



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

RELATO DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O
PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JADER DE FARIAS, EM BREJO GRANDE(SE)

RAUL ENRIQUE GARCIA BAUZA

NATAL/RN
2018

RELATO DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O PROGRAMA MAIS
MÉDICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JADER DE FARIAS, EM BREJO
GRANDE(SE)

RAUL ENRIQUE GARCIA BAUZA

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

Orientador: Ricardo Henrique Vieira de
Melo





RESUMO

Introdução: Este trabalho é composto de uma coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de micro intervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Jader de Farias, no Município de Brejo Grande, no Estado de Sergipe. **Objetivo:** Relatar o planejamento e a execução de micro intervenções propostas nos módulos do curso de especialização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). **Metodologia:** Foram feitas reuniões sistemáticas para autoavaliação de processos de trabalho, leitura e discussão de protocolos assistenciais, bem como rodas de conversas reflexivas para problematização e busca de soluções e planejamento coletivo de intervenções. **Resultados:** Nesse contexto, entre outros ganhos, a equipe teve êxito na: identificação e discussão dos principais problemas percebidos; implantação de encontros periódicos para monitoramento e avaliação do processo de trabalho; melhoria no agendamento desafogando as filas existentes; redução no agendamento de consultas após implantação do acesso avançado; aumento no vínculo entre usuários e equipe de saúde; identificação de situações desfavoráveis para um acompanhamento de qualidade. **Considerações finais:** Para sustentar os ganhos alcançados, é conveniente: manter calendário de discussões sistemáticas; monitorar as matrizes de planejamento geradas durante a autoavaliação; manter o calendário das atividades educativas para a comunidade; proporcionar momentos para reavaliação dos fluxos de atendimento para equilibrar as demandas; organizar a referência e a contra referência aos serviços especializados, além da humanização no atendimento acolhendo com resolutividade o sofrimento humano.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	13
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	19
CAPÍTULO 5	24
CAPÍTULO 6	28
CAPÍTULO 7	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

APRESENTAÇÃO

A UBS Jader Pereira de Farias encontra-se localizada no povoado Brejão localizado a leste da sede do município de Brejo Grande e a 130 km da capital Aracaju. O município tem um dos menores IDH do Brasil e o 3º menor do Estado. Possui temperatura média anual de 26 °C, e precipitação média de chuvas de 1200mm/ano. Brejão é o maior povoado da região, é cercado por afluentes que deságuam na Foz do São Francisco. Possui umas das mais belas paisagens do litoral nordestino. Sua economia é baseada na cultura do coco, arroz, pecuária e turismo. Atualmente tem uma população estimada de 2636 habitantes.

O próprio nome Brejão dos Negros foi dado exatamente por ter sido ali um local de refúgio de escravos que conseguiram fugir dos engenhos de Brejo Grande, situados a cerca de 8 km da cidade. Nesse local eles praticavam rituais, plantavam seus próprios alimentos e viviam da pesca e da caça.

Este texto se trata de um trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS), pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), composto por de seis relatos de experiência, que foram construídos a partir de micro intervenções, considerando as potencialidades e as fragilidades apresentadas na equipe de trabalho.

Foram muitos os resultados alcançados, entre eles: a identificação e discussão dos principais problemas percebidos; a implantação de encontros periódicos para monitoramento e avaliação do processo de trabalho; a melhoria no agendamento desafogando as filas existentes; a redução no agendamento de consultas após implantação do acesso avançado; o aumento no vínculo entre usuários e equipe de saúde; e a identificação de situações desfavoráveis para um acompanhamento de qualidade.

Assim, convido os leitores para conhecer um pouco do dia a dia de um profissional do Programa Mais Médicos, no contexto rural do nordeste brasileiro.

CAPÍTULO I: Observação da UBS Jader de Farias em Brejo Grande(SE)

A UBS Jader Pereira de Farias encontra-se localizada no povoado Brejão localizado a leste da sede do município de Brejo Grande e a 130 km da capital Aracaju.

Será relatado o processo de autoavaliação dos serviços de saúde prestados pela Equipe de Atenção Básica (EAB) nº2 da Unidade Básica de Saúde (UBS) através dos critérios avaliativos do AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Será descrito também a formulação de uma matriz de intervenção a partir de questões levantadas durante realização do instrumento AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

Foi agendada uma reunião para a realização do AMAQ pela equipe, a fim de realizar a leitura e debate dos padrões e indicadores expostos no material. Foram convocados para reunião todos os membros da equipe de saúde. Contando com a presença do médico, enfermeiras, coordenadora, técnica de enfermagem e 5 Agentes Comunitários de Saúde.

Dentro dos principais problemas de saúde identificados na área de abrangência a equipe selecionou: a baixa adesão dos usuários com HAS e DM ao tratamento não medicamentoso; o elevado índice de obesidade; o uso indiscriminado de psicotrópicos e as queixas ortopédicas.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos usuários com DM ao tratamento não medicamentoso.	Alta	7	Parcial	1
Baixa adesão dos usuários com HAS ao tratamento não medicamentoso.	Alta	7	Parcial	2
Elevado índice de obesidade.	Alta	6	Parcial	3
Uso indiscriminado de psicotrópicos.	Alta	5	Parcial	4
Queixas ortopédicas (lombalgia,	Alta	4	Parcial	5

artralgias, etc.).

