



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

**INTERVENÇÕES EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE
DE NATAL COMO PARTE DA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

RAQUEL TIEZZI FERNANDES

NATAL/RN
2018

INTERVENÇÕES EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE NATAL
COMO PARTE DA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS

RAQUEL TIEZZI FERNANDES

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: Daniele Vieira Dantas

Àqueles que estão longe enquanto trabalho no Programa Mais Médicos.

AGRADECIMENTOS

Aos familiares e amigos.

À orientadora Daniele Vieira Dantas, pelas orientações, incentivo e compreensão ao longo do ano.

E aos responsáveis pela criação do Programa Mais Médicos, que levou médicos àqueles que tanto necessitavam.

RESUMO

O trabalho consiste em uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervensões em unidade básica de saúde na cidade de Natal em 2018. As micro-intervenções consistiram em ações para melhoria da oferta de serviços à população assistida no território da equipe de estratégia de saúde da família e promoção de saúde. As ações envolveram aprimoramento do acolhimento ao usuário; novo modelo de agendamento de consultas médicas; educação permanente aos profissionais da equipe; integração com outros serviços envolvidos no cuidado com a saúde mental, seguindo também a abordagem de acordo com a clínica ampliada; busca ativa para cadastramento e consultas de crescimento e desenvolvimento para as crianças; grupo de promoção da saúde e socialização de idosos.

Palavras-chave: programa mais médicos; acolhimento; atenção primária à saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	07
2. CAPÍTULO I: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos na atenção básica: reflexão da equipe e implantação de novo modelo de agendamento	08
3. CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	10
4. CAPÍTULO III: Educação Permanente para os profissionais da equipe	12
5. CAPÍTULO IV: João, o sujeito biopsicossocial	15
6. CAPÍTULO V: Saúde da Criança em Foco	18
7. CAPÍTULO VI: Promoção da saúde em pacientes idosos e com doenças crônicas	20
8. CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação	22
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
10. REFERÊNCIAS	25

APRESENTAÇÃO

O trabalho consiste em uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções em unidade básica de saúde na cidade de Natal – Rio Grande do Norte no ano de 2018, como parte da Especialização em Saúde da Família e do Programa Mais Médicos.

Tal território, constituinte do distrito de saúde oeste da cidade de Natal, esteve sem médico vinculado à estratégia de saúde da família por mais de dois anos. A minha escolha pelo território iniciou-se da vontade de participar do Programa Mais Médicos após término da minha graduação em Medicina na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. A motivação inicial foi conhecer uma realidade distinta do meu estado de origem, São Paulo, e estado de graduação, Rio de Janeiro, e poder ofertar meus serviços à uma população que carecia de cuidados na área básica.

Me deparei com uma equipe que, por ter ficado grande período de tempo sem vínculo com um profissional médico estava desorganizada quanto às funções cadastrais, estatísticas, epidemiológicas e de vigilância da estratégia de saúde da família. Além disso, a falta de profissionais na equipe dificultam as ações nesse sentido e permanecem sendo um desafio.

O objetivo das intervenções é de organizar, modernizar e aprimorar a forma de se oferecer serviço de saúde à população, de acordo com as orientações do ministério da saúde, além de demonstrar aos profissionais envolvidos a importância de tais mudanças, para que as mesmas não fiquem vinculadas e dependentes de um profissional específico, como o médico, mas estejam enraizadas na equipe.

Os relatos estão dispostos em forma de 6 capítulos em que cada capítulo é o relato de uma microintervenção.

CAPÍTULO I: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos na atenção básica: reflexão da equipe e implantação de novo modelo de agendamento

Foi realizada reunião de equipe para realização do Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ) coletivamente. Os pontos eram discutidos entre os profissionais da equipe e as notas eram dadas a cada critério. Obtivemos classificação satisfatória em infraestrutura, equipamentos da unidade e insumos. A classificação foi insatisfatória em educação permanente, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde, participação social e satisfação do usuário, classificação da dimensão da equipe (perfil da equipe, processo de trabalho e atenção integral à saúde).

