



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

**PROCESSO DE MICRO INTERVENÇÕES REALIZADAS NA UBS POV.
SAQUINHO, EM TOBIAS BARRETO (SE)**

RENAN XAVIER PINHEIRO

NATAL/RN
2018

**PROCESSO DE MICRO INTERVENÇÕES REALIZADAS NA UBS POV.
SAQUINHO, EM TOBIAS BARRETO (SE)**

RENAN XAVIER PINHEIRO

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



Meus agradecimentos a toda equipe que se reunia comprometida em melhorar a assistência aos usuários, ao Enf^o João, Tec.enf Lu, aos ACS (Valdilene, Pinheiro, Adriano, Carmen, Nilma, Josuel, Dino), os quais sempre foram compreensíveis para que as ações ocorressem da melhor forma para todos.

Agradecimento especial também ao meu orientador Prof. Ricardo Henrique Vieira de Melo que desde o início foi preciso nas observações e correções e sempre disposto a ajudar.

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 Pov. Saquinho, no Município de Tobias Barreto, no Estado de Sergipe. **Objetivo:** Relatar o planejamento e a execução das 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:** Foi possível detectar e intervir nos principais problemas estruturais e funcionais da unidade, além de melhorar o vínculo da equipe em si e com a comunidade, o que facilitou a realização de palestras educativas e a melhoria do atendimento individual, através de um acompanhamento mais preciso de gestantes, pacientes psiquiátricos (através da contra referência), dos usuários com maior risco cardiovascular (pelo score de Framingham) e de crianças (pela promoção do aleitamento materno). **Considerações finais:** As intervenções em fragilidades identificadas e discutidas durante as reuniões da equipe serviu para melhorar a assistência à saúde da comunidade com ações de ótimo custo-benefício e apresenta como desafio a manutenção da continuidade dessas micro intervenções no decorrer dos anos.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	12
CAPÍTULO 3	15
CAPÍTULO 4	18
CAPÍTULO 5	21
CAPÍTULO 6	24
CAPÍTULO 7	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	35

APRESENTAÇÃO

[Este trabalho de conclusão de curso é composto por uma coletânea de seis microintervenções, que ocorreram no decorrer do ano de 2018. A partir destas microintervenções foi elaborado a construção de relatos de experiência para que seja possível uma melhor compreensão da situação de saúde local e as possíveis alternativas para sua melhoria.

O estudo foi realizado no município de Tobias Barreto-SE, na Unidade Pov.Saquinho. O território abrange pessoas de uma região carente. O início da minha atuação no município foi impactante pela situação precária que se encontrava a unidade de saúde, além da pobreza local, diferente de outras unidades em que tive experiência na capital Aracaju. Esta situação foi uma forma de estímulo para buscarmos melhorar a saúde da comunidade a partir de abordagens muitas vezes simples, que não demandam altos custos.

O objetivo deste trabalho é mostrar que a partir de microintervenções realizadas pela ESF, é possível conhecer as melhores abordagens para cada condição de saúde e adaptar de forma eficaz na comunidade, sem burocracia e com excelente custo-benefício.

Compartilho então algumas dessas experiências e que elas possam servir de exemplo para que outros profissionais possam ter a iniciativa de tentar melhorar o quadro de saúde de seu território]

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) garante o acesso da população ao sistema de saúde e buscam estabelecer o vínculo entre a comunidade e os profissionais tornando a saúde mais próxima do cidadão. É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (ROCHA et al., 2012; ADDUM et al., 2011).

As reuniões nos serviços de saúde configuram-se como um dispositivo de grande importância para planejamento e elaboração de diretrizes e assim ocorrer a tomada de decisões através de uma avaliação sistemática numa perspectiva multidisciplinar (GRANDO; DALL'AGNOL, 2010).