Após priorização dos mesmos, segundo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento foi selecionado como primeiro a ser enfrentada a baixa adesão de usuários com DM ao tratamento não medicamentoso, com ênfase na educação nutricional.

Foi escolhido o problema, considerando os seguintes critérios: nota ≤ 5 , factibilidade de resolução e independência da gestão municipal para realização.

Os usuários com DM são uma demonstração palpável de que os fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente relacionados no surgimento de muitas doenças. Existem fatores que tem uma relação direta com o padecimento do DM como a dieta inadequada, sedentarismo, obesidade e tabagismo.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destas pessoas, são necessárias medidas que facilitem a modificação dos hábitos e estilos de vida inadequados assim como o acesso a medicamentos. O conhecimento da enfermidade e suas complicações por parte das pessoas com DM, suas famílias e os membros da equipe de saúde é fundamental para a adesão disciplinada ao tratamento tanto medicamentoso como o não medicamentoso. Na vivência cotidiana podemos observar o abandono do tratamento devido a diversos motivos; a falta de informação efetiva em quanto às características da doença, sua condição de evolução crônica e incurável, os mitos sobre a alimentação, entre outros.

Quadro 2: Matriz de Intervenção, 2018.

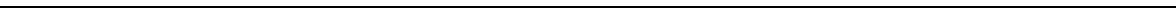
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida dos usuários com DM, seus familiares e população em geral.
Projeto	+ saúde
Resultados esperados	Diminuir o índice de pessoas com DM sedentárias e obesas no prazo de um ano. Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis.

	Prevenir o DM e suas complicações.
Produtos esperados	Campanha educativa de nutrição balanceada através de folders, cartazes, palestras, rodas de conversa e dinâmica de grupo. Programa de atividade física e caminhada. Campanha de prevenção com orientação nutricional.
Atores sociais/ responsabilidades	ACS para convidar a população. Médica, nutricionista e enfermeira para a orientação nutricional. Fisioterapeuta e educador físico para dar instruções sobre a atividade física e realizar monitoramento da mesma.
Recursos necessários	-Organizacional: Organização de atividades de educação nutricional, 1 vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses e plano de exercícios físicos supervisionados, 2 vezes por semana por 6 meses. -Cognitivo: Busca de informação sobre o tema. -Financeiro: Aquisição dos folhetos educativos. -Político: Mobilização social para formar parcerias com educadores físicos, voluntários, espaço para as atividades físicas e parcerias com agências de publicidade.
Recursos críticos	-Político: Disponibilização de espaços físicos para as atividades físicas e adesão de educadores físico-voluntários e nutricionista. -Financeiro: Obtenção de verba para confecção dos folhetos educativos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Reunião com a equipe de saúde e o NASF.
Responsáveis:	Enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e nutricionista.
Cronograma / Prazo	Trinta dias para o planejamento das ações e elaboração dos materiais a serem utilizados. Dois meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Reunião mensal de acompanhamento com a enfermeira, nutricionista e médica. Avaliação nutricional dos usuários com DM após seis meses de início das atividades.

A segunda parte da reunião consistia em estabelecer uma ferramenta para registrar e monitorar os indicadores de qualidade do PMAQ. Estes indicadores são: média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante; percentual de atendimentos de

consultas por demanda espontânea; percentual de atendimentos de consulta agendada; índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; razão de coleta de material citopatológico do colo do útero; cobertura de primeira consulta odontológica programática; percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida; percentual de encaminhamentos para serviço especializado; razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas; percentual de serviços ofertados pela EAB; percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal e índice de atendimentos realizados pelo NASF.

Ficou estabelecido então que, além do uso dos dados do painel, será utilizada também uma planilha eletrônica para acompanhamento de alguns indicadores. Os indicadores que serão acompanhados foram escolhidos considerando a maior facilidade na coleta de dados e importância na prática diária da equipe. Os dados acompanhados serão: média de atendimento de médicos e enfermeiros por habitante, percentual de atendimentos por demanda espontânea, percentual de atendimentos por consulta agendada e número de preventivos realizados.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada na UBS Jader de Farias em Brejo Grande(SE)

Para haver um acolhimento de qualidade em qualquer serviço de saúde, seja hospitalar ou em nível de atenção básica, é preciso enfrentar inúmeras dificuldades que existem e outras que surgem diariamente, acolher a população é uma tarefa bastante difícil para os profissionais, principalmente quando se trata de pessoas doentes, o trabalho de conscientização da população é bastante importante pois evita que eles não fiquem chateados com a equipe caso ele não seja atendido, criando um elo entre a população e a unidade básica de saúde .

Com o crescimento populacional das cidades conseqüentemente aumenta a busca pelos serviços de saúde, desta forma, o problema de acesso a saúde estaria também ligada a qualidade do modelo de atenção operante nessas unidades é fundamental repensar nos aspectos de organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção dos novos saberes em gestão de saúde.

