



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

AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISTA VERDE

PATRÍCIA OLIVEIRA SILVA

NATAL/RN
2018

**AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA VISTA VERDE**

PATRÍCIA OLIVEIRA SILVA

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

Orientador: Profa. Dra. Daniele Vieira Dantas.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família proporciona expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Dentre as atribuições dos profissionais de saúde da atenção básica, destaca-se a promoção da saúde, que proporciona qualidade de vida aos usuários da unidade, quanto às condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e educação. Sendo possível também diminuir os riscos à saúde e suas vulnerabilidades. Objetiva-se expor as microintervenções executadas na Unidade de Saúde da Família Vista Verde, bairro Pajuçara, Natal, durante o curso para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, por meio do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família. As ações foram planejadas a partir das vulnerabilidades da comunidade, buscando formas de melhorias no serviço e adaptações em relação às exigências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Executaram-se reuniões com a equipe de Saúde na busca dessas vulnerabilidades, construindo um cronograma do que seria realizado em prol da comunidade. As ações contaram com o auxílio de instrumentos desenvolvidos pela equipe. As microintervenções abordaram assuntos como Saúde da Mulher, Acolhimento, Atenção à Saúde Mental, Aleitamento Materno e Diabetes Mellitus. Houve maior interação entre os profissionais de saúde da área 75 (verde) da unidade de Vista Verde. Cada experiência levou a equipe a discutir sobre o que estava sendo realizado de forma ineficiente e o que poderia ser aperfeiçoado.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I:	13
CAPÍTULO II:	17
CAPÍTULO III:	20
CAPÍTULO IV:	22
CAPÍTULO V:	25
CAPÍTULO VI:	27
CAPÍTULO VII:	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

APRESENTAÇÃO

Trata-se do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) referente à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, por meio do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), oferecido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O trabalho foi construído respeitando as orientações do Guia Prático do TCC e da Facilitadora Pedagógica.

Proporciona uma coletânea de seis relatos de experiências, construídos a partir de microintervenções realizadas no território da Unidade de Saúde da Família (USF) Vista Verde, no Estado do Rio Grande do Norte, Natal, bairro Pajuçara.

Trata-se de um território constituído quase que em sua totalidade por residências e poucos pontos comerciais locais, casas com áreas pequenas e muitos habitantes por residência, algumas ruas contam com calçamento e saneamento básico e outras ruas não são calçadas e têm esgoto a céu aberto. É uma área onde poucos usuários têm acesso aos sistemas particular e de convênios, devendo sua saúde ser assistida integralmente pelo SUS, que tem como principal porta de entrada a USF. Assim as microintervenções foram uma forma de proporcionar educação em saúde para essa população e união com os demais membros da ESF para garantir um atendimento de qualidade aos usuários.

Os seis capítulos trabalharam temas como: Saúde da Mulher, Saúde da Gestante, Acolhimento, Atenção à Saúde Mental, Aleitamento Materno e Diabetes Mellitus. Além disso, elaborou-se um capítulo sete, sobre monitoramento e avaliação, sintetizando todas as microintervenções feitas na unidade e seus planos de continuidade.

As intervenções objetivaram trabalhar nos pontos de vulnerabilidade da comunidade, buscando formas de melhorias no serviço e adaptações em relação às exigências do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Com isso, foram executadas reuniões com a equipe de Saúde na busca dessas vulnerabilidades, construindo um cronograma do que seria realizado em prol da comunidade. Para tanto, foram confeccionados instrumentos que auxiliaram no desenvolvimento das ações planejadas.

Levando em consideração a importância e as contribuições das microintervenções para a comunidade de Vista Verde, convido-os para leitura integral de cada atividade realizada, dispostas nos capítulos que constituem esse trabalho.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) segue os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Por meio dela, é possível aumentar a resolutividade da situação de saúde das pessoas, de forma individual e coletivo, através de ações desenvolvidas por equipe multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ações de promoção da saúde fazem parte das atribuições dos profissionais da ESF, fortalecendo-se mediante criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (portaria MS/GM nº 687/2006). O seu objetivo é proporcionar qualidade de vida aos usuários da unidade, quanto às condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e educação. Além disso, é capaz de diminuir os riscos à saúde e suas vulnerabilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No decorrer da especialização oferecida pelo Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) da UFRN, vários temas são propostos para realização de microintervenções na Unidade de Saúde em que o especializando está inserido. Dessa forma, através de reuniões com a equipe de saúde da área foram propostas ações direcionada à saúde da mulher, melhoria do acolhimento realizado na ESF, atenção à saúde mental e controle dos pacientes com Diabetes Mellitus.

Segundo o Protocolo da Atenção Básica (2016) voltada para a saúde das mulheres, são trabalhados temas como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, além do planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Logo, percebe-se a importância da realização de ações educativas voltadas para as mulheres da comunidade, de acordo com suas necessidades e especificidades. Além disso, é preciso realizar uma captação de gestantes da comunidade para participar de consultas de pré-natal e das ações educativas que ocorrem no grupo de gestantes da ESF.

Dentre os assuntos abordados nas atividades educativas, destaca-se o aleitamento materno, que até os seis meses é o suficiente para o desenvolvimento e crescimento da criança, visto que o leite materno contém todos os nutrientes necessários para tal fim (BUENO, 2013). Por isso, sabe-se da relevância de microintervenções com gestantes e mães que frequentam as consultas de Crescimento e Desenvolvimento Infantil, falando

sobre o aleitamento materno exclusivo e a introdução da alimentação complementar a partir dos seis meses de idade da criança.