Durante a discussão para realização do AMAQ, foi possível uma reflexão a respeito dos pontos fortes e fracos da equipe e, desses pontos fracos, o que seria possível fazer para realizá-lo.

A fim de melhorar a participação social e satisfação do usuário, sugeri que as consultas não mais seguissem o modelo de agendamento por turno, mas por horário. O modelo por turno faz com que o usuário tenha que esperar longas horas pelo seu atendimento apesar de previamente agendado. O usuário tem que chegar na madrugada para ser um dos primeiros a ser atendido no início dos atendimentos da manhã, caso contrário acaba sendo um dos últimos da fila e tem que aguardar até o final da manhã. Esse usuário, então, passava muitas horas esperando. A situação gerava um estresse na população, um gasto de tempo que ele poderia utilizar fazendo outras coisas em casa ou no trabalho, além de gerar uma ansiedade no profissional, um aglomerado de pessoas na unidade, aguardando pelos corredores. Uma sobrecarga matinal na sala do preparo, já que todos os indivíduos da unidade com consulta agendada para aquele turno teriam que realizar o preparo no início, concentrando as atividades desse setor, favorecendo até mesmo ao erro, como troca de prontuários, aferições de Pressão Arterial Sistêmica (PAS) incorreta.

A princípio, foi me comunicado que poderia haver resistência ao modelo de horário marcado por parte de profissionais do preparo, que apesar da concentração de atividades por turno, poderiam preferir esse modelo, pois depois disso poderiam realizar outras atividades. Conversei com a técnica de enfermagem da equipe para que explicasse aos

outros profissionais a ideia e o quanto ela seria benéfica principalmente ao usuário, e, conseqüentemente, ao profissional e à Unidade.

Não gostaria mais que o meu paciente fosse maltratado pelas longas horas de espera e propus realizar o preparo (aferição de PAS e peso) durante a consulta, para conseguir concretizar a mudança. Tive apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe e da enfermeira.

Imprimi fichas para serem entregues ao usuário com espaço para preenchimento da data e do horário da consulta médica pelo ACS responsável pelo acolhimento. E a partir daquele momento as consultas seriam colocadas por horário na minha agenda.

Desde o início da implantação, os usuários reagiram de forma positiva, aprovando a mudança e encarando-a como melhoria. Eu também fiquei muito satisfeita por oferecer ao usuário um serviço com maior qualidade e, como costumo dizer para a equipe, “não se acomodar com o mais simples e oferecer o serviço da forma como gostaríamos de tê-lo para nós mesmos”. A empatia e o colocar-se no local do usuário pode auxiliar a reflexão sobre o serviço que oferecemos.

Os pacientes então chegavam às consultas menos ansiosos e estressados, a agenda fluiu com atrasos máximos de quarenta minutos. A pressão arterial era aferida em condições mais calmas e próximas da ideal, com aparelho manual e técnica adequada.

Essa foi a primeira microintervenção. Muitas outras se fazem adequadas. Mas pouco a pouco vamos trabalhando para que levemos alguns questionamentos aos profissionais e às equipes e a necessidade de mudança e melhoria. Para isso, outro ponto a ser melhorado com prioridade é a Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica. Pois qualquer mudança se inicia e tem mais força quando se tem conhecimento e se está atualizado profissionalmente.

CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

A Equipe 17 da Unidade Mista de Felipe Camarão, na qual fui inserida, ficou por mais de dois anos sem médico fixo que exercesse a Estratégia Saúde da Família (ESF). Os atendimentos médicos eram prestados por médicos contratados em uma medida mais emergencial de cooperativas, com uma alta rotatividade e que atendiam um número fixo de pacientes. Acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação não eram abordados nesse tempo e foram se perdendo nas práticas do dia a dia dentro da equipe.

A agenda, em um sistema de marcação de consultas cuja função foi delegada pela enfermeira para uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), funcionava de forma a acolher alguns indivíduos, mas longe de ser o ideal. O modelo era o de vagas, no qual fichas eram disponibilizadas sem critério, de acordo com o número de atendimentos a ser exercido pelo médico cooperado.