O acolhimento é apresentado como diretrizes de maior relevância ética, estética e política. Ética, por se palpar no reconhecimento da subjetividade do usuário, estética quando propõem a dignificação da vida e do viver, e política pelo fato de implicar o compromisso coletivo de envolvimento no processo de produção de saúde. O acolhimento na política nacional de humanização, não se resume a ações isoladas e pontuais como uma recepção confortável, uma triagem administrativa ou um bom encaminhamento para os serviços especializados. Ele deve ser atravessado por processos de responsabilização buscando a criação de vínculo a partir da escutar de problemas, troca de informações, reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilita intervenções eficazes em trono das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. O acolher deve possibilitar a abertura para recepção das demandas dos usuários visando encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador da saúde. Acolher é um compromisso de resposta as necessidades dos cidadãos que procura os serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Para que o atendimento seja presente e recorrente nas unidade de saúde, e preciso que tenha contato direto e vínculo estreito com as equipe de saúde para que seja discutido a forma como esta sendo implantado, com empatia, saber qual e o caminho que o paciente esta percorrendo dentro da unidade, ou seja como ele chega, como e recepcionado, quem o recepciona, oriente e instruir, para onde tem que ir depois do atendimento, enfim todas

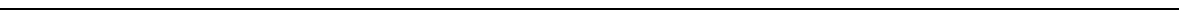
essas práticas resulta em um atendimento rápido e eficaz e conseqüentemente, melhorando a qualidade no atendimento e refletindo no bem esta do paciente.

O desafio do profissional que trabalha em uma unidade básica de saúde é aumentar a qualidade do atendimento visando o bem-estar da população, usando como exemplo a unidade básica de saúde onde trabalho, a equipe desenvolveu um cronograma estratégico buscando atender da melhor forma a população, onde encaixamos os programas descritos pelo ministério da saúde como.

Com essas medidas consegui um agendamento mais confortável, desafogar as filas existentes. E proporcionar atendimento de melhor qualidade para a demanda espontânea reduzindo a espera para o atendimento. O paciente ao chegar à unidade, a equipe acolhe, avalia e encaminha para a sala correspondente de acordo com necessidade do mesmo. O atendimento pode ser tanto para o consultório médico, de Enfermagem ou Odontológico. Eu tenho que acrescentar que todos os dias de serviço um por cento dos pacientes tem doenças que precisam ser tratadas naquele momento e não podem esperar. Outro ponto em que trabalhamos é priorizar o retorno aos pacientes que realmente precisam.

Os resultados alcançados com essas novas medidas foi reduzir o máximo de agendamentos de consultas, não retardar o atendimento ao paciente e conseqüentemente seu tratamento criando um elo entre profissional e paciente implantando o modelo multidisciplinar. É válido frisar que mesmo em dias de programas agendados, o publico que procura a unidade recebe atendimento.

Implantar medidas mesmo que sejam benéficas para o bem da população encontra algumas resistências tanto por parte de paciente como dos profissionais. O trabalho do profissional da saúde além de promoção e prevenção, é o trabalho de forma educativa, avaliativa, de diagnóstico e terapêutica buscando sempre o melhor para comunidade e a população em geral.



CAPÍTULO III: Saúde Reprodutiva na UBS Jader de Farias em Brejo Grande(SE)

Comecei a trabalhar no programa mais médicos para o Brasil há 15 meses. Sendo este programa de grande ajuda para a atenção, monitoramento e reabilitação de um grande número de pessoas beneficiadas, principalmente do setor rural. A atenção primária de saúde é visto em todo o mundo como a estratégia mais eficaz e o *gateway* de usuários para a rede de saúde. Visa integrar, coordenar e manter os cuidados, a orientação da Comunidade e resolver os principais problemas que os cidadãos e a Comunidade em geral apresentam (BRASIL, 2012).

A gravidez está entre as principais razões para consulta. Caracteriza-se por ser uma etapa de grandes transformações, momento de grande vulnerabilidade onde a mulher precisa de cuidados com a equipe, bem como o apoio do núcleo da família (BRASIL, 2012).

No nosso posto de saúde agente encontra mulheres grávidas em diferentes situações que demandam cuidados e orientações específicas, pelo que a equipe está em constante desenvolvimento. Atualmente estamos acompanhando a gestação de 10 usuárias, fazendo as consultas do pré-natal assim como a atualização do calendário vacinal e o atendimento odontológico.

Todas têm seus dados recolhidos no prontuário individual, no cartão da gestante e estão cadastradas no SIS pré-natal. Estão classificadas segundo o grau de risco, classificação que se encontra sujeita a mudanças em dependência da aparição ou não de complicações. Contamos com o apoio da atenção secundária para avaliação das grávidas segundo necessidade, assim como está garantido pela gestão a realização dos exames preconizados durante a gravidez de forma gratuita. Atualmente contamos com uma boa adesão das gestantes ao acompanhamento feito na unidade, pelo que estamos satisfeitos em relação a esse aspecto.