Outro tema significativo é a melhoria do acolhimento, pois se caracteriza como uma diretriz da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, que permite ouvir as queixas do usuário, reconhecendo o seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento. Leva em consideração também a responsabilidade dos profissionais na resolução de problemas e na resposta às necessidades dos usuários (GARUZI, 2014).

Quanto à abordagem de usuários com algum tipo de transtorno mental, é importante que seja realizada nos serviços de atenção básica, pois os profissionais estão mais próximos ao cotidiano de vida dessas pessoas. Além disso, proporciona a substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo psicossocial, o qual o usuário e família recebem o suporte adequado para suas necessidades através de um trabalho em equipe, de maneira interdisciplinar e intersetorial (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2016).

Além da relevância dos temas supracitados, a assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas também faz parte do dia a dia da ESF. Levando em consideração a grande quantidade de usuários com Diabetes presentes nas unidades básicas de saúde, faz-se necessário promover ações no controle da glicemia e desenvolvimento do autocuidado. Essas atividades são propostas com o objetivo de diminuir a morbimortalidade desses usuários. Sendo assim, é de grande importância a constante melhoria das práticas assistenciais dos trabalhadores da unidade, utilizando a Educação Permanente como principal instrumento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Com o objetivo de melhorar a assistência prestada na Unidade de Saúde da Família Vista Verde, realizou-se microintervenção sobre os temas apresentados nesta introdução. As atividades estão expostas nos capítulos a seguir deste trabalho.

CAPÍTULO I: ASSISTÊNCIA A MULHER NA GESTAÇÃO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISTA VERDE

A importância do trabalho em equipe numa Unidade de Saúde da Família (USF) se dá não só na divisão de tarefas de acordo com profissões da saúde que se complementam entre si no dia-a-dia, mas também na avaliação das dificuldades encontradas na comunidade e planejamento conjunto de novas ações e estratégias que podem vir a se tornar importantes pontos de intervenção nos problemas que mais afetam a aquela população adscrita (FIGUEIREDO, 2011).

Para a avaliação das potenciais fragilidades existentes no cuidado à comunidade atendida pela USF Vista Verde, localizada no bairro Pajuçara, em Natal, área 75 (verde), foi utilizado como instrumento o questionário da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica (AMAQ). Esse que contempla os principais pontos de vulnerabilidade na assistência prestada, tendo como relevância o fato de que possibilita que a equipe de saúde da família se reúna e realize uma autoavaliação de todos os pontos sugeridos pelo instrumento que nos cabe, reflexão acerca do que é passível de melhora através de ações dos profissionais de saúde e aquilo que necessita de intervenções mais profundas que só poderiam partir de esferas superiores dos entes municipal, estadual e federal.

Assim, realizada a autoavaliação, em conjunto, durante reunião (Figuras 1 e 2) com participação da médica, enfermeira, odontóloga, técnica em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), prosseguiu-se à identificação dos pontos de vulnerabilidade maior de cobertura da nossa comunidade vinculada e, dentre eles, verificaram-se aqueles em que seria possível realizar alguma ação de melhoria e adaptação às exigências sugeridas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).



Figura 1. Reunião com a equipe da área 75, USF Vista Verde.



Figura 2. Reunião com a equipe da área 75, USF Vista Verde.

Durante a reunião, foi muito bem observado que seria muito útil que a microintervenção fosse realizada em algum dos grupos de cuidado: idosos, gestantes, crianças e portadores de doenças crônicas, sendo então escolhido em conjunto que a ação seria voltada para atenção à gestante, pois a pontuação no item 4.21 A equipe de Atenção Básica realiza captação das gestantes no primeiro trimestre foi 5, abaixo do esperado. Foi

observado por nós que não há um registro de equipe de qual o número real de gestantes na área 75, como essas gestantes estão distribuídas, qual a situação social dessas mulheres, quantas são acompanhadas conjuntamente no pré-natal de alto risco e quantas realizam seu pré-natal na rede privada de saúde e, portanto, não comparecem à USF.

Baseado na escolha do tema a ser beneficiado, foi reforçado com a equipe, principalmente agentes comunitários de saúde, a importância de identificar e cadastrar de forma precoce as gestantes de suas respectivas microáreas e agendar primeira consulta de pré-natal com a enfermeira da equipe, além de acompanhar longitudinalmente essa mulher na evolução da gestação. Também foi construído um instrumento de registro (Figura 3), que ficará localizado no consultório médico da equipe, visto que a sala de apoio dos agentes de saúde é compartilhada com os profissionais de outra equipes, e este recurso permitirá, mês a mês, que todos os membros da equipe fiquem cientes do número de gestantes existentes na área 75, quantas são acompanhadas no pré-natal de alto risco e quais seus respectivos prontuários.

O instrumento de registro é um painel verde com o título "Equipe 75" e "Número de Gestantes". Ele contém seis tabelas organizadas em uma grade 2x3, representando os meses de Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro. Cada tabela tem colunas para "Microárea", "Gestantes", "Alto risco" e "Prontuários", com sub-totais para cada uma dessas categorias e um "Total" final.