Inicialmente foi feita uma observação da unidade de saúde, para analisar junto à equipe as reais necessidades de melhorias tanto da estrutura física, quanto de funcionalidade. Também foi necessário avaliar se a unidade segue conforme os parâmetros estabelecidos pelo SUS e Ministério da Saúde. Esta observação é o primeiro passo da microintervenção. A UBS em que trabalho (Unidade de saúde-Pov. Saquinho) se localiza no município de Tobias Barreto-SE. A UBS atende em torno de 2170 usuários cadastrados. A equipe faz reuniões mensais para análise das produções, além de colocar em pauta as queixas e sugestões para melhoria do atendimento. A última reunião realizada serviu para a atualização do AMAQ e assim verificar as melhorias e deficiências que estão presentes na unidade.

A reunião foi composta pelas seguintes categorias profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Os profissionais existentes na unidade são: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e os agentes comunitários. Os demais profissionais que compõem o NASF são psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo. O enfermeiro organiza as atividades educativas e o cronograma. A unidade possui um responsável pela gerência da mesma, sendo este graduado na área da saúde.

De acordo com o acesso e acessibilidade da unidade esta unidade não possui sinalização externa como totem ou placas. Nas dependências existem: corrimão nos locais não nivelados, sinalizações para os ambientes como banheiros e consultórios, porém, não possui cadeira de rodas disponíveis para deslocamento dos usuários e nem mesmo

adaptações para cadeirantes. As equipes disponibilizam na estrutura da unidade o horário de funcionamento da unidade (horários esses fixos), a escala dos profissionais, o telefone da ouvidoria do ministério da saúde e secretarias estaduais e municipais, identificação de todos os profissionais. O funcionamento da unidade ocorre de segunda a sexta das 7h às 17h. No momento a unidade não passa por reformas e há apenas 01 equipe atuante, que já é o adequado conforme UBS tipo I.

A estrutura da unidade possui 01 banheiro para os usuários e outro em um consultório. Não possui sanitário para pessoas com deficiência. A sala de vacina é dividida com a sala de procedimentos. Existe uma copa na unidade e uma área de dispensa de material de limpeza. Não há computadores para o trabalho dos funcionários. Os pisos e as paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis, os ambientes são bem iluminados, os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário, a sala de espera está em boas condições de limpeza, a sala de espera possui lugares suficientes para os usuários aguardarem, porém, os ambientes não dispõem de boa ventilação ou climatização e os banheiros não estão em boas condições de uso e de limpeza.

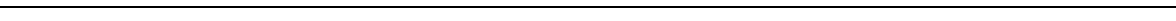
A unidade possui equipamentos como: estetoscópio adulto, balanças infantis e adultas, réguas antropométricas, mesas com foco de luz para exame ginecológico, sonares, câmaras refrigeradas para as vacinas (todas presentes conforme o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde), geladeira exclusiva para a farmácia, termômetro, lanternas clínicas, glicosímetro, porém não possui aparelho de pressão infantil nem estetoscópio infantil. Ainda não tem: otoscópio nem oftalmoscópio, martelos de reflexos, nem aparelhos de fisioterapia. E contém material impresso de caderneta de saúde do adulto, idoso, gestante e criança.

Os medicamentos quando presentes ficam armazenados e condicionados de forma adequada em sua área de estocagem. Geralmente dispõe de anticoncepcionais, anti-hipertensivos (captopril), sulfato ferroso, metformina, glibenclamida, paracetamol e dipirona. Quanto aos insumos possui: gazes, espátula de ayres, fita métrica, abaixador de língua, escovinha endocervical, preservativos, caixas térmicas para vacinas, não possuindo insumos para atendimento de urgência e emergência.

Outro ponto importante discutido durante a reunião foi a falta de acompanhamento dos pacientes que são encaminhados. A grande maioria volta sem uma contra-referência para a equipe poder fazer um melhor acompanhamento e atualização dos seus prontuários.

