intuito de identificar fragilidades e fortalezas no acolhimento a demanda espontânea e programada em nossa área. Nosso acolhimento é realizado com base no planejamento e procurando atender às necessidades de saúde da população, com base na ética.

Durante a reunião, foi debatido sobre o acolhimento baseado dos princípios da Atenção Primária a Saúde (APS), buscando uma aproximação entre usuário e equipe. Discutiu-se sobre a importância dos atendimentos de demanda espontânea serem realizados em ordem de prioridade e as consultas com demanda programada serem agendadas, sempre orientando a população sobre cada caso. Para essa orientação, a equipe criará, na UBS, um mural explicativo contendo a diferença entre demanda programada e espontânea, bem como durante as visitas domiciliares, fornecerá informações detalhadas sobre as ações da Unidade e o fluxo de atendimento adequado.

Além disso, na reunião, foram traçadas estratégias para algumas ações: como deve ocorrer o diálogo entre a equipe de saúde e o usuário da ESF; promoção da saúde; prevenção de doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis; modelo de identificação correta dos usuários.

Em nossa UBS, debatemos sobre o acolhimento com um momento *para* esclarecimento de dúvidas e diminuição de ansiedade dos usuários, no qual a equipe explicou, organizou, avaliou e orientou sobre as diferenças entre a demanda espontânea e programada, que apesar de ser uma tarefa difícil, pode ser possível com o apoio de todos os profissionais.

A demanda espontânea *segue* níveis de prioridade clínica do usuário garantindo um atendimento mais adequado e equânime a partir da identificação do problema, coleta e análise de informação, avaliação e seleção de uma alternativa, implementação da alternativa selecionada e monitorização e avaliação. Atendimentos como “exame de rotina” ou

“renovação de receita vencida” podem ser encaminhados para o agendamento programado, principalmente se a demanda espontânea do dia estiver sobrecarregada. Para isso, a equipe deve exercer uma boa comunicação.

Todas as ações e planejamentos criados em conjunto tiveram aprovação da equipe buscando melhoria no acolhimento a demanda espontânea e programada e esperamos que nossas ações melhorem o nível de satisfação da população em relação aos serviços de saúde.

CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

Nesta microintervenção 3, em nossa comunidade, foi possível detectar diferentes dificuldades, tabus e mitos a respeito da saúde reprodutiva, como o desconhecimento do uso e manipulação dos métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis para o planejamento familiar; a opção de ter ou não ter filhos; prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e diversidade sexual.

Nesse sentido, temos que procurar fazer um trabalho com eficiência e efetividade baseado em distintas ações educativas buscando o bem-estar físico, mental e social dos nossos pacientes, a fim de que tenham uma vida sexual segura e satisfatória. Além de criar uma consciência geral de condições prioritárias e maior segurança para as mulheres, garantindo adequada gestação e parto e proporcionando ao casal a oportunidade de ter um filho sadio.

Em nossa comunidade, uma questão que implica dúvida, medo e um pouco de apatia refere-se ao uso dos métodos contraceptivos, porém com o planejamento adequado das visitas domiciliares e as orientações no serviço de saúde temos boas oportunidades para a prática de ações educativas com acolhimento do usuário e/ou do casal. A equipe, em reunião realizada, entendeu que necessita realizar a escuta ativa dos usuários com dúvidas e preocupações em relação ao planejamento reprodutivo, direitos sexuais e prevenção de IST, para reconhecer a vulnerabilidade e se colocar à disposição para orientar sobre o tema.

No que diz respeito a prevenção e tratamento das IST, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua identificando os usuários com risco às infecções e os encaminhando com muito profissionalismo ao atendimento clínico geral, o qual realiza uma anamnese organizada, o oportuno e adequado tratamento disponível em nossa rede de farmácia básica popular.

Também foi detectado como tema sensível, mas de ampla necessidade, a discussão sobre a diversidade sexual e relações de gêneros. Neste caso, é comum em nossa comunidade ainda algumas ideias erradas, tabus e mitos, por isso na reunião com a equipe de saúde, planejamos atividades educativas com informações e programamos dias específicos e horários estabelecidos para atendimento dessa clientela.

