



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

MUDANÇA DE PARADIGMAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE ROSÁRIO DO CATETE(SE)

SORAIA LEMOS EHLERS

NATAL/RN
2018

MUDANÇA DE PARADIGMAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ROSÁRIO DO CATETE(SE)

SORAIA LEMOS EHLERS

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

Dedico este singelo trabalho ao meu querido e muito amado filho Lucas Gabriel Ehlers Espinheira, razão da minha existência, luz do meu porvir, amor que inunda meu espírito.

Agradeço a Deus pelo milagre da minha existência, e por mais uma oportunidade de fazer da vida algo de extraordinário! Que possa a Divina Providência nos presentear, sempre, com infinitas possibilidades de crescimento através do estudo e do trabalho, e que possamos ser gratos à vida, disponibilizando o aprendizado adquirido a serviço do Bem Maior, pela cura urgente deste lindo Planeta.

Agradeço a Mãe Maria, a Mestre Saint Germain, a Mestra Pórtia e a tantos mentores e amigos que estiveram a meu lado em mais uma jornada de muito aprendizado e alegrias.

Agradeço ao meu querido filho Lucas Gabriel Ehlers Espinheira, o Amor da minha vida, por ser meu apoio, meu amigo incondicional de todas as horas, cuja existência tem sido a força motriz que me guia os passos e me motiva a querer ser melhor a cada dia. Meu Guardião de Luz, que possa eu ser digna da pureza do seu coração e da grandeza da sua alma.

Agradeço às queridas e muito amadas amigas-irmãs Nisete Machado e Loiva Schütz, cuja amizade e apoio tanto me têm sustentado nos desafios dessa jornada.

Agradeço ao meu querido Charlie, por ser o sorriso do meu sorriso, o Sol dos meus dias, a chama eternamente guardada em meu coração, que me aquece e me ajuda a seguir adiante, em sua direção.

Agradeço à mãe que a vida me deu, àquela que me deu a vida, a querida Angelina, e a reverencio por ser o meu marco inicial.

Agradeço ao meu querido orientador, o Sr. Ricardo Henrique Vieira de Melo, por tanta paciência e dedicação, sem o que essa etapa não teria sido possível. Sua gentileza e sua bondade tocaram minha alma, e essa marca permanecerá comigo como um nobre exemplo a ser seguido.

Agradeço aos meus queridos colegas de trabalho na UBS Maria Zenaide, que tornam o meu cotidiano leve e prazeroso, sem cujo companheirismo e confiança esse trabalho não teria sido possível.

Agradeço aos meus queridos pacientes, que me confiam seus problemas, suas dores, seu dia a dia, que se entregam aos meus cuidados e tanto me ensinam e me estimulam a querer ser melhor para eles. Essa jornada é por vocês e para vocês.

Agradeço à UFRN, na figura de todos aqueles que estiveram à frente desse lindo projeto, por essa magnífica oportunidade de ser uma pessoa melhor e mais preparada para ajudar àqueles que se encontram sob minha égide, no maravilhoso campo da Atenção Primária em Saúde. A educação transforma, e os senhores me transformaram.

RESUMO

Introdução: Muitas são as dificuldades que podem ser verificadas no dia a dia da Atenção Básica, nos inúmeros rincões deste país. Entre o ideal e o real, pode haver uma grande distância, no terreno da Atenção Primária à Saúde. Assim é que, na busca por oferecer serviços de qualidade à população, muitas vezes a equipe de Estratégia de Saúde à Família pode encontrar dificuldades para se posicionar nos moldes do que preconiza o PMAQ AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo versar sobre alguns dos desafios encontrados no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde, bem como buscar alternativas para as dificuldades encontradas, através de um pensar coletivo envolvendo a equipe de Estratégia de Saúde da Família e os usuários do território de atuação. Traz uma coletânea de seis relatos de experiências, construídos a partir de micro intervenções realizadas junto à UBS Maria Zenaide, no município de Rosário do Catete, no Estado de Sergipe. **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:** Nossa metodologia de trabalho consistiu na proposição de micro intervenções que trouxessem resolutividade aos desafios encontrados, no campo da assistência, e se apoiou na educação como ferramenta de promoção à saúde e transformação de consciências, uma vez que o conhecimento empodera e traz o cerne da mudança. **Considerações finais:** A experiência vivida foi desafiadora, porém enriquecedora. Fortaleceu os laços entre os integrantes da equipe, bem como entre a equipe e a população adstrita. Criou um senso de responsabilidade coletivo e uma vontade de modificar paradigmas, de ver resultados.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	09
CAPÍTULO 2	15
CAPÍTULO 3	20
CAPÍTULO 4	26
CAPÍTULO 5	32
CAPÍTULO 6	38
CAPÍTULO 7	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	53