Além desse modelo de agenda permitir as filas madrugadeiras, prejudiciais ao usuário, também favorecia práticas criminosas de comercialização de lugares na fila e venda de fichas. Além disso, colocar apenas um profissional da equipe como responsável pela agenda faz com que em situações de saída desse profissional do cargo gerem instabilidade em toda a equipe, já que os outros profissionais não estavam preparados para realizar essa função. Todos os profissionais deveriam estar capacitados e interessados em acolher e agendar o paciente.

Ao iniciar minhas atividades na unidade, não consegui obter dentro da equipe as informações do território quanto a número de indivíduos, diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças, usuários de medicamentos controlados, já que existem duas microáreas descobertas de ACS e mesmo as com agentes de saúde não me forneceram essa informação. Então um primeiro passo foi dado no sentido de modificar a agenda para experimentar e conhecer a demanda desses grupos específicos. Turnos seriam destinados a hipertensos e diabéticos, a crianças, a gestantes e outros a demandas que não se encaixassem em nenhum desses. Para os grupos específicos, não seria necessário pegar uma ficha de atendimento, bastando solicitar à ACS responsável pela agenda a marcação. As demandas aleatórias se mantiveram no modelo de fichas.

No entanto, apesar do agendamento e da distribuição de fichas, em todos os turnos algumas vagas são destinadas ao encaixe de pacientes naquele dia, para conseguir atender a

demandas espontâneas e não enrijecer a agenda. Isso traz uma certa flexibilidade aos profissionais e aos usuários.

Apesar disso, não existe ainda um treinamento e protocolo para a equipe fazer esse acolhimento e essa triagem. Ponto que ainda precisamos desenvolver. Em alguns casos os pacientes aparecem diretamente na minha porta e eu acabo traçando a conduta de encaixar na agenda do dia ou orientar para retornar em outro momento. Nem sempre há um profissional da equipe disponível para acolhimento na recepção

Paralelamente aos passos dados dentro da equipe, nós, profissionais do Mais Médicos da unidade, nos reunimos com enfermeiras e outros representantes de nossas equipes em uma grande reunião juntamente com nosso supervisor do programa para dialogarmos no sentido de padronizar as condutas das equipes, que até o momento se encontram heterogêneas, seguindo sua própria linha e seu próprio modelo de agenda. Nessa primeira reunião, os modelos de cada equipe foram expostos, troca de experiências e uma comissão foi criada para manter a discussão e solucionar questões apontadas além de criar protocolos para o acolhimento.

Para padronizar o acolhimento e escuta qualificada na unidade, é de grande importância a educação continuada não apenas para os profissionais médicos, mas os outros profissionais das equipes. Ainda há divergências de condutas, divergências de experiências clínicas, que tendem a serem amenizadas quanto mais conhecimento é difundido para os profissionais.

Com um acolhimento planejado e padronizado, o usuário se beneficiaria com o fim das filas de madrugada para distribuição de fichas, teria mais acesso ao atendimento seja pelos médicos ou enfermeiros; as demandas reprimidas diminuiriam; além disso, os profissionais do acolhimento e da escuta qualificada teriam mais segurança e resolução em suas decisões, diminuindo também a sua sobrecarga.

CAPÍTULO III: Educação Permanente para os profissionais da equipe

Ações educativas de planejamento reprodutivo e acessibilidade aos métodos contraceptivos para aqueles pacientes que manifestam desejo em utilizá-los estão entre as prioridades de ações da equipe. Isso porque no dia a dia da prática, os profissionais deparam-se com inúmeros casos de gravidezes não planejadas e mulheres e homens que não desejam uma gravidez, mas que também não utilizam nenhum método contraceptivo apesar da prática sexual frequente.

Apesar de grupos educativos abordando sexualidade e planejamento reprodutivo ainda não serem realizados pela equipe, os temas são constantemente abordados em consultas médicas. Nestas, são promovidos esclarecimentos sobre a decisão de ter filhos, métodos contraceptivos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), além de questões de empoderamento feminino, mostrando a mulher como protagonista de seu próprio corpo e autora das decisões sobre ele.