Na nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), quanto a busca ativa das gestantes, os ACS identificam as mulheres e estas são encaminhadas para atendimento na Unidade ou

visita domiciliar. Esse método tem sido efetivo e permitido maior confiança da comunidade, no entanto temos algumas dificuldades para captar gestantes, uma vez que nossa área é ampla e as zonas rurais são de difícil acesso, o que pode favorecer o desconhecimento da existência das grávidas e daquelas que realizam as consultas na rede privado, contornar essa situação exige maior esforço da nossa equipe.

Nós temos uma estratégia de saúde baseada no planejamento das consultas da gestante segundo o período gestacional. Nessas consultas, solicitamos exames como hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia em jejum, teste rápido de triagem para sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), toxoplasmose (IgM e IgG), sorologia para hepatite B (HbsAg) sumário de urina e ultrassonografia obstétrica). No momento, não temos registro de casos positivos de sífilis, HIV e IST, porém caso ocorram procuramos um tratamento com eficácia e efetividade.

Durante o pré-natal, outros aspectos importantes são discutidos: cuidados nutricionais, nos quais orientamos o consumo de frutas, vegetais e legumes e evitar alimentos contendo excesso de sal, gordura e industrializados; amamentação, frequência das mamadas, dificuldades, satisfação do recém-nascido com as mamadas e condições das mamas; retorno para a consulta de puerpério, na qual será abordado estado geral, pele, mucosas, presença de edema e cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração e cesárea), membros inferiores, exame do abdome, verificando a condição do útero e se há dor à palpação, exame do períneo e os genitais externos procurando sinais de infecção, presença e as características de lóquios, tudo com objetivo de avaliar as condições biológicas-psíquicas da puérpera e procurar o bem-estar do recém-nascido.

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

O relato de experiência 4 é baseado em uma microintervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) Centro I do município de Pedra Preta, Rio Grande do Norte, na qual foi realizada uma reunião entre médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coordenador da atenção básica.

Em nosso PSF, temos uma equipe capacitada na atenção a Saúde Mental, destacando o trabalho dos ACS que tem conhecimento claro das pessoas em uso de psicofármacos; ações alternativas baseadas em reformulações preventivas, extra-hospitalares e multidisciplinares com manejo precoce, buscando o bem-estar geral das pessoas em nossa comunidade.

Na UBS, o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico é entre 20 e 25 minutos e as consultas agendadas ocorrem três dias por semana, manhã e tarde, buscando ganhar maior cobertura de atendimento.

Essa microintervenção teve o intuito de identificar fragilidades e fortalezas na linha de cuidado em Saúde Mental de nossa comunidade; principais queixas ou doenças comuns; criar planilha organizada, atualizada e de referência em nossa UBS, procurando uma estratégia para evitar uso abusivo e crônico de psicofármacos (benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, ansiolíticos); elencar os atendimentos de controle pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) dos pacientes modo geral e refletir sobre linha de cuidado de pacientes vulneráveis.

Nesse sentido, foi realizada a partir de uma reunião com a equipe, na qual se identificou que não existem casos graves de usuários em sofrimento psíquico e tão pouco usuários de *crack*. No território existe alto grau de dependentes de álcool que recebem abordagem integral terapêutica dos profissionais do PSF e do NASF.

A partir disso, a estratégia prioritária foi de realizar avaliação de busca ativa entre as fichas de pacientes com transtornos mentais comuns em atendimento pelo NASF e com doenças psiquiátrica que apresentam retorno com especialista, para conhecer os usuários crônicos de medicamentos benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral e realizar re-avaliação dos casos oque continuam com os sintomas da doença.