Após a análise durante a reunião das condições estruturais e de atendimento perante pontos de autoavaliação do AMAQ, algumas sugestões foram colocadas em prática, entre elas: Relatar os problemas estruturais, a falta de medicamentos e/ou equipamentos à gestão; solicitar nos encaminhamentos a contra-referência dos especialistas para uma melhor atualização dos prontuários.

A reunião ocorreu sem pressa, com participação ativa de todos os presentes, de forma respeitosa, dando oportunidade para todos se expressarem e emitir opiniões, abrangendo todos os pontos importantes do AMAQ. Percebe-se então a importância de uma boa reunião de equipe para um melhor planejamento, já que antes ocorria de forma descompromissada e esporádica.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

É de fundamental importância que para um bom atendimento nas unidades básicas de saúde exista uma organização do serviço quanto à demanda. Para que isto aconteça o acolhimento seria a ferramenta ideal. O acolhimento é capaz de organizar a demanda e não se limita ao ato de receber e sim de uma sequência de modos do processo de trabalho na relação com o usuário dentro e fora da unidade, substituindo a mera triagem, de forma que torne o atendimento mais humanizado (SOUZA et al., 2008; DANTAS et al., 2012).

Na UBS Pov. Saquinho, na maior parte do tempo, está ocorrendo atendimento da demanda programada. A grande parte destes atendimentos ocorre devido a doenças crônicas. Existem também atendimentos referentes a programas de prevenção ao câncer de colo de útero e mama; puericultura e saúde bucal. Esta última ocorre 1x/sem através de uma unidade móvel.

Após uma reunião com a equipe para discutir os principais problemas com relação à demanda de atendimento na unidade, percebemos: a sobrecarga nos atendimentos; as renovações excessivas de receitas controladas, sem horário definido para renovação dessas receitas as quais eram realizadas de forma aleatória; a ausência de um agendamento programado das visitas domiciliares, na qual em determinadas semanas essas visitas não eram realizadas; e a falta de reuniões para planejamento da demanda.

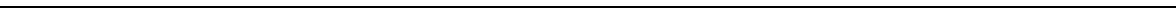
A ausência cotidiana de planejamento leva a uma baixa resolutividade além de uma possível desmotivação da equipe quanto as próximas ações. Portanto foi necessário programar mais reuniões para prosseguir e tomar atitudes quanto aos próximos passos decididos no encontro.

A causa principal dessa conturbação da demanda, apontada por todos, foi a desorganização da agenda de trabalho e as demais foram: a falta de um programa para acompanhamento de doenças crônicas; ausência de educação continuada; a indefinição de um cronograma de reuniões sistemáticas com a equipe, para planejamento das ações futuras; e a ausência de ações educativas frequentes.

Decidimos então organizar alguns pontos inicialmente, que seria, fazer atendimentos das doenças crônicas, puericultura, gestante e coleta citopatológica em dias específicos, além de separar um número determinado de fichas para as receitas controladas de acordo com a demanda local.

A região possui sete locais de atendimento, geralmente demora quinze dias para ocorrer o atendimento novamente naquele mesmo local, por se tratar de uma unidade rural. Como a demanda de puericultura e gestante é baixa em cada unidade, seria possível fazer os dois tipos de atendimento no mesmo dia para um melhor aproveitamento da demanda, além de aproveitar esse dia para fazer palestras educativas. Também ficou acertado de separar os pacientes os quais mais necessitam de atendimento domiciliar e fazer visitas programadas.