Não basta, porém, apenas difundir o conhecimento sobre os métodos contraceptivos. É preciso oferecê-los e facilitar o acesso a eles pela população. Contraceptivos hormonais injetáveis (mensais e trimestrais) e orais estão sempre disponíveis na unidade básica. No entanto, outros métodos como o dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre e os contraceptivos definitivos (laqueadura ou vasectomia) ainda tem o seu acesso dificultado, já que dependem do encaminhamento via sistema de regulação, que em muitos casos ocorre de forma lenta. Para que o DIU passe a ser implantado na própria unidade, faltam capacitações dos médicos generalistas das equipes.

No que diz respeito ao pré-natal e puerpério, as gestantes acompanhadas pela equipe são registradas em um livro, porém esse registro se dá após a primeira consulta na unidade. Como há microáreas sem cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS) dentro do território da equipe, o processo de busca ativa ainda não acontece integralmente. Para facilitar a busca ativa de gestantes que faltem ao pré-natal em data prevista, um calendário de gestantes está sendo criado.

As cadernetas são adequadamente preenchidas e os exames complementares são solicitados de acordo com o guia de pré-natal do Ministério da Saúde (MS). No entanto, algumas gestantes demoram a receber os resultados dos exames pelo laboratório. Em alguns casos, os resultados nunca chegam, atrasando as etapas de solicitação de exames do

pré-natal. Outra falha importante e recorrente no sistema do pré-natal é que, apesar de serem solicitadas durante as consultas médicas as ultrassonografias (USG) obstétricas, estas solicitações vão para o sistema de regulação e na maioria das vezes não são agendadas. Algumas gestantes acabam optando por realizar os exames em setores privados.

Nas consultas do pré-natal os temas de cuidados nutricionais e estilo de vida saudável são frequentemente abordados. Assim como as mudanças do corpo materno e a saúde mental, direitos sociais e trabalhistas. A maioria das gestantes comparece ao pré-natal sozinhas, mas a participação dos parceiros no processo da gestação é constantemente incentivada. Além disso, o processo da amamentação e da importância desta para o filho e a mãe também são abordados a fim de diminuir a insegurança materna.

No puerpério, um ACS ou a enfermeira realiza a visita puerperal em até sete dias e agendam a consulta médica puerperal para manutenção do vínculo, avaliação da puérpera, orientações gerais e início da puericultura.

Dentro da temática de planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, tão importante quanto o processo de educação da população é a educação permanente dentro da própria equipe, já que os profissionais são multiplicadores de informações sobre saúde para a população. Como existiam divergências de condutas e de conteúdo orientados a população, detectou-se a necessidade de atualização de acordo com os guias e protocolos mais atuais do Ministério da Saúde.

Um exemplo de informação erroneamente difundida é sobre o preventivo ser o exame para diagnóstico e rastreamento de vaginoses e que poderia ser realizado a partir do início da atividade sexual da paciente, independente da idade. Com o incentivo e realização de exame citopatológico de colo de útero de rastreamento em adolescentes de 15 anos, diferente da população alvo preconizada pelos guias do MS. Alguns outros exemplos seriam exames desnecessariamente solicitados no pré-natal e a ideia de check up laboratorial em crianças sem queixas.

A fim de se evitar a informações errôneas ou desatualizadas a população, foram iniciados grupos de estudos dentro da própria equipe, com bibliografias oficiais do MS ou de sociedades médicas. Esses estudos terão continuidade mensal em uma das reuniões de equipe. A cada reunião um novo tema será abordado e direcionado para cada categoria de profissional, a fim de homogeneizar as condutas e que estas sejam corretas e atuais.

Como desafio, tem-se a resistência de profissionais que tem dificuldade em aceitar informações novas ou o embasamento científico acima de opiniões e crenças pessoais. Porém, pouco a pouco, seja em um grupo de estudos oficial ou em conversas durante outras interações da equipe, as informações vão sendo trazidas e discutidas, formal ou informalmente, a fim de atingir ao máximo de profissionais envolvidos no processo de trabalho. Apesar da resistência de alguns profissionais, a maioria tem aceitado de forma positiva e tem corrigido as informações difundidas.