Durante a reunião criamos uma planilha com os dados gerais e as questões terapêuticas de monitoramento para melhor organização e desenvolvimento do trabalho, conforme abaixo.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA PRETA

CNPJ: 10.343.901/0001-30 EMAIL: smspedrapreta@re.gov.br

Rua Coronel José da Costa Alecrim nº 130 – Centro – Pedra Preta/RN – CEP 59547-000 –
fone: (84) 3536-0038, PEDRA PRETA-RN

PSF I

ACS:

MÉDICO:

PACIENTE:

CARTÃO DO SUS:

SEXO:

IDADE:

MICROARÉA:

DATA E MÊS DA COLETA:

MEDICAMENTO:

TEMPO DE USO:

DIAGNÓSTICO:

DATA DO ULTIMO ATENDIMENTO:

NA FAMÍLIA MAIS ALGUÉM FAZ USO?

Ainda na reunião, discutiu-se sobre o caso da paciente X, residente com esposo, filha e neto, hipertensa, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), apresentando perda de memória há cerca de cinco meses (esquece onde coloca os objetos em casa e de dar recados), insônia recente, indisposição, falta de vigor e refere medo de ter Doença Alzheimer;

realiza atividades domésticas com ajuda da filha. Ao exame físico: Avaliação Cardiopulmonar normal, Pressão Arterial=130x75mmHg, Frequência Cardíaca=69bpm, Frequência Respiratória=18mrp, sem edema periférico e com uso de medicações hipotensoras e psicofármacos.

Neste caso, foi formulada uma linha de cuidado para o bem-estar geral, norteada pelo fluxo do acolhimento em nosso PSF, com ações terapêuticas multidisciplinares em conjunto com o NASF do município, tratamento farmacológico e não farmacológico, referenciando aos serviços de Saúde Mental, iniciado pela ativação da linha de telefone do hospital geral de Saúde Mental, encaminhamento do caso e avaliação coordenada. Quando necessário, a paciente é encaminhada ao município vizinho de João Câmara ou Natal, segundo queixa ou transtorno, recebendo a contrarreferência e continuidade do tratamento em nosso PSF.

Para nossa equipe, é importante a definição de estratégias a partir das necessidades dos usuários, assegurando que o município tenha equipe de Saúde Mental, serviços substitutivos em nosso território garantindo o sistema de referência e contrarreferência, além de promover a integração dos serviços de saúde de forma a garantir a assistência integral dos usuários.

O fato de sentir-se ouvido, compreendido e respeitado em suas necessidades psicossociais cria o sentimento de autoconfiança, estimulando a autocompetência do usuário para a exploração de seus problemas e para encontrar possíveis soluções para eles. O fato da equipe de saúde estar preparada para atender a essas pessoas, ajuda a pessoa a mudar, desistindo de uma maneira de viver insatisfatória e adotando outra mais saudável. Nesse sentido, nosso objetivo, como profissionais de saúde, é estimular a autorreflexão e a tomada de decisões de forma mais consciente por parte do paciente na direção da mais autonomia possível.

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

A microintervenção 5 foi realizada a partir de uma convocação com programação estruturada e participação ativa do médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coordenador da atenção básica na Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) Centro I do município de Pedra Preta, Rio Grande do Norte.

Após responder o questionário, com a colaboração mútua de nossa equipe, protocolos voltados para atenção a crianças e conhecimentos baseados em nossas experiências diárias, constatou-se que a UBS apresenta estrutura de acolhimento baseada nos princípios da bioética profissional, dinamicidade no fluxograma de classificação de risco e correto atendimento com apoio na puericultura.

Nossa ESF possui um calendário para atendimento, de demanda espontânea ou programada, de consultas de puericultura na segunda-feira, pela *manhã*, e quinta-feira, à tarde, atendendo entre 10 e 15 crianças por semana, geralmente com doenças infecciosas gastrointestinais e respiratórias comuns. Nesses casos, além do atendimento, a equipe dispõe de mural ou mini-cartaz na mesa de atendimento médico e de enfermagem no qual às mães tem a possibilidade de melhor compreender sobre as medidas gerais de prevenção das ditas doenças. Para nossa equipe, a elaboração correta da puericultura constitui um elemento essencial que permite criar linhas de solução possíveis para enfrentamento dos problemas de saúde.