Figura 3. Construção do instrumento para o acompanhamento a gestante da USF Vista Verde.

Após esta etapa, o instrumento deverá ser preenchido ao final de cada mês pelos ACS, somando o número de gestante já em pré-natal na USF e aquelas novas gestantes em

início de pré-natal, além das gestantes que iniciaram acompanhamento conjunto no pré-natal de alto risco.

Espera-se que, em posse deste instrumento devidamente preenchido, a equipe possa planejar ações educativas de acordo com o número de gestantes da área (Encontro de gestantes na USF), convocá-las com maior facilidade para essas atividades, identificar facilmente o número de prontuário daquelas gestantes que, porventura, possam não estar comparecendo às consultas de pré-natal e contactá-las, acompanhar junto à regulação de consultas e exames o andamento dos respectivos pedidos de cada microárea e informá-las caso haja mudança no dia ou horário da consulta de pré-natal. Todas as ações desta microintervenção foram baseadas na Matriz a seguir.

Matriz de intervenção

Descrição do padrão: Acompanhamento das gestantes da área 75 da USF Vista Verde.					
Descrição da situação problema: Deficiência no acompanhamento das gestantes da área 75 da USF Vista Verde.					
Objetivo/meta: Planejamento estratégico das intervenções a serem realizadas no grupo de gestantes.					
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Prazos	Responsável
Registrar gestantes da área 75.	Construir o instrumento. Atualizar instrumento mensalmente.	Cartolina, tesoura, cola, papel e impressora	Ampliar o cuidado. Planejamento de ações.	Maio a dezembro de 2018	Equipe de saúde

Essas ações têm o intuito de ampliar o cuidado e aproximar o usuário do serviço aos profissionais de saúde da equipe responsável. Foi uma experiência estimulante, que levou a equipe a discutir entre si o que estava sendo realizado de forma ineficiente e o que poderia ser aperfeiçoado.

CAPÍTULO II: ESTRATÉGIA PARA MELHORIA NO ACOLHIMENTO DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA VISTA VERDE

O acolhimento, enquanto ferramenta que visa garantir o acesso universal ao serviço de saúde, se pauta na humanização do atendimento por parte dos trabalhadores da saúde, sendo estes treinados a oferecer uma escuta inicial da queixa do paciente que os procura e ajudá-lo com sua dúvida/problema, facilitando também a fluidez do serviço, diminuição do número de filas e organização da Unidade de Saúde da Família (LOPES et al., 2015).

A estratégia de acolhimento que existia na Unidade Saúde da Família (USF) Vista Verde iniciava com a primeira escuta realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos em enfermagem, e estes, avaliando cada caso, encaminhava o usuário para o acolhimento com profissional especializado, o enfermeiro. O enfermeiro realizava a escuta qualificada, avaliava a queixa, resolvia a demanda se fosse de sua competência ou encaminhava ao médico no mesmo dia ou sob agendamento.

Notou-se que existia uma sobrecarga no trabalho dos enfermeiros, pois acabavam recebendo os pacientes para escuta qualificada do acolhimento entre uma consulta e outra, atrasando assim o andamento do pré-natal, coleta de exame citopatológico de colo do útero e aumentando o tempo de permanência dos usuários na unidade. Outro agravante é que das quatro equipes pertencentes à unidade, uma delas se encontra sem enfermeiro, fazendo com que as enfermeiras das outras três áreas tenham que realizar não apenas o acolhimento, mas também os outros atendimentos necessários aos pacientes da área descoberta.

Sendo assim, foi realizada uma reunião que contou com a presença dos quatro médicos, duas enfermeiras (uma estava de férias), administradora e diretora da unidade, com o intuito de buscar uma solução para o problema.

Algumas possibilidades foram levantadas, uma delas foi de realizar rodízio para que a cada dia apenas uma enfermeira fosse responsável por realizar o acolhimento de todas as áreas, não tendo consultas marcadas, porém isso não solucionaria o problema. Então, como melhor solução para a nossa realidade, decidiu-se inicialmente criar uma ficha especializada para acolhimento (Figura 4), apenas para aqueles usuários que irão passar por consulta médica no mesmo dia. Essa ficha conta com informações de identificação do paciente, queixa principal, sinais vitais e glicemia capilar que justificariam

a maior necessidade de passar por consulta, valores de referência e assinatura do enfermeiro responsável pelo acolhimento. A partir dessa ficha, os técnicos de enfermagem da área estariam autorizados a separar o prontuário e inserir aquele paciente na fila de atendimento



UBS VISTA VERDE
RUA LINDA BATISTA, S/N-CEP:59132-780-FONE (84) 3232-8270

FICHA DE ACOLHIMENTO

NOME: _____ DN: __/__/__

HORÁRIO DE CHEGADA: _____ PRONTUÁRIO _____

CARTÃO DO SUS: _____

PARAMETROS DE AVALIAÇÃO	PARÂMETROS ADEQUADOS PARA ACOLHIMENTO
PA= ___X___ mmHg	PA= 180X110mmHg
TEMP= _____ °C	TEMP= 38 °C
GLIC= _____ mg/dl	GLIC= >300 mg/dl
FR _____ rpm	FR= > 30 rpm
FC _____ bpm	FC= > 120 bpm
SAT _____ %	SAT= <92 %

QUEIXA PRINCIPAL

DATA: __/__/__

Enfermeiro (a) Responsável

Figura 4. Ficha de acolhimento dos usuários da USF Vista Verde.