Através dessa organização de agenda o que se espera é melhorar o atendimento individual, além de executar atividades de promoção e prevenção da saúde. Com um cuidado continuado com visitas domiciliares e atendimentos programados, espera-se melhorar inclusive o vínculo entre a equipe e a comunidade. Também é possível reduzir a demanda de atendimentos hospitalares de forma desnecessária.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

A falta de planejamento familiar e a precocidade das gestações podem comprometer a trajetória educacional, social e econômica das famílias, gerando um ciclo vicioso, na qual baixos índices de desenvolvimento estão relacionados ao aumento inadvertido das famílias. Gestações não planejadas estão associadas à gravidez na adolescência e à depressão pós-parto, além do aumento da prática de aborto. (DUARTE, 2006; MORAES, 2006; VIEIRA, 2007)

Sobre o Planejamento Reprodutivo, é comum a equipe de saúde realizar palestras educativas sobre diversos temas, inclusive os mais comuns, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes. Também realizamos com certa frequência palestras sobre anticoncepção, ensinando como utilizar os principais métodos contraceptivos disponíveis na unidade. Não é comum discutirmos temas como diversidade sexual e relações de gêneros. Porém orientações sobre prevenção do HIV/AIDS, além de outras DSTs sempre fazem parte de muitas palestras realizadas pela equipe, que está sempre alerta a qualquer suspeita ou casos diagnosticados para serem notificados e encaminhados aos centros de referências. As demais DSTs são tratadas adequadamente na própria unidade. É perceptível o número aumentado de jovens adolescentes grávidas sendo atendidas na unidade. É necessário aumentarmos o número de palestras para esse grupo, realizando também esse tipo de palestras nas escolas.

Em relação ao Pré-Natal e Puerpério, o adequado acompanhamento exige busca ativa das gestantes na área, fazendo levantamento periódico de todas elas, inclusive as que fazem pré-natal em serviço privado. Durante o acompanhamento, solicitamos todos os exames complementares recomendados pelo Ministério da Saúde de acordo com a idade gestacional, tratamos as DSTs diagnosticadas, além de um correto preenchimento da caderneta da gestante.

Também é fundamental realizarmos orientações quanto aos hábitos de vida, sejam nutricionais ou atividades físicas, já que muitas têm receio em fazer exercícios quando estão gestantes. Orientações durante o puerpério e algumas dúvidas de alterações fisiológicas no puerpério são sempre motivos de consulta da maioria das puérperas, assim como dúvidas sobre qual anticoncepcional utilizar ou quando poderá ter relação sexual novamente. Não menos importante, as dúvidas e orientações sobre a amamentação são sanadas nas consultas e/ou palestras com as mesmas.

O que se percebe na unidade em que trabalho é que o grupo de maior fragilidade seriam os jovens adolescentes. É fundamental intervir tanto nas mulheres quanto nos homens jovens adolescentes, pois na área de abrangência da unidade é perceptível um número relevante de gestantes adolescentes.

Algumas medidas para melhoria desses dados seriam: aumentar o número de palestras na unidade de saúde e nas escolas; orientar os principais métodos contraceptivos; questionar os jovens sobre seus conhecimentos quanto a educação sexual para sabermos quais as principais dúvidas; aplicar testes para percebermos o nível de conhecimento a respeito do tema Educação Sexual e onde podemos focar melhor na intervenção. Espera-se, então, que o número de jovens gestantes reduza bastante no decorrer dos próximos anos.

Foram realizadas então as primeiras palestras iniciando pela USF. O público presente parecia bastante interessado e atento as orientações. Apesar de o foco ser o público jovem, estavam presentes também alguns idosos e alguns pais dos garotos. Para uma primeira palestra foi bem legal a participação dos jovens, apesar de que alguns ficaram tímidos na presença dos pais para sanar as principais dúvidas.

A palestra seguinte ocorreu na escola próxima a unidade de saúde. Foram abordados temas como anticoncepção, além das principais dúvidas de como ocorre a gravidez com seus “mitos” e “verdades”. Percebeu-se também uma melhoria no conhecimento desses jovens graças a palestra educativa que ocorreu na UBS.

Agendamos também um mini-teste para ser realizado posteriormente para sabermos onde estão ainda as principais dúvidas e onde podemos melhorar nas orientações para as próximas reuniões.



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

O atendimento dos pacientes dentro do sistema público, no âmbito da saúde mental, está ligado à atenção básica pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que auxilia as pessoas com distúrbios psíquicos ou transtornos mentais (VECHIA; MARTINS, 2009).