A equipe trabalha para o cadastramento de crianças de até dois anos e para tal os ACS realizam busca ativa na comunidade, possuem cadernetas para registrar os dados das crianças e avisam o dia da consulta para as mães ou responsáveis. Na zona rural, a equipe encontra dificuldades de acesso as residências e as famílias de comparecer a UBS, devido a pouca disponibilidade de transporte.

Outra questão fundamental é a busca ativa das crianças com prematuridade e com baixo peso, enfatizando a promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, com benefícios para diminuição da morbidade e das taxas de morte súbita do lactente; redução do risco de hospitalização por Vírus Sincicial Respiratório (VSR), asma, alergias, dermatite atópica e doenças metabólicas.

O PSF recebeu da Secretaria Municipal da Saúde grande remessa de Cadernetas de Saúde da Criança que permite satisfatório acompanhamento e avaliação no atendimento, possibilitando realizar registro e orientação sobre crescimento e o desenvolvimento infantil. A UBS também realiza encontros programados com as mães abordando temas como antecedentes pessoais e familiares, pré-natal e puerpério, desenvolvimento neuropsicomotor, importância de alimentação saudável, atualização vacinal, prevenção de acidentes, identificação de problemas ou sinais de perigo segundo a idade, vulnerabilidade familiar, consultas agendadas ou de urgência, teste do pezinho e da orelhinha e outros cuidados para boa saúde.

Nas visitas domiciliares e consultas reforçamos o papel do ACS e da equipe de saúde, aspectos sobre o binômio mãe e Recém-Nascido (RN) no contexto da família, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento, avaliação da mamada, reforço das orientações dadas no pré-natal e na maternidade.

Outra questão do nosso plano de atenção a saúde da criança, é o acompanhamento da incidência e prevalência do índice de violência nas crianças. Em nosso município, não é comum casos desse tipo, a família é orientada sobre a importância de estabelecer limites de forma amorosa e serena para ajudar a criança a canalizar positivamente a agressividade e não se expressar de forma violenta e destrutiva. Além disso, os pais e/ou os responsáveis são orientados sobre a sexualidade e prevenção de violência sexual, sabendo-se que a criança vivencia a sexualidade pela maneira como são tocadas, seguradas, confortadas, acariciadas, afagadas e cuidadas, sendo assim deve-se estimular as crianças e a família vínculos seguros para facilitar a formação da autoestima, da resiliência e da visão positiva do mundo.

Em nossa equipe também fazemos implementação de bate-papo com nossas pacientes para a identificação de sinais de violência e alterações comportamentais da criança como choros sem motivo aparente, irritabilidade frequente sem causa, olhar indiferente, apatia, tristeza constante, demonstrações de desconforto no colo, reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites, atraso no desenvolvimento, perdas ou regressão de etapas, dificuldades na amamentação, recusa alimentar, vômitos persistentes, aumento da incidência de doenças injustificável por causas orgânicas, com a finalidade do bem-estar individual da criança e família.

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

O relato de experiência 6 ocorreu a partir do surgimento de propostas geradas em reunião com nossa equipe de saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) Centro I do município de Pedra Preta, Rio Grande do Norte. Participaram da reunião médico, enfermeiro, técnicos em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coordenador da atenção básica que avaliaram o desempenho no controle das doenças crônicas não transmissíveis.

A UBS realiza visitas domiciliares e atendimentos programados e espontâneos as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), organizando as ações em terapias farmacológicas e não farmacológicas, sendo estas conhecidas como Mudanças no Estilo de Vida (MEV), que incluem restrição dietética de sódio, redução de peso em pessoas com sobrepeso ou obesidade, evitar o consumo excessivo de álcool, prática regular de exercícios físicos aeróbicos e cessação do tabagismo.

O atendimento populacional em nossa ESF expande-se na área da cidade e na zona rural onde o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com HAS e/ou DM é de até dois dias, ocorre a partir de entrevista acolhedora para conhecer os usuários e baseia-se em protocolos das doenças crônicas não transmissíveis para estratificação de risco dos usuários.