Além da ficha de acolhimento, como solução para melhor organização dos atendimentos dos enfermeiros, optou-se por criar um horário, que vai das 7h30min. às 8h30min., no qual todas as enfermeiras estariam disponíveis a receber os acolhimentos que surgirem naquele dia e, após esse horário, proceder com suas atividades agendadas. Existe, claro, exceção para os casos em que a escuta inicial identifica que a situação do paciente se trata de maior urgência, encaminhando-o ao acolhimento com enfermeiro independente do

horário, porém as demais demandas são orientadas a respeitar o horário do acolhimento de cada dia.

Ao implantar essa estratégia observamos melhor fluidez do serviço, as consultas de acolhimento se tornaram mais específicas para aqueles pacientes que realmente não podem esperar, diminuiu o número de interrupções e facilitou o trabalho da enfermagem, reduziu o tempo de permanência dos pacientes na USF e não se deixou de realizar atendimento, fora do horário de acolhimento, para aqueles pacientes que realmente necessitaram.

CAPÍTULO III: ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A importância de se criar políticas públicas voltadas para a saúde da mulher se dá pelo fato de que essa população está susceptível a uma série de agravos relacionados ao aparelho reprodutivo que, com acompanhamento correto e adequado rastreamento, podem ser diagnosticadas precocemente e ter suas consequências minimizadas.

Durante reunião com a equipe de saúde da família acerca da forma como estamos trabalhando a saúde sexual e reprodutiva, pré-natal e puerpério foi observado que deixamos a desejar acerca de orientações às pacientes sobre saúde da mulher, fazendo com que elas procurem essas informações apenas quando comparecem, por algum motivo, à consulta com a médica ou a enfermeira, além do fato de que múltiplas dúvidas são levantadas pelas pacientes em consulta e essas dúvidas muitas vezes se repetem.

A partir da existência dessa demanda, foi planejado a realização de uma roda de conversa (Figura 5) que contou com a presença dos profissionais da equipe (médica, enfermeira, dentista, técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde-ACS) e as pacientes da área, que foram convidadas em domicílio pelos ACS e durante as consultas na unidade e compareceram conforme seu interesse.



Figura 5. Roda de conversa sobre saúde da mulher

Inicialmente foi apresentado às pacientes pela enfermeira Roberta assuntos acerca da necessidade de realização de exame colpocitológico para diagnóstico precoce de câncer de colo do útero e mamografia, sua importância e impacto na saúde dessas mulheres. Também foi exposto acerca da saúde da mulher no climatério, as mudanças que ocorrem fisiologicamente no corpo, o que esperar desse período, quando se inicia e sintomas mais comuns. A partir daí foi aberto a perguntas e as pacientes puderam questionar acerca de qualquer assunto relativo à saúde da mulher.

Conforme as dúvidas foram surgindo, foi observado que ainda existem muitas questões básicas que não são de conhecimento da população em geral, como a necessidade de realização de mamografia anualmente após os 50 anos para todas as mulheres e não apenas aquelas que têm história familiar positiva para câncer de mama, a necessidade de realização de colpocitológico para todas as mulheres acima de 25 anos e com vida sexual ativa e não apenas aquelas com queixas ginecológicas, entre outros.

Dentre as dúvidas que surgiram, observou-se que muitas estavam relacionadas ao climatério, visto que é uma fase bastante sintomática e que traz insegurança para as pacientes. Foram respondidas todas as perguntas relacionadas ao assunto e orientado que aquelas pacientes com sintomas como fogachos, hipermenorréia, irritabilidade, entre outros, agendassem consulta médica para que estas questões sejam tratadas, feitas as devidas orientações e para que possam passar por este período de forma mais confortável.

A partir dessa experiência a equipe percebeu que o tema saúde da mulher ainda merece muito investimento visto a quantidade de dúvidas levantadas pelas pacientes e os temas relativos a mulheres em outras faixas etárias que merecem ser melhor explorados.

CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Foi realizada reunião de equipe que contou com a presença da médica, enfermeira, técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e foi discutido, entre outros tópicos, a necessidade de manter um registro dos pacientes em uso de psicotrópicos na nossa área e informações relativas às medicações, sendo construída uma planilha contendo informações como nome, prontuário, medicação (apresentação e posologia incluídas) e quantidade de comprimidos dispensados na devida data.

Vale ressaltar que o número do prontuário já nos permite visualizar qual a ACS responsável por aquela residência visto que o número da microárea faz parte do número do prontuário. A planilha é virtual e está no computador do consultório da médica da equipe, uma vez que foi consenso que assim poderíamos diminuir o impacto ambiental com uso desnecessário de papel e eliminar o problema de criar um espaço para armazenar de forma segura e acessível aos membros da equipe essas informações. Essa planilha é alimentada mensalmente pelas ACS nos dias da especialização da médica, quando esta não usa o computador do consultório, e pela própria médica quando o paciente comparece à consulta.