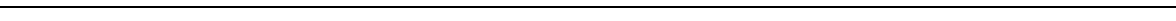
No período trabalhado foram identificadas situações desfavoráveis para um acompanhamento de qualidade, dentro delas o fato de a ultrassom morfológica do primeiro e segundo trimestre não fazer parte dos exames gratuitos fornecidos pela rede pública. Outro problema é a falta temporária de suplementos de ferro na farmácia popular, pois mesmo fazendo parte da medicação fornecida á unidade as vezes não é suficiente para o total da população objetiva.

Com relação ao ponto de vista social e econômico muitas gestantes têm baixa renda ou são solteiras e com grau educacional baixo, multíparas ou adolescentes, motivos pelos quais devemos focar mais no controle do risco pre-concepcional, evitando embarços não desejados ou grávides em pessoas de alto risco social que estão atravessando períodos na vida onde seria melhor planejar a reprodução para um momento de menores dificuldades, sempre respeitando a autonomia e a opinião das pacientes.

Com o parto, a mulher entra numa nova fase onde também precisa de acompanhamento, o puerpério. Fazemos a visita domiciliar na primeira semana depois do parto, onde a equipe avalia os aspectos fundamentais da saúde da mãe, orientamos em relação ao cuidado do recém-nascido. Oferecemos apoio psicológico e trabalhamos na identificação de aparição de complicações na saúde tanto física como psicológica, dado que a depressão pós-parto é bastante frequente e muitas vezes não diagnosticada. Reforçamos a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, trabalho que é feito desde a captação do embarço.

A equipe de saúde aprende diariamente com o trabalho com as grávidas, fundamentalmente porque um dos principais eixos de nosso trabalho é o educativo, pelo que todos os membros da equipe podem colaborar, dando orientações em quanto a higiene, alimentação, assistência a consultas, prevenção de acidentes, o não consumo de medicamentos sem prescrição médica, entre outros. Além disso estamos em constante atualização das principais complicações e doenças mais frequentes na grávides e no puerpério, para isso a gestão tem fornecido cursos de atualização com especialistas.

Com o objetivo de manter um vínculo mais estreito com as gestantes e agrupa-las em atividades educativas temos formado um grupo de gestantes, onde fazemos atividades periódicas planejadas que são de grande proveito para todos. Pensamos que mesmo com os esforços feitos até hoje podemos continuar desenvolvendo ações em benefício do bem-estar de nossas gestantes e puérperas e suas crianças, e junto com a gestão resolver as dificuldades identificadas.



CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde na UBS Jader de Farias em Brejo Grande(SE)

A Atenção Primária à Saúde é reconhecida mundialmente como a responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade, inclusive em relação à saúde mental. Este relato de experiência irá abordar a organização da rede de saúde de saúde mental na UBS Jader Pereira de Farias, do povoado Brejão, do Estado de Sergipe.

Estima-se que 15% das pessoas sofrerão de um distúrbio psicopatológico ao longo da vida (excluindo o uso de substâncias), sendo, na maioria dos casos, processos a longo prazo (VIDAL et al, 2013). E a nossa cidade não é a exceção. O objetivo fundamental da experiencia está em lutar pela melhoria do atendimento, por parte da equipe, aos usuários que sofrem das doenças mentais.

A Atenção Primária à Saúde pode desempenhar um papel importante no novo conceito de abordagem deste problema, considerado pelo Ministério da Saúde como uma prioridade de saúde, econômica e social. A prevenção e a abordagem precoce são desafios necessários em que o primeiro nível de atenção possa desempenhar um papel fundamental. Da mesma forma, a corresponsabilização dos profissionais da saúde mental e da atenção primária no acompanhamento desses pacientes permitirá seu tratamento em contextos mais integrados na família e na comunidade, identificando as debilidades e fortalezas do programa em nossa equipe. A prevalência de transtornos mentais diagnosticados na APS, chega a um terço da demanda, incluindo o sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos. Os transtornos mentais são mais frequentes e mais prevalentes no sexo feminino, entre indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda, tabagistas e mulheres vítimas de violência (VIDAL et al, 2013).

Há evidências suficientes para afirmar que há muito que pode ser oferecido por esses grupos de pessoas em risco para prevenir futuros transtornos mentais. A experiência clínica e a pesquisa mostra que a intervenção precoce em certos casos, não apenas dos profissionais de saúde, mas também de recursos de assistência social e/ou institucional e comunitária, pode prevenir graves transtornos psicossociais no futuro, às vezes irreparáveis.

No povoado Brejão nossa equipe brinda serviços de saúde a um total de 2076 usuários. A UBS possui o registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos e estabilizadores do humor com um registro de 104 usuários dependentes de esse grupo de medicamentos, o que representa o 5,0% do total dos usuários e um alto grau do uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos. (WANDERLEY et al, 2013).