O protocolo de HAS é baseado no fluxograma de avaliação e identificação do tipo de risco cardiovascular: pacientes com classificação de risco cardíaco baixo são do sexo masculino e idade inferior a 65 anos, para eles a equipe realiza conduta de prevenção primária com mudança de estilo de vida, prática de exercícios físicos, redução de sal, dieta balanceada e reavaliação em um ano; risco intermediário, são tabagistas, obesos, sedentários, homem com idade inferior a 55 anos ou mulher com idade menor de 55 anos com história familiar cardiovascular prévia, neste caso aplica-se tratamento farmacológico e retorno com seis meses; risco alto, são pacientes com história de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, ataque isquêmico transitório, nefropatia e retinopatia e a conduta é retorno do paciente em três meses e tratamento farmacológico.

Além disso, a equipe tem como o objetivo principal a análise do risco global do paciente e a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular na detecção de comorbidades através de anamnese que investiga hábitos de vida e história familiar com antecedentes cardíacos; exame físico e exames complementares (glicemia, lipidograma, creatinina, eletrocardiograma-ECG). E a partir disto, efetua-se a escolha efetiva das indicações das classes medicamentosas adequadas para cada caso.

Para usuários com HAS e doença cardíaca, a equipe realiza acompanhamento com medicamentoso hipotensor, verificação semanal de Pressão Arterial (PA), além de exames complementares e consulta médica, procurando atingir a meta ótima de PA. O médico também procura interagir com os resumos clínicos das consultas do cardiologista e programa o atendimento para reavaliação a cada 30 dias, com prioridade e organização. Além disso, a ESF também cria dinamicidade para atendimento em conjunto com ESF vizinhas ou hospitais municipais para exames de rotina laboratoriais e monitoramento clínico.

Os pacientes com DM realizam exames de glicemia de jejum e HbA1C pelo menos duas vezes ao ano, quando estão compensados; em caso de pacientes descompensados. Os exames são realizados a cada três meses. Aliado a isso, o enfermeiro e o médico realizam exame clínico do pé diabético, através da palpação do pulso pedioso e tibial posterior, enchimento capilar bilateral, presença de calosidades, rachaduras, úlceras, edema ou onicomicoses. Entretanto o exame da sensibilidade superficial é prejudicado pela ausência de estesiômetro e exame de fundoscopia. Outros exames podem ser solicitados para avaliação cardiológica, conforme necessidade individual, como ECG.

Na UBS, também é realizada avaliação antropométrica (peso e altura) e de circunferência abdominal, dependendo do resultado, os que apresentam obesidade realizam acompanhamento de medida do perfil lipídico, glicemia e função hepática, bem como é ofertado aconselhamento para mudança de estilo de vida, redução de peso e evitar comorbidades.

Para esses pacientes, a ESF implementa estratégias terapêuticas de estímulo e motivação do paciente com o apoio do profissional da psicologia e o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), com as distintas formas de psicoterapia, aconselhamento nutricional e plano de mudança do comportamento. Quanto a orientação nutricional individualizada é voltada à alimentação saudável, baseada na redução da ingestão de

alimentos ricos em carboidratos, gorduras polissaturadas e açúcares, aumento da ingestão de fibras e líquidos.

Outras questões principais para elevar a qualidade de vida de nossos pacientes são ações em grupo voltadas a educação em saúde para pessoas que querem perder peso. Essas ações incluem atividade física com profissional capacitado a partir de exame físico e cardiológico prévio completo. A atividade física nos pacientes contém etapas de exercícios de alongamento e flexibilidade (5-10 minutos), aeróbicos (20-30 minutos) e de agilidade (15-20 minutos) com frequência entre 3 a 4 vezes pela semana.