O que torna o processo de educação permanente mais difícil é que não basta oferecer capacitação, depende de que os profissionais queiram se manter estudando e se aprimorarem. A informação com a tecnologia nos dias atuais é facilmente acessada em qualquer local, está disponível, porém o indivíduo precisa querer buscá-la e compreendê-la.

CAPÍTULO IV: João, o sujeito biopsicossocial

Ao entrar na equipe, encontrei como desafio o registro de pacientes dos grupos prioritários solicitados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como o de pacientes em uso contínuo de medicamentos de controle especial. Apesar de existirem cadernos com a finalidade, estes se encontravam desatualizados, assim como o cadastramento de pacientes das micro-áreas. Ressalta-se que duas micro-áreas estão sem cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e mesmo as que tem cobertura de ACS há falta de informações.

Em reunião de equipe propus o início do registro dos pacientes de saúde mental em uso de medicamentos controlados em fichas individuais com as principais informações sobre o paciente, dados pessoais e de contato, medicamentos em uso, últimas consultas no setor especializado e multidisciplinar (psiquiatria, psicologia e Centro de Atenção Psicossocial-CAPS) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), risco e vulnerabilidade. A equipe aceitou esse cadastramento feito por mim durante as consultas e espero que sirva de motivação para que também façam essa busca ativa de dados e participem desse processo trazendo as informações conseguidas nos cadastramentos das famílias.

Dentre os pacientes registrados nas fichas de medicamentos controlados está um paciente que nesse relato chamarei pelo pseudônimo de João. João buscava com frequência atendimento na UBS com queixa de tosse, dispneia e a crença de ter tuberculose. Inúmeros testes de baciloscopia direta em escarro negativos e consultas especializadas em pneumologia com o diagnóstico de enfisema pulmonar não eram suficientes para afastar o medo de estar com tuberculose e de morrer com essa doença assim como seus pais que acreditava terem morrido com tuberculose.

Seguindo a proposta de clínica ampliada, percebi que João não estava apenas doente dos seus pulmões. A forma como interpretava e lidava com a doença e o medo demonstrava que João também precisava de cuidado da mente, já que isso o afetava mais que a dispneia ou o escarro da exacerbação da doença pulmonar.

Uma postura de acolhimento foi traçada, João era atendido e orientado nas inúmeras vezes que aparecia na unidade, mesmo sem agendamento. E João aparecia muitas vezes. Em um primeiro instante essa frequência com que João recorria ao serviço poderia gerar impaciência na equipe, mas, enxergando João como sujeito biopsicossocial,

percebíamos um homem sozinho, desde que seus pais faleceram e que a família o rejeitou por seu vício em álcool e drogas e comportamento inadequado.

Encaminhei João para consulta com psiquiatria via Sistema de Regulação (SISREG), essa consulta nunca foi agendada, talvez pela enorme demanda no município de Natal e pela baixa oferta de consultas com especialistas ofertadas no sistema. Enquanto fazia acompanhamento com pneumologista, comigo na UBS e aguardava a consulta com atendimento especializado psiquiátrico, João tentou suicídio. Não conseguiu, tentou novamente, sobreviveu. E, depois disso, buscou atendimento na Unidade contando que tinha medo da doença e de morrer, mas que o fardo fora tão grande, que João colocou o medo de lado para tentar um fim ao seu sofrimento mental e solidão.

A assistência ainda não estava adequada. Encaminhei João para o CAPS, com carta explicando toda a situação. Ele foi atendido e passou a fazer acompanhamento semanalmente em grupos de terapia e em consultas mensais com psiquiatra. Teve o diagnóstico de transtorno bipolar e iniciou o uso de carbolítium 300mg.