Quanto à linha de cuidado, foi selecionada uma paciente que não mora na nossa área, porém é atendida por mim por estar passando por problemas de saúde mental e não ter posto de saúde de referência, ficando sua atenção à saúde descoberta. A paciente X, 38 anos, com quadro de ansiedade e depressão, obesidade e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é cuidadora de sua mãe, 71 anos, portadora de HAS e Diabetes Mellitus (DM) e com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), sendo a mãe completamente dependente dos cuidados da filha tanto para alimentação como para cuidados pessoais, possuindo ainda dificuldade de comunicação relacionada ao quadro neurológico avançado. Como X é a única cuidadora de sua mãe e tratar dela é uma tarefa que exige muito do seu tempo pelo fato de ser dependente completamente, a filha acaba por renunciar ao cuidado com a própria saúde, vida social, lazer e sono.

Sendo assim, a paciente X desenvolveu um transtorno misto ansioso e depressivo (CID 10: F41.2) com episódios de pânico, o que gerava grande sofrimento psíquico, choro fácil, labilidade emocional, compulsão alimentar e baixa autoestima. Após conversa a respeito do problema, iniciei tratamento com Fluoxetina 20mg/dia (medicamento de

escolha para transtornos ansiosos) e a encaminhei ao psicólogo, também agendei retorno para um mês após início do uso da medicação.

Ao retornar, a paciente relatou que não houve melhora do quadro e permanecia com os mesmos sintomas, assim como conduta aumentei a dose de Fluoxetina para 40mg/dia e associei um benzodiazepínico de baixo potencial de induzir dependência, à noite, Alprazolam 0,5mg/dia e orientei retorno após um mês. Ao regressar a paciente relatou que houve alguma melhora dos sintomas ansiosos, mas ainda mantinha episódios de pânico quando sua mãe adoecia (tosse, febre) por medo de perdê-la e baixa autoestima, porém melhorou a qualidade do sono. Como observei a necessidade de substituição da medicação em uso, tentei contato com psiquiatra que pudesse ajudar na condução do caso, quando observei necessidade de encaminhamento ao especialista, descobri que minha unidade não conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) geral de referência, apenas CAPS Álcool e Drogas (AD), assim como não conta com Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), e os pacientes que são acompanhados por psiquiatra são encaminhados ao Centro de especialidades.

Desta forma, discuti o caso com um residente de psiquiatria com o qual tenho contato e fui orientada a substituir a Fluoxetina por outro Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS) que também tivesse efeito anorexígeno, uma vez que a paciente tem queixa importante de dificuldade de perda de peso. Neste caso, foi sugerida a Sertralina 50mg/dia, com aumento da dose para 100mg/dia após um mês de uso e manter o Alprazolam por mais um mês durante o período de adaptação à Sertralina, devendo sua dose ser reduzida pela metade até suspensão do medicamento nos meses posteriores, além de acompanhamento mensal da paciente. Dessa maneira foi conduzido e, após um mês, a paciente retornou referindo melhora dos sintomas ansiosos, que sua mãe havia adoecido com gastroenterite porém a paciente não apresentou a mesma reação de medo generalizado que apresentava antes, encontrava-se mais disposta no dia-a-dia e tinha iniciado a prática de atividade física (musculação), além de ter diminuído os episódios de compulsão alimentar.

Com a melhora do quadro, a parabeneizei pelo progresso do tratamento, segui o plano de aumento da dose de Sertralina e diminuição progressiva do Alprazolam e aguardo o retorno para o acompanhamento. Conto como plano de cuidado a proposta de manter a Sertralina em dose terapêutica (100mg/dia) durante seis meses, dependendo da evolução do caso, pois é o tempo mínimo de tratamento com ISRS para esse tipo de transtorno de

humor para que seja diminuída a chance de reincidência. Também pretendo diminuir a dose de benzodiazepínico pela metade até a retirada total da medicação, desde que não haja queixa de perturbação do sono pela paciente, ao que pretendo substituí-lo por um inibidor do sono. E ainda aguardo consulta com o psicólogo para acompanhamento conjunto.

CAPÍTULO V: ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A importância do aleitamento materno se dá não só por se tratar de um alimento completo, mas também porque o leite materno contém anticorpos produzidos pela mãe que protegem o bebê contra várias doenças, o ato de sugar ajuda no desenvolvimento da musculatura da face e há o fortalecimento do vínculo mãe-bebê (BUENO, 2013).

Por ser um alimento completo, o leite materno deve ser fonte exclusiva da alimentação do lactente até os seis meses de idade sem a necessidade de adicionar nenhum tipo de complemento, nem mesmo água. Porém, a partir dessa idade, a mãe deve começar a introduzir outros tipos de alimentos, gradualmente, na alimentação da criança, além de água. Essa introdução de alimentação complementar deve ser orientada pelos profissionais da saúde.

Na unidade de saúde, há um dia (dois turnos) por semana no qual são realizadas as consultas de Crescimento e Desenvolvimento (C e D), sendo elas feitas pelas enfermeiras de cada área, beneficiando lactentes e pré-escolares de até dois anos, já com retorno agendado para consulta subsequente. O C e D é acompanhado através do cartão da criança avaliando peso, altura, perímetro cefálico e Índice de Massa Corpórea (IMC) para a idade, além de vacinas, marcos do desenvolvimento neuropsicossocial, orientações alimentares e de cuidados do bebê. Caso algum desses parâmetros esteja alterado, o médico da área é informado e orienta a enfermeira a proceder sobre o assunto ou agendar consulta, se for necessário. Também são realizadas consultas de pediatria agendadas pela própria mãe com o médico da área, que ocorrem na frequência de um turno por semana. A sala de vacinas funciona todos os dias da semana nos dois turnos, estando os profissionais aptos a receber adultos, crianças, idosos e gestantes.