Os problemas mentais têm alta prevalência na atenção primária, notadamente em países de média e baixa renda e de proporção elevada no Brasil (GONÇALVES et al., 2014).

As equipes da ESF devem assumir o acompanhamento dos portadores de sofrimento mental quando o grau do problema apresentado pelo paciente e os recursos necessários para o seu cuidado forem menores (MINAS GERAIS, 2006). Caso a complexidade ultrapasse as possibilidades dos profissionais não especialistas, é necessário um encaminhamento para a unidade que disponha de profissionais de Saúde Mental (MINAS, 2006). Assim para que essa articulação tenha como resultado um cuidado completo do paciente, é preciso definir melhor os fluxos de encaminhamento. (MINAS GERAIS, 2006). E a relação entre os profissionais da Atenção Básica e os profissionais de saúde mental deve pautar no cuidado compartilhado junto ao portador do transtorno mental (PEREIRA;VIANA, 2013).

A equipe em que trabalho (Unid.Pov.Saquinho) possui registro dos usuários em uso crônico de medicações psicotrópicas, a grande maioria sendo da classe dos benzodiazepínicos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Porém, não possui um registro a parte dos casos mais graves, devido à falta de contra referência, o que resume a maioria das consultas psiquiátricas à renovação de receitas.

As pessoas com sofrimento psíquico não possuem um dia de atendimento separado dos demais, o atendimento ocorre de acordo com a demanda, porém, os mesmos não ficam sem atendimento já que muitos não podem ficar sem a medicação, ou seja, não existe demora para o atendimento dos mesmos. Devido a localização rural das várias unidades que compõem a área total de atendimento, não é possível separar um dia apenas para atendimento psiquiátrico.

A equipe ainda não realiza ações voltadas para os pacientes psiquiátricos em uso crônico de medicamentos. Seria importante reunir na unidade os pacientes psiquiátricos em uso dos estabilizadores de humor e antidepressivos, os quais seria possível uma melhor avaliação e orientação quanto a redução das doses, assim como um outro dia voltado para os pacientes em uso de álcool e drogas.

O município de Tobias Barreto possui apoios matriciais como o NASF, o qual podemos contar com o atendimento com psicólogos. Para isso existe uma ficha exclusiva para o encaminhamento, na qual o médico expõe com maiores detalhes a justificativa para o encaminhamento, medicações em uso e comorbidades. Também contamos com o apoio do CAPS para os atendimentos psiquiátricos, para os casos em que o médico clínico precise de um maior apoio do especialista.

A equipe da ESF entrou em acordo para fazermos ações voltadas para os pacientes psiquiátricos. Organizamos então uma palestra logo após o atendimento aos pacientes, na qual explicamos a importância de tentarmos uma redução na dose de certas medicações como os benzodiazepínicos e até mesmo a retirada, na qual muitos são resistentes a isso. Neste dia atendemos apenas pacientes psiquiátricos, para podermos reunir uma maior quantidade de pacientes em uso destas medicações e para os mesmos se sentirem mais à vontade e participativo, já que muitos pacientes que não fazem uso destes medicamentos têm algum grau de preconceito com quem o utiliza.

Para a equipe de Saúde Mental é de grande importância, a prática da referência e contra-referência com outros serviços (MINAS GERAIS, 2006) e a forma de organização do serviço está relacionada diretamente com sua qualidade (PEREIRA;VIANA, 2013). A maioria dos prontuários dos pacientes em uso de psicotrópicos não possuem diagnósticos ou hipóteses diagnósticas e muitos utilizam medicações sem diagnóstico definido por períodos muitas vezes maiores que o necessário e sem acompanhamento médico. Passamos então a enviar uma solicitação de contra referência quando encaminhamos os usuários de psicotrópicos aos especialistas. Os dados da contra referência seriam: CID, medicações, tempo de uso, data de retorno, observações, carimbo do profissional.