João nunca deixou de ir à UBS. Além do acompanhamento, precisava da transcrição de laudos dos especialistas para conseguir algum auxílio financeiro para se manter, já que suas doenças pulmonares e da mente o impossibilitavam de trabalhar naquele momento e não possuía nenhuma fonte de renda. Recorria à ACS por celular quando se sentia sozinho ou com medo de algumas alucinações, ingerindo durante uma delas inúmeros comprimidos de carbolitium de uma vez.

Em uma de suas últimas visitas à UBS, João se queixava de tosse, já tinha ido à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) fazer exames, mas queria mais exames, queria mais antibióticos. Comentou que em consulta com psiquiatria no CAPS exigiam a presença de um acompanhante e estava preocupado pois não sabia se conseguiria um acompanhante. Além disso, queixou-se de azia e, ao receber a receita de omeprazol com a orientação de tomar um comprimido trinta minutos antes do desjejum, respondeu “mas doutora, eu não tomo café da manhã, não tenho dinheiro para comprar comida, as vezes almoço na casa de algum conhecido, mas não dá para ficar indo lá todo dia, né”. Perguntei para João sobre a possibilidade de ir em um restaurante popular que abriu no bairro de Felipe Camarão no último mês, mas, segundo ele, nesse restaurante também precisava ter dinheiro (1 real a refeição) e nem isso ele tinha. Às vezes ele bebia pela solidão, às vezes porque melhorava a fome.

Após essa consulta e esses relatos, convoquei a equipe novamente, alguma ação seria necessária no sentido de ajudar esse homem sozinho e sem condições até mesmo de se alimentar. Decidimos recorrer ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), onde uma ACS e eu fomos pessoalmente para conhecer o local, os serviços que poderiam oferecer à população e passar o caso de João. João já era conhecido pelo CRAS e estava sendo acompanhado por lá. Em 6 meses havia conseguido 3 cestas básicas. Mas teria esse homem sozinho e doente condições de cozinhar e de se manter com essas cestas básicas? Já era alguma coisa, mas essas cestas básicas tardavam meses para serem aprovadas e estavam chegando à quantidade máxima que poderiam ser oferecidas. No entanto, apesar dos desafios pactuou-se que o caso seria estudado e novas estratégias seriam traçadas. Também foi pactuado um maior vínculo entre a nossa equipe e o CRAS, assim como orientações gerais também sobre o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O próximo passo será encaminhar João para o CAPS Álcool e Drogas (AD), para que também tenha assistência em sua dependência ao álcool e para que, ao passar o dia ali, consiga se alimentar gratuitamente. Seguiremos acompanhando João, assim como muitos outros em situação similar a João que apareçam na nossa unidade.

Além desses serviços, estreitaremos laços e lutaremos por uma atuação mais presente do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em nossa unidade e utilizaremos do Apoio Matricial que iniciou nesse mês na UBS oriundo de um projeto de psiquiatria do Hospital Universitário Onofre Lopes. Eu e toda a equipe aprendemos com o caso relatado, conhecemos melhor os dispositivos da rede de atenção e assistência em Natal e continuaremos o aprendizado, para ajudarmos ao máximo e da forma mais adequada a cada indivíduo.

CAPÍTULO V: Saúde da Criança em Foco

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser entendida, em sua forma mais abrangente, como organizadora do sistema de atenção à saúde. Como funções da APS tem-se a resolução de problemas de saúde comuns, coordenação de fluxos e contrafluxos de indivíduos, produtos e informações pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) e comprometimento com a saúde da população usuária que está vinculada às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MENDES, 2015).

Em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída através da portaria nº 1.1303. Nessa portaria, foram apresentados princípios e diretrizes para criação de planos, programas, projetos e ações de saúde para as crianças. A PNAISC está estruturada em eixos estratégicos como atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção aos agravos prevalentes na infância e doenças crônicas; às situações de violência, prevenção de acidentes; atenção integral às crianças com deficiência ou situações de vulnerabilidade e vigilância e prevenção de óbito (BRASIL, 2015).