No registro dos usuários consumidores de álcool e outras drogas temos um total de 21 alcoólistas, e de 38 usuários que usam outras drogas, deles, temos três que ingressaram para desintoxicação. Certamente é uma realidade, e temos conhecimento que existe um sub registro tendo em conta as características dessas doenças e do impacto biopsicossocial do uso de substâncias onde nem todos os usuários reconhecem o uso, nem para eles, nem para nós.

Os usuários com doenças mentais já são identificados pela família ou amigos, pelos agentes comunitários de saúde e pelos profissionais da UBS durante as consultas. Sendo de especial importância o acompanhamento aos pacientes pertencentes aos seguintes grupos:

- Infância-adolescência: Cuidar de mulheres e crianças durante a gravidez e o puerpério; Gravidez na adolescência; Filhos de famílias monoparentais; História de patologia psiquiátrica em pais; Atraso escolar/distúrbios no desenvolvimento da linguagem; Prevenção do abuso infantil; Detecção precoce de distúrbios alimentares.
- Adultos-idosos: Perda de funções psicofísicas; Atendimento ao paciente e à família; Cuidar do paciente terminal e sua família; Perda de um parente; Aposentadoria; Mudanças frequentes de endereço nos idosos; Violência doméstica Violência no casal; Mau tratamento dos idosos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência de nosso município está localizado no município de Pacatuba, onde são atendidos os usuários dos municípios vizinhos. Nesse CAPS se oferece atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, o que o classifica como sendo do tipo II. O CAPS realiza encontros matriciais onde debatemos os casos novos e os mais preocupantes, também aproveitamos

os encontros para incrementar o treinamento e os conhecimentos dos profissionais da UBS.

Também as equipes se reúnem para discutir a política da atenção da saúde mental, a forma do agendamento das consultas, tendo em conta a particularidade de cada um dos usuários, a necessidade de diminuir mais o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na UBS e a urgência de realizar ações para o acompanhamento dos usuários com uso crônico de medicamentos.

Na Etapa I da intervenção a equipe melhorou o instrumento para registrar as informações do programa tendo em conta a necessidade de que o instrumento fosse simples e mesmo assim tivesse a capacidade de documentar as relações com os pacientes. Sendo assim, o instrumento foi mostrado à equipe e foi avaliado por todos. Depois da discussão foram confeccionadas a Ficha do Registro dos usuários consumidores de álcool e outras drogas e a Ficha do Registro dos usuários consumidores de psicotrópicos.

Foi discutida a necessidade do treinamento contínuo dos profissionais e o conhecimento específico sobre o assunto para garantir a integralidade do atendimento. É importante atuar como terapeutas e gestores da atenção dos pacientes referenciando aos serviços especializados além da humanização no atendimento do sofrimento humano.

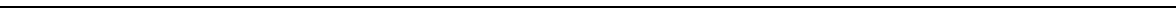
O problema do uso e abuso de medicamentos também foi reconsiderado, assim como o aumento da dependência, pelo que se faz urgente implementar ações de saúde nas pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos, assim como com as famílias, sobre as consequências para a saúde. a equipe aproveitará a oportunidade de que as consultas desses usuários são agendadas em grupo, para fazer uma discussão sobre o uso racional desses medicamentos.

Na ocasião também foram discutidos o aumento de casos de intentos suicidas no intervalo de um ano, quando comparando com o ano anterior, assim, saímos da micro intervenção com uma estratégia para aplicar em grupos de risco, assim como com os familiares dos usuários que já são identificados como risco suicida, com o apoio dos especialistas do CAPS.

Depois de muito discutir identificamos as maiores dificuldades do programa da atenção na saúde mental na UBS. A maior de todas que não depende do nosso trabalho, sendo o fato de que não temos ainda um NASF. Outra dificuldade diz respeito às características dos usuários que apresentam este tipo de doenças, porque é difícil a

aproximação até eles, sobretudo aos usuários de drogas, inclusive para atualização do registro deles no instrumento.

A potencialidade do programa na nossa equipe é o apoio e os encontros matriciais com o CAPS, assim como o interesse da equipe e dos gestores no melhoramento do programa. Outra das potencialidades foi que, com o caso apresentado na etapa II da intervenção, se demonstrou a preparação da equipe para a resposta rápida e a atenção integral, além de que ainda precisamos melhorar muito vamos a continuar o treinamento com mais casos problemas, já que a equipe mostrou um melhor desenvolvimento com essa dinâmica.



CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança na UBS Jader de Farias em Brejo Grande(SE)

Crescer e desenvolver-se são as marcas da infância. Significam o atendimento oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais que cada criança tem em determinada fase da vida. Sendo assim, o crescimento e o desenvolvimento são indicadores muito sensíveis da qualidade de vida de uma população e da organização dos serviços de saúde.

A nossa equipe procura compreender as situações de saúde da família e orientar os pais sobre a formação de vínculos e o fortalecimento da parentalidade. Estamos atentos às possíveis e frequentes dificuldades que se apresentam e criamos uma rede que sirva de apoio à família

A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento). Medir, registrar e analisar adequadamente o crescimento e o desenvolvimento fazem parte da rotina de cada consulta de puericultura para intervir de forma oportuna e adequadamente nos casos com crescimento e desenvolvimento satisfatórios e insatisfatórios. A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses. De igual maneira a equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança.