Percebemos então, uma melhora no fluxo dos pacientes reduzindo a sobrecarga para a atenção secundária e primária, além de uma maior segurança do profissional durante o acompanhamento na atenção primária. Foi possível saber se realmente o paciente comparece às consultas marcadas e a evolução do seu quadro clínico, como também uma melhor organização dos prontuários que passaram a ser preenchidos corretamente com seus respectivos diagnósticos.



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

As crianças foram tratadas da mesma forma que adultos por muitos anos, sem haver consideração quanto aos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. A infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares (ARIES, 2011).

É necessário conhecer melhor a situação de saúde da criança na comunidade para uma melhor intervenção, e para isso foi realizado um questionário baseado no PMAQ/AB. Segue abaixo o questionário.

De acordo com o resultado do questionário, percebe-se que a maioria dos pontos foram positivos. Porém não há um espelho das cadernetas de saúde da criança com informações equivalentes na unidade. A equipe também não tem feito ações para promoção do aleitamento materno e/ou voltadas para estímulo à introdução de alimentos saudáveis a partir dos seis meses de idade.

Foi feito um levantamento do número de crianças até 6 meses e então do total em aleitamento materno exclusivo. Constatou-se que de onze crianças, sete estavam em aleitamento materno exclusivo. Apesar da ausência das palestras, as orientações durante as consultas clínicas com o médico e as consultas com o enfermeiro, tem ajudado com as orientações e manutenção do aleitamento.

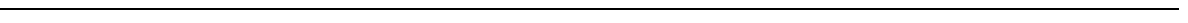
Não houve dificuldade para resolução do questionário. E diante do resultado do mesmo procuramos então desenvolver ações para melhoria do aleitamento materno e complementar. Portanto reunimos mães de crianças até dois anos de idade e organizamos uma palestra sobre a importância do aleitamento materno, ressaltando os principais mitos e verdades. Conseguimos então convencer algumas mães ao aleitamento materno exclusivo além de manter a convicção das que já estavam em AME.

A falta de apoio dos profissionais e familiares se torna um fator de influência negativa na prática e duração do AME (aleitamento materno exclusivo). Muitas nutrizes necessitam de estímulo e apoio contínuo para que o manejo da amamentação seja prolongado. (ARAÚJO, et.al 2008).

Estudos realizados através de uma revisão integrativa apresentaram que os profissionais de saúde não são treinados para promover o aleitamento materno. Dessa forma, os profissionais de saúde que atendem puérperas e gestantes devem se comprometer com a

promoção do aleitamento materno ao fornecer informações sobre o tema e serem capazes de mostrar habilidades práticas no manejo do aleitamento. (ALMEIDA, LUZ, 2015)

A prática da amamentação favorece a formação de vínculo entre mãe e filho. A amamentação é um hábito que se adquire e se aperfeiçoa com a prática e que depende de interação positiva e aprendizado entre os fatores sociais e culturais (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).



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

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes no mundo. As evidências apontam para um aumento da DCNT em função do crescimento de fatores de risco como tabaco, inatividade física, álcool e dietas não saudáveis (WHO, 2011; 2012).

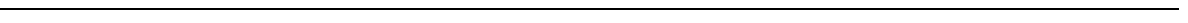
Segue em anexo as tabelas referentes ao PMAQ, sobre a análise das DCNT na UBS do Povoado Saquinho, município de Tobias Barreto (SE). Ao analisar o PMAQ junto à equipe, percebemos a necessidade de organizar ações para intervir melhor no usuário obeso. Portanto organizamos palestras com a participação dos usuários para que possam tirar as principais dúvidas quanto a alimentação. A primeira palestra ocorreu junto com uma nutricionista que forneceu aos usuários uma dieta saudável conforme as demais patologias apresentadas.