Com relação à atenção à saúde da criança, a equipe do território 17 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Felipe Camarão realiza suas ações seguindo os eixos estratégicos instituídos pela portaria n.º 1.303/2015. Neste sentido, executa o acompanhamento infantil desde o pré-natal até o seguimento das crianças através de consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD). A abordagem dessas consultas visa primariamente a avaliação e registro de vacinação, testes de triagem neonatal, avaliação do crescimento e marcos do desenvolvimento, estado nutricional, dificuldades em alimentação, detecção de agravos à saúde e violência familiar, prevenção de acidentes e promoção da saúde.

Devido a falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na equipe 17, fazendo com que 3 micro-áreas dessa equipe fiquem sem cobertura desses profissionais, há falta de dados estatísticos sobre o total de crianças cadastradas em nosso território de cobertura. A ausência deste mapeamento dificulta a busca ativa de pacientes que se ausentam do acompanhamento regular na unidade.

Para facilitar a busca ativa das crianças, está em fase de elaboração de fichas para o cadastro dessas crianças que contenha dados pessoais, número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), situação vacinal, consultas programadas em CD, agravo em saúde ou

vulnerabilidade. O preenchimento dessas fichas depende da atualização cadastral das famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe.

Além do cadastro das crianças, ações como atendimentos coletivos, palestras lúdicas nas escolas (com temas como higiene oral, lavagem de mãos) e divulgação da importância de manter o calendário vacinal atualizado em orientações em sala de espera para os usuários são ações promovidas para o melhor cuidado da população infantil.

CAPÍTULO VI: Promoção da saúde em pacientes idosos e com doenças crônicas

As doenças crônicas, em geral, se caracterizam por início insidioso, prognóstico variável e duração longa ou por tempo indeterminado. A apresentação clínica da doença varia com o decorrer do tempo e pode apresentar períodos de agudização, gerando incapacidades. Para a abordagem dessas doenças, faz-se necessário o uso de tecnologias leves, leves-duras e duras, associadas ao estímulo de mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2013).

A atenção ao indivíduo com doença crônica é fundamental a coordenação e integração dos serviços e ações de saúde pelas redes de Atenção à Saúde (RAS), além da integralidade e qualidade do cuidado à saúde (MENDES, 2011). Como atributo da RAS, o serviço de Atenção Primária em Saúde é o primeiro nível de atenção, além de ser para de entrada ao sistema. O atendimento multidisciplinar oferecido pela equipe nesse nível deve cobrir a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades do indivíduo e sua saúde (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, para esta microintervenção, com a finalidade de criação de novos projetos e ações para a melhoria da atenção às pessoas com doença crônica, a equipe se reuniu e respondeu o questionário proposto baseado em Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), conforme Figuras 1 e 2.

Com o objetivo de aumentar o conhecimento acerca de suas doenças crônicas, ações para controle, além do tratamento exclusivamente medicamentoso, visando propiciar ao indivíduo um espaço para compartilhar experiências próprias e troca de conhecimento, a equipe optou pela criação de um grupo chamado BEM ESTAR.

O enfoque do grupo não na doença, mas na saúde. Hábitos mais saudáveis serão estimulados, além de abordar temas de acordo com a demanda do grupo. A faixa etária prioritária para o grupo é de idosos, porém é aberta a qualquer indivíduo de qualquer faixa etária que manifeste interesse em participar.

Na primeira experiência do grupo percebeu-se uma demanda muito grande dos idosos em espaços de socialização. Eles sentiam-se sozinhos ou sobrecarregados por demandas familiares, sejam financeiras ou de cuidado, dedicando-se pouco ao autocuidado.

Além de conversas, promovemos momentos de relaxamento e alongamento, refeições saudáveis e, futuramente, serão promovidas caminhadas e passeios. Incentivamos a socialização dos indivíduos para além do grupo.