A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos de idade. Crianças com menos de 5 anos de idade são registrados um-total de 130, sendo deles 57 menores de dois anos. Todas as crianças encontram-se vacinadas. O teste do pezinho é realizado a todos os recém-nascidos que chegam a nossa área. Temos duas crianças com baixo peso, que já foram encaminhadas para atendimento com o nutricionista da nossa área e encontram-se sendo acompanhadas. Não temos nenhuma criança de 0 ano e ate 02 anos de idade com consulta atrasadas nem com o calendário vacinal atrasado. Mas o grande problema ainda continua sendo as consultas de puericultura e o acompanhamento de crianças maiores do que dois anos de idade, os pais só trazem seus filhos quando ficam doentes, o que torna ainda mais difícil o acompanhamento e o preenchimento das cadernetas de crescimento e desenvolvimento.

Temos registro de acidentes, sendo acidentes domésticos dadas por queimaduras com água quente, ou pela queda de motocicletas enquanto andar com seus pais o mais freqüente.

Em nossa área temos serviço CRAS e Conselho Tutelar, onde são direcionados os casos de violência doméstica, seja por abuso físico ou psíquico.

As palestras educacionais estão constantemente sendo transmitidas à população objetiva, pais, mães e familiares em geral para transmitir conhecimento sobre a importância de cada uma das consultas de puericultura, principalmente na idade entre 0 e 2 anos. Também entre o médico e a enfermeira fornecemos treinamento aos ACS sobre os diferentes sinais clínicos que caracterizam uma criança sofrendo de desnutrição, ou violência familiar a ser detectada em suas visitas regulares ao domicílio. Além de realizar pesquisas ativas desses fatores na comunidade, foi visitado e foi realizada a pesagem e medida de altura para todas as 130 crianças com menos de 5 anos, o que permitiu conhecer o estado nutricional de todos eles e foram detectados as duas crianças com percentil para baixo 3 e tomou-se as medidas pertinentes e, posteriormente, encaminhando-as para consulta com o nutricionista.

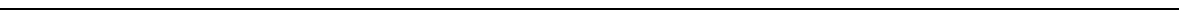
Sabemos que ainda há um longo caminho a percorrer em termos de prestação de cuidados de saúde adequados, mas estamos conscientes e dispostos a fazê-lo.

Quadro 3: Questionário da Microintervenção V, 2018.

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

Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada		X
Com calendário vacinal atrasado		X
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Fonte: elaboração própria, 2018.



CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS Jader de Farias em Brejo Grande(SE)

O aumento da ocorrência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) acomete:

Principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais. Essas doenças podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. As DCNT também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas (MALTA; SILVA JR, 2013, p.152).

Na unidade de saúde onde eu trabalho, temos um registro total de 170 pacientes que sofrem de hipertensão arterial, com uma incidência alta diagnosticando-se um total de 17 casos novos a cada ano. Dos pacientes hipertensos, 20 deles usam uma única droga por dia para controlar a doença, 63 usam terapia dupla precisando de dois medicamentos, e 87 usam três a quatro medicamentos para o controle da doença. Com um registro de 48 usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus, deles 11 são dependentes de insulina com terapias combinadas e 2 são casos de Diabetes Mellitus tipo I. Temos um registro de 96 usuários com sobrepeso, 18 com obesidade Grau I e II e 5 casos com obesidade mórbida. Um registro de 42 fumantes ativos, sendo 14 mulheres e 28 homes. Com doença pulmonar obstrutiva crônica temos um total de 6 pacientes. Também se tem observado um incremento da incidência de pacientes portadores de dislipidemias, o que é de fato um grande problema de saúde, além de representar um fator de risco desencadeante para outras doenças e o surgimento de complicações.

Todos os pacientes recebem o atendimento continuado programado a cada três meses. A média para a primeira consulta é de um a três dias, para os casos novos diagnosticados com hipertensão arterial, realizando a avaliação, identificação de comorbidades e fatores de risco classificando-os e fazendo o registro segundo a estratificação de risco de doença cardiovascular pelo escore de Framingham. Nos pacientes

diabéticos é realizado o exame físico completo periodicamente sem esquecer o exame dos pés em busca de lesões que puderam acarrear um pé diabético. No nosso posto de saúde não temos oftalmoscópio, o que dificulta a realização periódica de fundo de olho dos pacientes com estas patologias e o diagnóstico precoce de complicações oftalmológicas. Esses pacientes são encaminhados para especialistas.

A equipe utiliza fichas de cadastro e de acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, sendo uma ferramenta importante para o controle dessas patologias. A avaliação antropométrica (peso e altura) é realizada em todos os usuários atendidos, assim como a medição da circunferência abdominal. Isso permite o cálculo do índice da massa corporal, assim como a detecção de sobrepesos e obesos e a tomada de medidas e ações destinadas a esses pacientes, sendo muito importante a participação e o envolvimento do usuário e da família, por isso trabalhamos também na participação de especialistas como psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas como parte de uma atenção multiprofissional mais integrada.