APRESENTAÇÃO

Muitas são as dificuldades que podem ser verificadas no dia a dia da Atenção Básica, nos inúmeros rincões deste país. Entre o ideal e o real, pode haver uma grande distância, no terreno da Atenção Primária à Saúde.

Assim é que, na busca por oferecer serviços de qualidade à população, muitas vezes a equipe de Estratégia de Saúde à Família pode encontrar dificuldades para se posicionar nos moldes do que preconiza o PMAQ AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

Mas a Saúde precisa acontecer, e a população não pode esperar situações ideais para requerer o seu direito constitucional a uma saúde de qualidade.

O presente trabalho tem como objetivo versar sobre alguns dos desafios encontrados no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde, bem como buscar alternativas para as dificuldades encontradas, através de um pensar coletivo envolvendo a equipe de Estratégia de Saúde da Família e os usuários do território de atuação.

Traz uma coletânea de seis relatos de experiências, construídos a partir de microintervenções realizadas junto à UBS Maria Zenaide, no município de Rosário do Catete, no Estado de Sergipe.

Iniciei minhas atividades profissionais como médica de Saúde da Família no município rosairense em 1º de junho de 2018, através do Programa Mais Médicos para o Brasil.

A escolha por esse município aconteceu por afinidade, uma vez que já trabalhava na cidade como emergencista no Pronto Socorro local. O trabalho no hospital durante muitos meses acabou criando vínculos positivos com a população, o que me estimulou a me aventurar no terreno da assistência básica junto àquelas pessoas por quem já nutria grande afeição.

Ao adentrar o palco da Atenção Básica, senti-me “em casa”, porém a observação da realidade do território e do modo de funcionamento da UBS suscitou o desejo por melhorias na assistência. Desse sentimento, nasceu a motivação para as intervenções que são descritas nesse trabalho.

Muitas vezes, o trabalho de transformação da realidade encontra resistências. Em nosso território, tal não foi diferente.

Assim, convido o leitor a conhecer um pouco da nossa história, singelamente retratada nos capítulos subsequentes. História de brasileiros, como eu, como você, que mesclam uma boa dose de boa vontade com uma pitada de improviso e transformam um dia comum em algo extraordinário.

Se a vida nos der um limão, que possamos fazer uma limonada, ora pois!

]



CAPÍTULO I: Desafios no primeiro atendimento às urgências NA UBS Maria Zenaide (SE)

O PMAQ-AB, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, foi instituído em 19 de julho de 2011, através da Portaria GM/MS nº 1.654, como uma ação voltada a dar continuidade aos esforços por melhorias na qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS, mais especificamente pela Atenção Básica à Saúde.

Tal preocupação com a melhoria do parâmetro “qualidade”, nesse primeiro nível de densidade tecnológica, começou a ganhar espaço, no Brasil, no início dos anos 2000. Assim é que, nesse sentido, em 2003, foi lançado o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Em 2006, tivemos a publicação do pacto da saúde e da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, foi uma estratégia de grande impacto na melhoria da qualidade da Atenção Básica.

A implementação do PMAQ/AB, em 2011, objetivou incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, além de ampliar o acesso, através da proposição de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação padronizada do trabalho das equipes de saúde.

Em 2 de outubro de 2015, através da Portaria nº 1.645, foi revogada a Portaria anterior, de 2011, e algumas mudanças puderam ser verificadas, como a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB.

A participação de gestores e equipes é voluntária, porém a melhora verificada no padrão de qualidade no atendimento é recompensada com a elevação do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, pertinente à organização do Programa, refere-se às ações contínuas empreendidas pelas equipes, apoiadas pela gestão municipal, estadual e pelo Ministério da Saúde no intuito de realmente promover as mudanças que resultem na melhoria da qualidade do acesso e dos serviços prestados.