Diante de todas essas ações desenvolvidas, apenas um pequeno índice de pacientes com obesidade precisa de encaminhamento para serviço especializado para mudança de estilo de vida e redução de peso.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
PLANEJAMENTO DE AÇÕES PARA A DIMINUIÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS VETORIAIS	Realizada microintervenção com criação de um planejamento de ações na equipe com base no diagnóstico situacional territorial, buscando diminuição de doenças infecciosas vetoriais, ações dirigidas para o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, criação de programas de saúde, ampla cobertura de atendimento e qualidade.	Palestras, grupos dinâmicos entre equipe e usuários, atendimento médico e de enfermagem. A intervenção trouxe benefício para a comunidade e atingiu o monitoramento avaliativo satisfatório permitindo diminuir o fluxo de doentes, além da inclusão da comunidade em programas.	Continuar com as sessões preventivas de doenças infecciosas na quarta feira entre o equipe de saúde e usuários. Motivar a população na higiene da comunidade. Realizar palestras semanais da vigilância epidemiológica. Promover capacitação sobre doenças vetoriais para os ACS.
ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	Essa microintervenção teve o intuito de identificar fragilidades e fortalezas no acolhimento a demanda espontânea e programada em nossa área. Nosso acolhimento é realizado com base no planejamento e procurando atender às necessidades de saúde da população, com base na ética.	A microintervenção foi traçada para algumas ações: ambiente acolhedor para o diálogo entre a equipe de saúde e o usuário da ESF; promoção da saúde; prevenção de	Ações educativas com a equipe e comunidade sobre acolhimento e demanda. Continuar aplicando os níveis de prioridade do usuário garantindo um atendimento mais adequado e equânime a partir da

	<p>Durante a reunião, foi debatido sobre o acolhimento baseado dos princípios da Atenção Primária a Saúde (APS), buscando uma aproximação entre usuário e equipe. Discutiu-se sobre a importância dos atendimentos de demanda espontânea serem realizados em ordem de prioridade e as consultas com demanda programada serem agendadas, sempre orientando a população sobre cada caso.</p>	<p>doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis; modelo de identificação correta dos usuários. Todas as ações e planejamentos criados em conjunto tiveram aprovação da equipe buscando melhoria no acolhimento a demanda espontânea e programada e no nível de satisfação da população.</p>	<p>identificação do problema.</p>
<p>ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO ADEQUADO NO PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO</p>	<p>Nesta microintervenção foi possível detectar diferentes dificuldades, tabus e mitos a respeito da saúde reprodutiva, como o desconhecimento do uso e manipulação dos métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis para o planejamento familiar; a opção de ter ou não ter filhos; prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e diversidade sexual. Nesse sentido, temos que procurar fazer um trabalho com eficiência e efetividade baseado em distintas ações educativas</p>	<p>Realizamos atividades educativas organizadas para os usuários de aconselhamento sobre planejamento reprodutivo. Iniciamos atividades da promoção da saúde do usuário ou do casal com escuta ativa de suas necessidades, dúvidas e preocupações com relação a</p>	<p>Continuar atividades educativas da saúde para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Estimular permanentemente a promoção do planejamento reprodutivo. Prosseguir os encontros educativos sobre ao uso dos métodos contraceptivos, diversidade sexual e relações de gêneros.</p>

	<p>buscando o bem-estar físico, mental e social dos nossos pacientes, a fim de que tenham uma vida sexual segura e satisfatória. Além de criar uma consciência geral de condições prioritárias e maior segurança para as mulheres</p>	<p>prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Criamos encontros educativos com informações aos usuários.</p>	
<p>FERRAMENTAS ACOLHEDORAS PARA O CUIDADO DA SAÚDE MENTAL</p>	<p>Essa microintervenção teve o intuito de identificar fragilidades e fortalezas na linha de cuidado em Saúde Mental de nossa comunidade; principais queixas ou doenças comuns; criar planilha organizada, atualizada e de referência em nossa UBS, procurando uma estratégia para evitar uso abusivo e crônico de psicofármacos (benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, ansiolíticos); elencar os atendimentos de controle pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) dos pacientes modo geral e refletir sobre linha de cuidado de pacientes vulneráveis com alternativas baseadas em reformulações preventivas, extra-hospitalares e multidisciplinares com manejo precoce, buscando o bem-estar geral das</p>	<p>Realizamos busca ativa entre as fichas de pacientes com transtornos mentais comuns em atendimento pelo NASF e com doenças psiquiátricas que apresentam retorno com especialista, para conhecer os usuários crônicos de medicamentos benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor. Elaboramos uma planilha com os dados gerais e as questões terapêuticas de monitoramento para melhor</p>	<p>Continuar com atendimentos de usuários com transtornos mentais comuns em atendimento pelo NASF. Estabelecer de desmame de psicofármacos, quando possível. Continuar com o monitoramento das questões terapêuticas.</p>