Pensando nisso, foi planejado e organizado para a Unidade de Saúde da Família Vista Verde uma palestra que contou com a presença de todos os profissionais de saúde da unidade e foram convidados a participar mães com filhos de até um ano de idade e gestantes, de todas as quatro áreas cobertas pela unidade de saúde.

Inicialmente foi realizado um primeiro momento no qual os profissionais falaram acerca da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade,

incentivando a adesão das mães a essa prática e desmistificando as principais crenças, em especial a crença de que o leite materno sozinho não é suficiente para alimentar e ajudar no desenvolvimento do bebê e de que é necessário complementar a amamentação com água em dias quentes para que o bebê não fique desidratado.

Também foram feitas orientações acerca da introdução da alimentação complementar a partir dos seis meses de idade, inicialmente com “papa de frutas”, amassadas apenas e jamais liquidificadas, uma vez que a textura ajuda no desenvolvimento da musculatura mastigatória do bebê; oferecida com colher; sem a necessidade de adição de açúcar; sem misturar dois tipos diferentes de fruta inicialmente, para que a criança aprenda a reconhecer e se acostumar com o sabor de cada fruta e em quantidades graduais alternando com aleitamento materno.

Também foi orientado que a partir da introdução da “papa de frutas” deve-se iniciar a inclusão da “papa salgada”, esta devendo conter inicialmente cereais, tubérculos e verduras cozidos (batata, cenoura), e gradualmente serem associados a carnes, sendo oferecida ao longo do dia em alternância com água, aleitamento materno e “papa de frutas”.

A partir da explanação das orientações foi aberto um espaço para perguntas das mães, com dúvidas relativas às dificuldades enfrentadas na amamentação e os tipos mais adequados de alimentos que devem ser utilizados para complementar a alimentação do bebê, sua quantidade e forma de preparação, além dos alimentos que devem ser evitados nos primeiros anos de idade.

Esta experiência foi bastante positiva em relação à educação em saúde, trazendo as orientações para todas aquelas mães que tinham dúvidas e para aquelas mães que estavam agindo de forma inadequada com amamentação e alimentação complementar por falta de informação.

CAPÍTULO VI: CONTROLE DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para avaliar o que pode ser aprimorado no cuidado aos pacientes com doenças crônicas da comunidade atendida pela equipe da área 75 (verde), foi realizada uma análise dos instrumentos que já dispomos e ações que já são executadas e o que ainda pode ser melhorado.

Assim, durante reunião de equipe com participação da médica, enfermeira, técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), prosseguiu-se a descrição das ações desenvolvidas pela equipe: registro por parte dos ACS dos pacientes de suas respectivas áreas que são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM); atendimentos em um dia na semana - dois turnos - reservados para consulta médica dos pacientes do HIPERDIA, que não necessitam pegar fila para marcar consulta uma vez que esta é agendada pelos próprios ACS conforme solicitação do paciente; tempo de espera de um paciente com doenças crônicas para consulta de seguimento costuma ser em torno de duas semanas, porém vale ressaltar o fato de que quando se trata de diagnóstico e início de tratamento (primeira consulta), em casos mais graves, como pico hipertensivo ou hiperglicemia importante, o paciente pode procurar diretamente a enfermeira da área e, conforme disponibilidade, ser atendido o mais rápido possível.

Dessa forma, utilizamos o questionário disponibilizado na microintervenção 6 para responder se estamos cumprindo com as prioridades do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Assim observamos que a equipe realiza consultas periódicas para pessoas com HAS e DM; o tempo de espera para consulta de HIPERDIA costuma ser de uma semana; a equipe não utiliza protocolos para estratificação de risco dos pacientes com HAS e DM; a médica da equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovasculares nos pacientes atendidos; as ACS contam com caderno de registro de pessoas com HAS e DM em suas respectivas áreas bem como as medicações que fazem uso; a equipe não realiza acompanhamento específico de usuários com diagnóstico de doença cardíaca; a médica da equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos, já agendando retorno e solicitando exames para acompanhamento;

a equipe não possui registro específico dos usuários com HAS com maior risco/gravidade; a equipe não coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com HAS e DM que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção; a equipe não possui o registro dos usuários com HAS e DM de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção; a médica da equipe programa as consultas e exames de pessoas com DM em função da estratificação dos casos, já agendando retorno e solicitando exames para acompanhamento; a médica da equipe realiza exame do pé diabético nos usuários quando os mesmos comparecem à consulta de HIPERDIA; a médica da equipe encaminha os pacientes diabéticos para o oftalmologista para que seja realizado exame de fundo de olho anualmente; a equipe (técnicos de enfermagem) realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários que irão passar por consulta médica e de enfermagem; após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe não realiza nenhuma ação específica, apenas orienta os riscos inerentes à obesidade e fica a critério do paciente se o mesmo deseja realizar acompanhamento nutricional e atividade física.