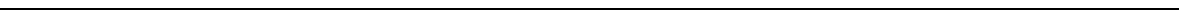
A equipe possui feedback dos profissionais da nutrição, através da contra referência para podermos acompanhar melhor cada paciente. Além disso, os pacientes hipertensos, diabéticos e obesos de maior gravidade e/ou difícil controle, são acompanhados com maior frequência e cautela.

O questionário foi respondido sem maiores dificuldades, com a participação de toda a equipe, servindo para que a equipe perceba pontos os quais podem ser melhorados. Um desses pontos seria passar a adotar alguns protocolos de estratificação de risco como o escore de Framingham, tendo então acompanhamento minucioso para aqueles com maiores riscos cardiovasculares. Obteve-se através deste acompanhamento um melhor controle glicêmico, lipídico e de pressão arterial dos mesmos, o que irá repercutir em redução do índice de morbimortalidade nos próximos anos.

Por meio do estudo de Framingham é possível correlacionar os fatores de risco cardiovasculares e identificar pacientes em alto, médio ou baixo risco, e assim possibilitar esforços para redução de risco e minimizar o índice de morbimortalidade (LOTUFO, 2008)

O conhecimento da prevalência de fatores de risco, combinados e isolados, e a identificação dos indivíduos assintomáticos que estão predispostos a DCV é fundamental para correta definição de metas e prevenção efetiva (MASCARENHAS, REIS, SOUZA, 2009).





CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na unidade de saúde	Foram realizadas reuniões mensais para detectar e intervir nos principais problemas estruturais e funcionais da unidade.	Melhor planejamento e gestão para intervir nas principais dificuldades da unidade.	Manter as reuniões com toda a equipe com ênfase na data pré-fixada em cronograma.
Acolhimento à demanda espontânea e programada	Organizamos a agenda de atendimento para dias específicos para as doenças crônicas, puericultura, gestante, coleta citopatológica, psiquiátrico e visitas domiciliares.	Melhoria do atendimento individual; Maior facilidade para organizar palestras educativas; Melhora do vínculo entre a equipe e a comunidade.	Manter a agenda de atendimento organizada.
Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério	Foram feitas buscas ativas periódicas das gestante, preenchimento adequado das cadernetas da gestante e palestras com participação ativa dos jovens.	Acompanhamento humanizado e organizado das gestantes. Melhor orientação dos adolescentes quanto à anticoncepção.	Levantamento periódico das gestantes e palestras periódicas nas escolas aos adolescentes sobre educação sexual.
Atenção à saúde mental na APS	O foco da intervenção foi a respeito das solicitações de contra-referência após o encaminhamento aos especialistas e as orientações quanto às consequências do uso continuado de certas medicações.	Melhor acompanhamento dos usuários de psicotrópicos e redução da dose de algumas medicações dos usuários.	Manter o sistema de contra-referência por solicitação e orientações aos usuários dependentes de algumas medicações em consultas e/ou palestras periódicas
Atenção à saúde da criança: Crescimento e	A micro intervenção teve o objetivo de conhecer melhor a	Necessidade de espelho das cadernetas das crianças e de	Manter o espelho das cadernetas; Orientar gestantes

Desenvolvimento	situação de saúde das crianças através de questionário baseado no PMAQ/AB para planejamento de possíveis ações.	atividades que envolvam promoção do aleitamento materno e orientações à introdução alimentar aos 6 meses	quanto à importância do aleitamento durante as palestras periódicas.
Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na APS	O objetivo da intervenção foi discutir e implantar a adoção de protocolos de estratificação de risco, como o de Framingham.	Acompanhamento minucioso dos usuários com maior risco cardiovascular; Melhor controle glicêmico, lipídico e de pressão arterial, visando redução no índice de morbimortalidade por DCV.	Manter o protocolo Framingham aos Hipertensos e Diabéticos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das microintervenções realizadas durante este período de 2018, foi possível intervir nas principais fragilidades identificadas e discutidas durante as reuniões. Estas reuniões proporcionaram uma maior união de toda a equipe, servindo também para fortalecer o compromisso com a comunidade. Ademais, estas microintervenções foram de excelente custo-benefício, já que não demandou gastos e foi possível melhorar a assistência à comunidade vulnerável.