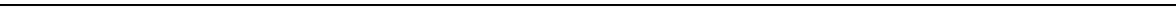
Quadro 4: questões norteadoras da micro intervenção VI, 2018.

QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO	Em relação às pessoas com Hipertensão Arterial		Em relação às pessoas com Diabetes Mellitus	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
QUESTÕES				
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	x		x	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	Um dia		Um dia	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	x			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	x			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			x	
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	x		x	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	x			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	x			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	x			
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				

A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	x				
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	x		x		
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.					
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			x		
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			x		
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				x	
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE					
QUESTÕES				SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?			X		
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?			X		
Se SIM no item anterior, quais ações?					
QUESTÕES				SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS			X		
Oferta ações voltadas à atividade física			X		
Oferta ações voltadas à alimentação saudável			X		
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS			X		
Encaminha para serviço especializado			X		
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso			X		

Recentemente foi criado um grupo de pacientes idosos com doenças crônicas e/ou sobrepeso para realizar ações voltadas a atividades físicas, sendo as aulas são ministradas pelo fisioterapeuta da nossa equipe. Da discussão do questionário do PMAQ a maior dificuldade identificada foi que a equipe não conta com o Apoio Matricial do NASF para apoiar o acompanhamento dos usuários na UBS. Nosso município, atualmente, aguarda aprovação do Ministério da Saúde quanto à implantação de NASF em nossa região.

É importante a educação permanente à população e a capacitação dos profissionais da equipe, além do trabalho contínuo na integração do usuário e da família no tratamento dos usuários que já sofrem alguma destas doenças, sem esquecer a vigilância contínua e a pesquisa ativa, assim como a identificação dos fatores de risco envolvidos.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

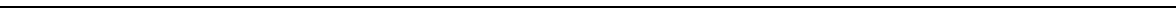
Nome da intervenção	Resumo	Resultados	Plano de continuidade
Observação na UBS Jader Pereira de Farias em Brejo Grande (SE)	Processo de autoavaliação dos serviços de saúde prestados pela Equipe de Atenção Básica (EAB) nº2 da UBS através dos critérios padronizados no AMAQ. Descrevemos também o processo de formulação de uma matriz de intervenção a partir das questões debatidas.	Identificação e discussão dos principais problemas percebidos; Implantação de encontros periódicos para monitoramento e avaliação do processo de trabalho.	Manter calendário de discussões sistemáticas; Monitorar as matrizes de planejamento geradas durante a autoavaliação via AMAQ.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada na UBS Jader Pereira de Farias em Brejo Grande (SE).	Nesta intervenção, foram considerados os aspectos de organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção dos novos saberes em gestão de saúde. A equipe desenvolveu um cronograma estratégico buscando atender da melhor forma as necessidades da população.	Melhoria no agendamento desafogando as filas existentes; Redução no agendamento de consultas após implantação do acesso avançado; Aumento no vínculo entre usuários e equipe de saúde.	Proporcionar momentos para reavaliação dos fluxos de atendimento para melhorar a organização das demandas.
Saúde reprodutiva	A gravidez está entre as	Identificação de situações	Intensificar o controle

<p>na UBS Jader Pereira de Farias em Brejo Grande (SE).</p>	<p>principais razões para consulta. A nossa equipe acompanha a gestação de 10 usuárias, fazendo as consultas do pré-natal assim como a atualização do calendário vacinal e o atendimento odontológico. Todas têm seus dados recolhidos no prontuário individual, no cartão da gestante e estão cadastradas no SIS pré-natal. Estão classificadas segundo o grau de risco, classificação que se encontra sujeita a mudanças em dependência da aparição ou não de complicações. Atualmente contamos com uma boa adesão das gestantes ao acompanhamento feito na unidade.</p>	<p>desfavoráveis para um acompanhamento de qualidade, por exemplo, o ultrassom morfológico do primeiro e segundo trimestre não fazer parte dos exames gratuitos fornecidos pela rede pública e a falta temporária de suplementos de ferro na farmácia popular; Conhecimento do perfil social e econômico das gestantes (baixa renda, solteiras, nível educacional baixo, multíparas, adolescentes).</p>	<p>do risco pré-concepcional para evitar gravidez não desejada ou de alto risco social; Priorizar a visita domiciliar na primeira semana depois do parto; Estreitar o diálogo com os gestores para resolução das dificuldades identificadas.</p>
<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde na UBS Jader Pereira de Farias em Brejo</p>	<p>O objetivo fundamental da experiência foi lutar pela melhoria do atendimento, por parte da equipe, aos usuários que</p>	<p>Melhoria do instrumento para registro de informações; Confecção de Ficha de Registro específica para</p>	<p>Necessidade de treinamento contínuo dos profissionais e o conhecimento específico sobre a</p>