Observou-se que seria de fundamental importância manter o registro dos pacientes diabéticos em uso de insulina, uma vez que estes merecem maior atenção da equipe visto a complexidade do caso e o risco de complicações. Assim, foi de comum acordo que seria interessante elaborar uma tabela para que pudessem ser registrados dados referentes a o nome do paciente que faz uso de insulina, seu prontuário (a partir do qual se pode inferir qual a ACS responsável), tipo de insulina utilizada e dose, bem como uso concomitante de outras medicações (Metformina, antihipertensivos) e data da última consulta médica e dos últimos exames de rotina, que devem ser realizados a cada seis meses. Esta tabela é virtual, se encontra no computador da médica da equipe e é alimentada com os dados após as consultas, conforme modelo abaixo.

Nome	Prontuário	Insulina	Outras medicações	Última consulta	Últimos exames
P. J. S.	7501xxx	NPH 22UI manhã + 13 UI às 22h	Metformina 500mg 0 + 1 + 0 Losartan 50mg 1 + 0 + 1	10/10/18	17/09/18

Esta microintervenção nos ajudou a refletir durante a reunião de equipe sobre o quanto ainda podemos fazer pelos pacientes da nossa área, que até então não estamos dando o nosso melhor, que somos uma equipe unida, com vontade de extrair o máximo do nosso trabalho para que possamos realizar ações mais eficientes na comunidade, devendo

estar atentos a planejar de acordo com o que é mais necessário para os usuários e melhorar nossos pontos fracos.

CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
Assistência a Mulher na Gestação: Proposta de Intervenção na Unidade de Saúde da Família Vista Verde.	Através de reunião em equipe, realizou-se autoavaliação sobre a área 75 da Unidade de Saúde Vista Verde e observou-se que não havia um registro do número real de gestantes da área. Com isso, discutiu-se sobre a importância de identificar e cadastrar de forma precoce as gestantes de suas respectivas microáreas e agendar primeira consulta de pré-natal, acompanhadas longitudinalmente durante a gestação. A partir disso, criou-se um instrumento que permitirá que todos os membros da equipe fiquem cientes do número de gestantes existentes na área e quantas são acompanhadas no pré-natal de alto risco e seus respectivos prontuários. Devendo ser preenchido pelo Agente Comunitário de Saúde a cada final de mês.	Criação de instrumento para controle do número de gestantes da área 75 (verde). Ampliação do cuidado e aproximação dessa população com a equipe de saúde. Experiência estimulante, que levou a equipe a discutir entre si o que estava sendo realizado de forma ineficiente e o que poderia ser aperfeiçoado.	Manter o registro mensal das gestantes em acompanhamento pela equipe 75. Manter o registro das gestantes em acompanhamento conjunto com o pré-natal de alto risco.
Estratégia Para Melhoria no	O acolhimento garante acesso universal ao serviço de saúde,	Melhor fluidez do serviço.	Manter a estratégia de acolhimento

<p>Acolhimento da Unidade Saúde da Família Vista Verde.</p>	<p>pautando-se na humanização do atendimento dos trabalhadores da saúde. Notou-se a existência de sobrecarga no trabalho dos enfermeiros, pois acabavam recebendo os pacientes para escuta qualificada do acolhimento entre uma consulta e outra, atrasando assim o seu andamento. Como solução, decidiu-se criar uma ficha especializada para acolhimento apenas para os usuários que irão passar por consulta médica no mesmo dia. Além disso, preconizou-se um horário (7h30min às 8h30min) no qual todas as enfermeiras estariam disponíveis a receber os acolhimentos que surgirem naquele dia e, após esse horário, proceder com suas atividades agendadas.</p>	<p>As consultas de acolhimento se tornaram mais específicas para aqueles pacientes que realmente não podem esperar. Houve diminuição do número de interrupções e facilitou o trabalho da enfermagem. Reduziu o tempo de permanência dos pacientes na USF e não se deixou de realizar atendimento fora do horário de acolhimento para aqueles que realmente precisavam.</p>	<p>implantada, visto seu impacto positivo no funcionamento da unidade de saúde. Estudar novos métodos de melhorar o acolhimento na unidade de saúde.</p>
<p>Atenção à Saúde da Mulher na Unidade Básica de Saúde</p>	<p>Durante reunião com a equipe, observou-se que deixamos a desejar acerca de orientações às pacientes sobre saúde da mulher, fazendo com que elas procurem essas informações apenas quando comparecem à consulta médica ou de</p>	<p>Foram retiradas todas as dúvidas que foram surgindo sobre os assuntos abordados. A equipe percebeu que o tema saúde da mulher ainda merece</p>	<p>Realizar novas rodas de conversa acerca de saúde da mulher com frequência trimestral. Englobar as mulheres de outras áreas em parceria com as outras equipes da unidade,</p>