Um dos elementos desse Eixo Estratégico se refere à autoavaliação, feita pela própria equipe, que auxilia a identificar e, assim, priorizar as dificuldades destacadas para aquela realidade local.

Tal autoavaliação segue um padrão, e, para tanto, disponibiliza-se o sistema AMAQ, que é uma ferramenta que foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade de Estratégia de Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde.

A utilização da AMAQ não é obrigatória pelos gestores municipais e equipes, que podem optar por outras ferramentas para avaliarem-se.

Considerando-se a importância da autoavaliação como uma potente ferramenta na identificação de dificuldades, das fragilidades reais do território, e considerando-se o sistema AMAQ como o instrumento de escolha para tal objetivo, reunimo-nos os integrantes da ESF 2, do município de Rosário do Catete, para uma reavaliação dos itens relacionados, naquele sistema, à equipe de Atenção Básica.

Tais itens já haviam sido discutidos no ano anterior, quando do 3º Ciclo do PMAQ; entretanto pareceu-nos prudente, um ano após tal feito, atualizarmos nossas percepções acerca do impacto do nosso trabalho, através dessa ferramenta prática que nos tem servido de guia.

Nosso intuito foi o de identificar as áreas mais problemáticas para as quais precisamos construir uma matriz de intervenção.

Assim é que reunimo-nos, de forma incompleta, presencialmente, em nossa UBS Maria Zenaide: a médica da equipe, Soraia; a enfermeira da equipe, Aline; a técnica de enfermagem da equipe, Romilda; e os agentes comunitários de saúde Rafael, “Beatinha” (como gosta de ser chamada), Katiane e Erivan; três dos nossos agentes comunitários de saúde, por motivo de afastamento temporário do trabalho por intercorrências de saúde, não puderam estar presentes. Também esteve presente a funcionária da recepção, Rute. Estiveram ausentes a odontóloga Sabrina e a técnica de Odontologia, Alana.

A reunião aconteceu no consultório da Enfermeira Aline, uma vez que não dispomos de sala de reunião na UBS. Entretanto ocorreu de forma leve e informal, e todos puderam se manifestar a respeito dos quesitos autoavaliativos, fazendo as considerações pertinentes sobre cada item abordado, cada qual sob a ótica de sua realidade profissional, no cotidiano da Atenção Básica.

Um dos quesitos que recebeu pontuação mais baixa foi o item 4.14 (Subdimensão: Organização do Processo de Trabalho). De acordo com o consenso a que chegou a equipe, em nosso atual contexto, tal item recebeu nota 5 (em uma escala de 0 a 10).

Nossa equipe trabalha em duas UBS distintas. Uma se situa na entrada da cidade, próximo à BR 101, e a outra se situa no interior do Povoado Siririzinho, área rural abrangida pelo nosso território.

Em nossa Unidade que se situa em área rural, dispomos de sala de observação, com os insumos, medicamentos e materiais adequados para o atendimento de eventuais pacientes em situação de urgência. Temos condições de oferecer um primeiro atendimento adequado, e, havendo necessidade, dispomos de uma ambulância à disposição para o adequado encaminhamento de qualquer paciente ao Pronto Socorro da própria cidade.

Em nossa Unidade situada em área urbana, todavia, não dispomos de sala de observação destinada ao atendimento e observação de urgências/emergências. Apesar de termos, nesse espaço, uma sala de procedimentos, de pequenas dimensões, que pode ser utilizada para tal fim, na falta daquela, e embora disponhamos de materiais para o atendimento de algumas intercorrências traumáticas básicas, não dispomos de medicamentos para fornecer um primeiro atendimento adequado a quadros agudos de natureza clínica, tais como crises hipertensivas, hiperglicemias, transtornos febris, etc, ou psiquiátrica, tais como crises agudas de ansiedade, tão comuns em nossa Unidade.

Já estivemos em situações difíceis decorrentes dessa carência. Recentemente, em um dia comum de atendimento, foi necessário encaminhar seis pacientes com crises hipertensivas, detectadas durante a pré-consulta, ao Pronto Socorro local, pois não dispúnhamos de nenhum medicamento para fornecer um atendimento adequado. Nossa única possibilidade de conduta foi a orientação e a observação de tais pacientes enquanto permaneciam na sala de espera, monitorados, aguardando a ambulância que os transferiria, contactada por nossa equipe.