	<p>peças em nossa comunidade.</p>	<p>organização e desenvolvimento do trabalho. Formulamos uma linha de cuidado para o bem-estar geral, norteada pelo fluxo do acolhimento, com ações terapêuticas multidisciplinares em conjunto com o NASF.</p>	
<p>A LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA COMEÇA PELA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA</p>	<p>A microintervenção foi realizada com a colaboração mútua de nossa equipe, protocolos voltados para atenção a crianças e conhecimentos baseados em nossas experiências diárias, constatou-se que a UBS apresenta estrutura de acolhimento baseada no princípio da bioética profissional, dinamicidade no fluxograma de classificação de risco e correto atendimento com apoio na puericultura</p>	<p>Elaborado um calendário para atendimento, de demanda espontânea ou programada, de consultas de puericultura na segunda-feira, pela manhã, e quinta-feira, à tarde. Disposição de mural ou minicartaz na mesa de atendimento médico e de enfermagem sobre as medidas gerais de prevenção de doenças infecciosas gastrointestinais e respiratórias comuns</p>	<p>Manter palestras educativas com mães sobre prevenção de doenças infecciosas gastrointestinais e respiratórias comuns infantil. Continuar busca ativa e o cadastramento de crianças de até dois anos na comunidade.</p>

		Busca ativa das crianças com prematuridade e com baixo peso, enfatizando a promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida.	
DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	O relato de experiência é baseado na agenda de trabalho de nossa UBS, a partir das visitas domiciliares e atendimentos programados e espontâneos as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) com atendimento populacional baseado na análise do risco global e a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular na detecção de comorbidades, além do uso do protocolo de HAS e fluxograma de avaliação e identificação de pacientes do tipo de risco cardiovascular.	Organizar ações com terapias farmacológicas e não farmacológicas, sendo estas conhecidas como Mudanças no Estilo de Vida (MEV), que incluem restrição dietética de sódio, redução de peso em pessoas com sobrepeso ou obesidade, evitar o consumo excessivo de álcool, prática regular de exercícios físicos aeróbicos e cessação do tabagismo Investigar através de anamnese hábitos de vida e história familiar com	Desenvolver progressivamente as ações de educação em saúde. Motivar o usuário com o apoio do profissional da psicologia e o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), com as distintas formas de psicoterapia, aconselhamento nutricional.

		antecedentes cardíacos, DM e HAS, realizar exame físico e complementar (glicemia, lipidograma, creatinina, eletrocardiograma-ECG).	
--	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a preparação e execução das diferentes microintervenções, em conjunto com o equipe de saúde, surgiu uma motivação extraordinária a partir da busca de soluções de curto, médio e longo prazo nos atendimentos e acolhimento integral ético e moral dirigido a nossa comunidade, com as distintas ações de implantação e implementação de atenção básica no município, além de permitir organização do processo de trabalho para afrontar qualquer situação problema.

A organização e integração da Rede de Atenção à Saúde, participação, controle social e satisfação do usuário, organização do processo de trabalho e atenção integral à saúde no período pré-natal e puerpério são pilares fundamentais para identificar algumas ideias erradas, tabus e mitos que impedem o desenvolvimento ótimo do planejamento familiar. As atividades realizadas baseadas em reformulações preventivas, extra-hospitalares e multidisciplinares para pessoas em sofrimento psíquico ajudaram no conhecimento e empatia entre a equipe e a comunidade, permitindo reflexões. Além disso, a melhoria acolhimento, nas consultas de puericultura e de usuários doenças crônicas não transmissíveis foi fundamental.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.