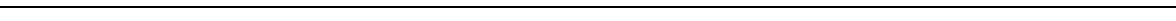
Grande (SE).	sofrem das doenças mentais. O problema do uso e abuso de medicamentos também foi reconsiderado, assim como o aumento da dependência, levando a implementar ações de saúde nas pessoas. Na ocasião também foram discutidos o aumento de casos de intentos suicidas.	consumidores de álcool e outras drogas e da Ficha do Registro dos usuários consumidores de psicotrópicos.	atenção a saúde mental para garantir a integralidade do atendimento; É importante organizar o fluxo aos serviços especializados além da humanização no atendimento acolhendo com resolutividade o sofrimento humano.
Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento na UBS Jader Pereira de Farias em Brejo Grande (SE).	O crescimento e o desenvolvimento são indicadores muito sensíveis da qualidade de vida de uma população e da organização dos serviços de saúde. Medir, registrar e analisar adequadamente o crescimento e o desenvolvimento fazem parte da rotina de cada consulta de puericultura para intervir de forma oportuna e adequadamente nos casos com crescimento e desenvolvimento satisfatórios e	Identificação de registros de acidentes (domésticos por queimaduras com água quente, queda de motocicletas); Melhoria do diálogo com os serviços de referência do CRAS e Conselho Tutelar, para direcionamento dos casos de violência doméstica, seja por abuso físico ou psíquico; Melhoria no acompanhamento de todas as crianças menores de cinco anos de idade.	Manter no calendário das atividades da UBS as atividades educativas para a comunidade; Treinar os ACS sobre os diferentes sinais clínicos que caracterizam uma criança sofrendo de desnutrição ou violência familiar a ser detectada em suas visitas regulares ao domicílio; Realizar busca ativa desses fatores na comunidade.

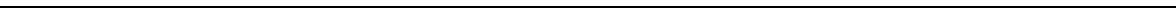


	insatisfatórios.		
--	------------------	--	--



<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS Jader Pereira de Farias em Brejo Grande (SE).</p>	<p>Na unidade de saúde onde eu trabalho, temos um registro total de 170 pacientes que sofrem de hipertensão arterial, com uma incidência alta diagnosticando-se um total de 17 casos novos a cada ano. Temos registro de 48 usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus, deles 11 são dependentes de insulina com terapias combinadas e 2 são casos de Diabetes Mellitus tipo I. Temos um registro de 96 usuários com sobrepeso, 18 com obesidade Grau I e II e 5 casos com obesidade mórbida. E um registro de 42 fumantes ativos, sendo 14 mulheres e 28 homes. Com relação a doença pulmonar obstrutiva crônica, temos um total de 6 pacientes. Também observamos um incremento da incidência de pacientes portadores de dislipidemias.</p>	<p>Organização do atendimento continuado com programação trimestral. Melhoria da coordenação do cuidado ao usuário portador de DCNT; Implantação de classificação e estratificação de risco de doença cardiovascular pelo score de Framingham.</p>	<p>Reivindicar junto aos gestores a implantação de um NASF em nossa região; Melhorar busca ativa, vigilância contínua e instrumentos para estratificação de risco e de vulnerabilidades; Manter momentos de educação permanente para capacitação dos profissionais da equipe; Realizar de forma rotineira ações educativas e de promoção da saúde com a comunidade.</p>
--	--	--	---





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finaliza-se, então, essa coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de cada micro intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Jader de Farias, no Município de Brejo Grande, no Estado de Sergipe.

As discussões contribuíram para a problematização e busca de soluções através do planejamento coletivo de intervenções.

Para sustentar os ganhos alcançados, convém: manter calendário de discussões sistemáticas; monitorar as matrizes de planejamento geradas durante a autoavaliação via AMAQ; proporcionar momentos para reavaliação dos fluxos de atendimento para melhorar a organização das demandas; intensificar o controle do risco pré-concepcional para evitar gravidez não desejada ou de alto risco social; priorizar a visita domiciliar na primeira semana depois do parto; estreitar o diálogo com os gestores para resolução das dificuldades identificadas.

Somando a esses aspectos, existe ainda a necessidade de realização de treinamento contínuo dos profissionais e o conhecimento específico sobre a atenção a saúde mental para contribuir para a integralidade do atendimento. É importante organizar o fluxo aos serviços especializados além da humanização no atendimento, acolhendo com resolutividade o sofrimento humano.

E ainda: manter no calendário das atividades da UBS as atividades educativas para a comunidade; treinar os Agentes Comunitários de Saúde sobre os diferentes sinais clínicos que caracterizam uma criança sofrendo de desnutrição ou violência familiar a ser detectada em suas visitas regulares ao domicílio; realizar busca ativa desses fatores na comunidade; e reivindicar, junto aos gestores, a implantação de um NASF em nossa região para melhorar a busca ativa, vigilância contínua e instrumentos para estratificação de risco e de vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

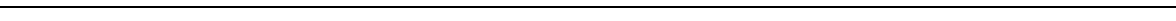
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p.151-164, mar. 2013.

VIDAL, C. E. L. et al . Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.457-464, 2013.

WANDERLEY, T. C.; CAVALCANTI, A. L.; SANTOS, S. Práticas de Saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, n.1, p.121-126, 2013.

APÊNDICES



ANEXOS