A equipe de forma geral sentiu-se estimulada com a criação do grupo. Como desafios, teremos o aumento da adesão da população ao grupo, além de aumentar a participação de toda a equipe de saúde, já que alguns membros não participaram fazendo com que outros se sentissem sobrecarregados.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da intervenção	Resumo	Resultados	Plano de continuidade
Consulta com hora marcada	Equipe pioneira na unidade em realizar consultas com horário marcado, em vez de ordem de chegada no turno.	Facilitou acesso da população por diminuir tempo de espera de consulta dentro da unidade, diminuição de conflitos entre os usuários e profissionais da unidade, diminuição da superlotação de corredores.	Manutenção da prática em agenda por toda a equipe e todas as outras equipes da unidade.
Acolhimento	Aprimoramento do acolhimento em conjunto com todas as outras equipes da unidade através de um rodízio para a escuta inicial e qualificada para agendar consultas de pacientes em quaisquer dias da semana e resolução das demandas do dia quando direcionadas por meio de uma estratificação unificada da demanda.	Facilitou acesso da população à unidade de saúde e à resolução de suas demandas.	Manutenção e aprimoramento do modelo implementado através de reuniões para relatos dos profissionais envolvidos no processo para continuação do aprimoramento do
Educação permanente	Incentivo aos profissionais para educação permanente a fim de se manterem atualizados e padronização de condutas.	Oferecer aos usuários condutas mais atualizadas e evitar intervenções desnecessárias.	Aulas e discussões programadas com a finalidade de educação permanente através da leitura de bibliografia atualizada ou de convite de profissionais especialistas nos temas.
Saúde mental multidisciplinar e multissetorial	Cadastramento de usuários de medicamentos de controle especial, assim como abordagem multidisciplinar e multissetorial aos mesmos.	Conhecer estatisticamente a população, além de facilitar a busca ativa dessa população e oferecer ao usuário uma melhor assistência em saúde mental.	Reforçar a todos os membros da equipe a importância em se manter cadastros e dados atualizados, além de solicitação de profissionais para a equipe para suprirem a demanda nas

			microáreas descobertas de agente de saúde, já que faltam dados especialmente dessas regiões.
Cadastramento de crianças	Cadastramento das crianças do território para busca ativa de crianças com atraso em realização do CD.	Conhecer a população de crianças do território, assim como verificar o crescimento e desenvolvimento das mesmas, promoção de saúde e atualização de calendários vacinais em atraso.	Reforçar a todos os membros da equipe a importância em se manter cadastros e dados atualizados, além de solicitação de profissionais para a equipe para suprirem a demanda nas microáreas descobertas de agente de saúde, já que faltam dados especialmente dessas regiões.
Grupo Bem Estar do Idoso	Promoção grupo para a discussão de práticas saudáveis aos idosos, assim como o incentivo à socialização dos mesmos, já que foi uma das principais demandas relatadas por eles no primeiro dia	Prevenção de doenças e promoção de hábitos de vida saudáveis. Além da interação social entre os idosos.	Melhorar a divulgação do grupo para aumentar a adesão da população ao mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2018, a principal mudança na unidade de saúde e equipe foi a forma com que o usuário se relaciona com ambas e a facilitação de acesso ao usuário às consultas com enfermeiros ou médicos e às informações. Antes das mudanças, o usuário apenas conseguia agendar consultas em um dia e horário específicos da semana, depois de uma longa espera em uma fila em frente a unidade antes da abertura da mesma. Além de dificultar o acesso por ser restritivo, tal prática permitia práticas criminosas de venda de fichas de consultas por membros da sociedade local. Além disso, o agendamento de consultas por horário e não por ordem de chegada no turno diminuiu o tempo de espera desse usuário para a consulta, além de diminuir a superlotação em corredores e os conflitos entre os próprios usuários e com profissionais.

A principal dificuldade encontrada ainda é fazer com que todos os profissionais entendam que a estratégia de saúde da família vai além de uma consulta médica e envolve processo de territorialização e fornecimento de dados cadastrais e epidemiológicos de cada microárea.

Outra grande dificuldade foi a falta de profissionais dificultando o processo de trabalho, já que os profissionais presentes ficam sobrecarregados com acúmulo de funções e, em diversos momentos, desestimulados.

A equipe está satisfeita com as melhorias que as intervenções trouxeram, porém ciente que ainda há muito a ser trabalhado. A estratégia de saúde da família está sendo reorganizado após um longo período de desorganização e falta de dados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015, 5 ago. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: out. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