Por outro lado, muitos de nossos usuários se esquivam de frequentar o Pronto Socorro, queixando-se de serem mal atendidos por profissionais que questionam se “não há médico no posto de saúde”, ou que afirmam, para algumas urgências mais básicas, que “aquilo não era para ir para o PS”, ou “não é urgência”, ou “o médico da UBS não trabalha”. Algumas vezes, tivemos pacientes que simplesmente foram enviados ou “devolvidos” à UBS pelo médico plantonista, sem sequer receberem qualquer atendimento.

Tais situações nos colocam, usuários e profissionais da Atenção Básica, em situação desconfortável, constrangedora, além de desconsiderarem as necessidades e o direito a um tratamento digno e mais humano que merece aquele que é o nosso protagonista: o paciente, o doente, o usuário do SUS.

Após estabelecermos esse problema como o mais gritante da realidade da nossa equipe, passamos à construção da nossa matriz de intervenção, nos moldes do que propõe a AMAQ (ver apêndice 1).

A segunda parte do atual relato refere-se à criação de um mecanismo que nos permita monitorar um dos indicadores do PMAQ, factível com a nossa realidade local.

Temos sofrido uma grande pressão, por parte de usuários e por parte da gestão municipal, no sentido de priorizar o atendimento a uma demanda espontânea, em detrimento dos atendimentos programados/agendados. Tal *modus operandi* acarreta transtornos, como pessoas se enfileirando na porta da UBS durante a madrugada, para conseguir uma senha de atendimento; desorganização nos critérios de acolhimento; dificuldades no cumprimento das ações propostas pelo PMAQ, em virtude da limitação das possibilidades de agendamentos; sobrecarga contínua, diária; dificuldade de acesso para alguns usuários, em detrimento de outros, que frequentam o espaço da UBS quase semanalmente; insatisfação geral.

Essa pressão por parte de usuários se deve a uma postura imediatista, que não tolera a espera por uma consulta agendada. Por outro lado, no que se refere à gestão municipal, há uma pressão geral por volume de atendimento e satisfação dos anseios dos usuários, por serem os mesmos, os eleitores que podem optar ou não pela permanência daquele grupo político, quando à época de novas eleições.

Em nossas UBS de atuação, já utilizamos o PEC/AB (Prontuário Eletrônico do Cidadão), para o registro das informações que alimentam o SISAB, fornecendo os dados que permitem a monitorização dos indicadores do PMAQ.

Porém decidimos criar uma planilha, de uso diário, em nossa rotina de atendimento, para estabelecermos os percentuais diários, semanais e mensais de atendimento à demanda espontânea, bem como à demanda agendada.

Seriam, portanto, dois indicadores a serem avaliados, e não somente um.

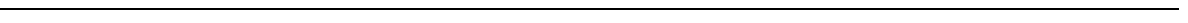
Isto porque temos especial interesse em modificar a nossa perspectiva atual.

É grande o interesse de nossa equipe em organizar melhor a nossa agenda, otimizando o nosso acolhimento, tornando-o uma ferramenta fundamental para prestarmos um atendimento mais eficiente, que permita acesso a todos, que permita o cumprimento das melhorias a que nos propomos, tendo como guia a vinculação ao PMAQ. É nossa meta aumentarmos progressivamente o percentual de consultas agendadas, em detrimento das

consultas no dia, pelas razões acima expostas. A seguir, apresentamos a Planilha Diária criada com essa finalidade (ver apêndice 2).

Essa planilha fica disponível em nossos computadores para impressão e preenchimento manual, ou para preenchimento e armazenamento na própria CPU. Foi criada para uso da enfermeira e da médica, a princípio. Após o término das atividades do dia, a planilha é guardada em pasta classificadora específica para tal fim (caso seja preenchida manualmente), e, ao final do mês, é-nos possível calcular os percentuais de ambos os tipos de demandas.

É algo simples, porém fácil de manusear, e que nos auxiliará a termos dados para trabalharmos na melhoria de ambos os indicadores em questão.