É importante manter a continuidade das intervenções e sempre procurar adaptar outras formas de intervenções com as que já estão em prática, para melhorar a assistência à população. A continuidade dessas atividades é um grande desafio já que com o decorrer dos anos, alguns profissionais como médicos e enfermeiros podem não pertencer mais à equipe e assim outros profissionais teriam que iniciar uma adaptação e serem solidários para manter o compromisso.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M. et al. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 955-977, 2011.

ALMEIDA, J. M.; LUZ S. A. B. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. **Rev Paul Pediatr**. v.33, n.3, p.355-62, 2015.

ARAÚJO O.D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm**. v.61, n.4, p.488-92, 2008.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

DANTAS et al. Organização da demanda em unidade de saúde do exército: estudo de caso. **Odonto**, Piracicaba, v.39, n.20, p.131-140, 2012.

DUARTE, C. M.; NASCIMENTO, V. B.; AKERMAN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Ver **Panam Salud Publica** [online], v.19, n.4, p.236-243, 2006.

GONCALVES, D. A. et al . Brazilian multicentr study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.30, n.3, Mar.2014.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.504-510, 2010.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v.80, n.2, supl. p.104-110, 2004.

LOTUFO, P.A. Framingham score for cardiovascular diseases [Portuguese]. **Rev.Med** (São Paulo). v.87, n.4, 2008.

MASCARENHAS,C.H.M.; REIS,L.A.;SOUZA, M.S. Avaliação Do Risco De Doença Coronariana Em Adultos E Idosos No Município De Lagêdo Do Tabocal / Ba. **Arq.Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção em saúde mental. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Linha Guia da Saúde Mental.

MORAES, I.G.S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* [online], vol.40, n.1, pp 65-70, 2006.

PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C.M. Saúde Mental. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 110p

ROCHA, A. C. D; SOUSA, C. P. C; QUEIROZ, D; PEDRAZA, D. F. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Revista de Atenção à Saúde**. v.14, n.54, p.71-77, 2012.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Publica**, v.24 Supl 1, p.100-110, 2008.

VECHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v.13, n.28, p.151-64, 2009.

VIEIRA, L.M. et al. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciênc.saúde coletiva** [online], vol.12, n.5, pp. 1201-1208, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012**. Geneva: WHO; s.d. [citado 2014 nov 3]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

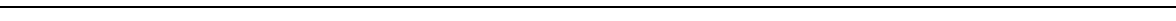
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO; 2011 [citado 2014 nov 3]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

APÊNDICES



[

]



ANEXOS

Anexo 1: referente ao capítulo I

MATRIZ DE INTERVENÇÃO						
Descrição do padrão: Reunião periódica para um maior planejamento						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Reuniões rápidas, descompromissadas e esporádicas						
Objetivo/meta: Reuniões quinzenais da equipe						
Estratégias para alcançar os objetivos /metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizar cronograma	Negociar agenda com a gestão e com a equipe	Projeter, agendas de papel e atas	Dois turnos mensais reservados para a reunião	Enf. João	Mai/2018	Reunião realizada conforme o calendário
Comunicar antecipadamente a comunidade	Análise das pendências discutidas durante a reunião		Compreensão da comunidade			

Fonte: elaboração própria, 2018.

Anexo 2: referente ao capítulo V

Quadro 1: Questionário da Microintervenção, 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.

QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO	Em relação às pessoas com Hipertensão Arterial		Em relação às pessoas com Diabetes Mellitus	
	QUESTÕES	SIM	NÃO	SIM
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?	14 Dias		14 Dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		x		x
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?		x		x
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	x		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		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		x	
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	x		x	
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	x		x	

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

Fonte: elaboração própria, 2018.