	<p>enfermagem, além do fato de que múltiplas dúvidas são levantadas pelas pacientes em consulta, muitas vezes se repetindo. A partir disso, planejou-se realizar uma roda de conversa entre os profissionais e as mulheres da comunidade, que foram convidadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Foram abordados os seguintes assuntos: exame colpocitológico e câncer do colo do útero; mamografia e câncer de mama e climatério.</p>	<p>muito investimento visto a quantidade de dúvidas levantadas pelas pacientes e os temas relativos a mulheres em outras faixas etárias que merecem ser melhor explorados.</p>	<p>com intuito de promover educação em saúde para um número maior de pessoas. Abordar temas diferentes em saúde da mulher a cada encontro, com planejamento prévio junto à equipe.</p>
<p>Atenção à Saúde Mental</p>	<p>Através de uma conversa entre os profissionais da equipe, percebeu-se a necessidade de se manter um registro dos pacientes em uso de psicotrópicos na área e informações relativas às medicações. Para isso, seria construída uma planilha contendo informações como nome do paciente, prontuário, medicação e quantidade de comprimidos dispensados na devida data. Quanto à linha de cuidado, selecionou-se uma paciente que não mora na área, porém é atendida por estar</p>	<p>A paciente escolhida para a linha de cuidado apresentou melhora com as mudanças de medicações, encontrava-se mais disposta no dia-a-dia e tinha iniciado a prática de atividade física, além de ter diminuído os episódios de compulsão alimentar. Ainda se aguarda consulta com o</p>	<p>Manter registro contínuo dos pacientes em uso de psicotrópicos da área em questão. Planejar junto à equipe maneiras de conscientizar os pacientes da necessidade de desmame progressivo dos benzodiazepínicos, para aqueles pacientes aptos, e dos riscos do abuso dessas medicações.</p>

	<p>passando por problemas de saúde mental e não ter posto de saúde de referência, ficando sua atenção à saúde descoberta. Durante seu acompanhamento, as medicações foram trocadas e adaptadas para sua necessidade, mostrando resultado positivo.</p>	<p>psicólogo para acompanhamento conjunto.</p>	
<p>Aleitamento Materno e Alimentação Complementar</p>	<p>Por ser um alimento completo, o leite materno deve ser fonte exclusiva da alimentação do lactente até os seis meses de idade sem adicionar nenhum tipo de complemento. Dada essa importância, planejou-se uma palestra que contou com a presença de todos os profissionais da unidade e foram convidadas as mães com filhos de até um ano e gestantes de todas as quatro áreas da unidade de saúde. Abordaram-se temas como: a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, incentivando as mães para isso. Foi comentado também a respeito da introdução da alimentação complementar quando a criança alcança os seis meses.</p>	<p>Experiência foi bastante positiva em relação à educação em saúde, trazendo as orientações para todas aquelas mães que tinham dúvidas e para aquelas mães que estavam agindo de forma inadequada com amamentação e alimentação complementar por falta de informação.</p>	<p>Devido ao sucesso da estratégia, manter palestras trimestrais acerca desse assunto visto que há sempre novas mulheres em fase de lactação e crianças em fase de introdução da alimentação complementar. Convidar também outros membros das famílias para os encontros, como os pais e avós.</p>

<p>Controle dos Pacientes com Diabetes Mellitus Insulino-Dependente na Atenção Primária</p>	<p>Avaliou-se o que pode ser aprimorado no cuidado aos pacientes com doenças crônicas da área 75, realizando a análise dos instrumentos existentes e ações que já são executadas. Dessa forma, utilizou-se o questionário disponibilizado para responder se as prioridades do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) estavam sendo cumpridas. Observou-se, então, que seria de fundamental importância manter o registro dos pacientes diabéticos em uso de insulina. Assim, foi elaborada uma tabela para que pudessem ser registrados dados referentes ao nome do paciente que faz uso de insulina, seu prontuário, tipo de insulina utilizada e dose, outras medicações e data da última consulta médica e últimos exames de rotina.</p>	<p>Perceberam-se lacunas no atendimento a esses pacientes. Foi possível refletir durante a reunião de equipe sobre o quanto ainda podemos fazer pelos pacientes da área 75. Percebeu-se que a equipe é unida e tem vontade de extrair o máximo do trabalho para que se possa realizar ações mais eficientes na comunidade, planejando-se de acordo com as necessidades dos usuários.</p>	<p>Manter registro dos pacientes diabéticos dependentes de insulina e acompanhamento mais próximo a esses pacientes. Iniciar registro dos pacientes com Hipertensão Arterial de difícil controle (uso de três ou mais medicações para controle pressórico) e planejar acompanhamento mais frequente aos mesmos.</p>
---	--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da realização destas microintervenção na USF Vista Verde se dá, não só pelo maior entrosamento que proporcionou à equipe, devido à realização de múltiplas reuniões onde se discutiu o que poderíamos melhorar acerca de diversos temas, mas também pelo impacto positivo na comunidade, que participou dos eventos propostos e ganhou muito em educação em saúde.

Muitos dos usuários apresentam abertura e disponibilidade para participar de ações coletivas de promoção à saúde, principalmente as mulheres da comunidade, porém esse número ainda pode ser melhorado para promover um alcance maior às pessoas da comunidade. Os profissionais de saúde também têm disponibilidade e boa vontade para a realização de eventos e contamos com o apoio da direção da unidade, que incentiva a efetivação dessas ações coletivas.

Planeja-se dar continuidade às atividades já realizadas, aperfeiçoando o que pode ser melhorado e repetindo as experiências positivas, bem como planejar novas formas de intervenção na comunidade.

REFERÊNCIAS

- BUENO, K. C. V. N. **A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para promoção de saúde da mãe e do bebê**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4276.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018.
- CAMATTA, M. W.; TOCANTINS, F. R.; SCHNEIDER, J. F. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 281-288, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0281.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UMA-SUS. São Paulo: UNIFESP, 2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 07 nov. 2018.
- GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da Portaria MS/GM nº 687/2006. Brasília: MS, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 26 nov. 2018.
- _____. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da saúde, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 26 nov. 2018.
- _____. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 26 nov. 2018.