CAPÍTULO II: Desafios na estruturação do acolhimento à demanda na Atenção Básica

Uma das grandes dificuldades, no que se refere ao bom funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, é o acesso dos usuários aos serviços da atenção básica e especializada. Quase três décadas após a implantação e a implementação do SUS, ainda se observam diversos problemas de acesso dos brasileiros a esses serviços.

Segundo Donabedian (1973; 2003), o conceito de acessibilidade refere-se à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde. Para o autor, a acessibilidade depende de fatores sócio-organizacionais e geográficos que se relacionam.

De acordo com a Portaria nº 4.279, para assegurar a resolutividade na rede de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado é o acesso, que pode ser analisado através (I) da disponibilidade, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família; (II) da comodidade, relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; e (III) da aceitabilidade, relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à estrutura física do serviço, ao tipo de atendimento prestado, e relacionada, também, à aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

Em nossa Unidade Básica de Saúde, no município de Rosário do Catete/SE, desde o início das minhas atividades profissionais, percebi que a maneira de garantir o acesso dos usuários aos serviços oferecidos trazia certos percalços para os mesmos e para a equipe. Tal acesso era feito por demanda livre, com atendimento agendado para o próprio dia da busca pelo serviço. Quem não conseguisse uma vaga naquele dia, teria que se aventurar em outra ocasião, seguindo o mesmo esquema. Gestantes, à exceção, sempre tiveram suas consultas mensais garantidas através do agendamento prévio realizado pela própria enfermeira, bem como os pacientes acamados, que sempre tiveram seus atendimentos domiciliares agendados semanalmente.

O acesso por demanda livre, como vinha acontecendo, constantemente gerava problemas. A peregrinação de usuários para o portão da UBS durante a madrugada, para garantir uma oportunidade de atendimento, gerava problemas de segurança para nossa população, por se tratar de região de contumaz violência.

Por outro lado, alguns usuários reservavam mais de uma vaga para o mesmo dia, o que escasseava a oferta para os demais. Muitas vezes, essas “vagas” a mais eram comercializadas. E havia, ainda, alguns usuários, cujo hábito e facilidade de conseguir atendimento na UBS, comumente mais de uma vez por semana, requerendo consultas repetida e desnecessariamente, dificultava, ainda mais, a acessibilidade aos serviços. O acolhimento, em nossa UBS, consistia, basicamente, em “encaixar” situações que necessitavam de atendimento imediato, e que não haviam sido bem-sucedidas na busca por vagas.

Outra peculiaridade de nosso município é o fato de a Farmácia Básica (única, para toda a cidade) só ter autorização de fornecer as medicações de uso contínuo (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, psicotrópicos, etc) em quantidade suficiente para o período de um mês de consumo, requerendo, sempre, prescrições atualizadas para novas dispensações, o que obriga os usuários a buscarem a UBS para manutenção de tratamento todos os meses, no intuito de renovarem suas receitas e darem continuidade a seus tratamentos.

Além disso, pacientes em uso de fraldas geriátricas, para poderem receber auxílio da gestão municipal para aquisição das mesmas, necessitam levar, à Assistência Social, mensalmente, relatório que comprove a necessidade de seu uso, emitido pela médica ou pela enfermeira, o que obriga seus familiares/acompanhantes ao comparecimento mensal à UBS para tanto, o que aumenta, ainda mais, a demanda.

Como resultado, verificava-se sobrecarga da equipe, dificultando o planejamento de saúde adequado da nossa comunidade e trazendo desgastes para os profissionais, além de insatisfação de usuários, pela dificuldade de acesso ao serviço. Há muito percebemos, em nossa equipe, a necessidade de uma estratégia para melhorar o acesso dos usuários e para um atendimento mais justo. Então, em uma de nossas reuniões de equipe, a enfermeira, alguns agentes de saúde, a recepcionista, e eu, a médica, decidimos criar um modus operandi que tornasse mais resolutiva nossa atuação nesse sentido. Assim, fomos criando algumas regras para o acolhimento, a saber:

- Agendamento mensal das consultas de pré-natal pela enfermeira ou pela médica, em qualquer momento (durante todo o horário de funcionamento da UBS).
 - Aqueles que se ausentarem à consulta agendada, sem justificar a ausência, perdem o direito a novo agendamento durante os 15 dias subsequentes, à exceção das situações de urgência e emergência.
-

- Acolhimento diário dos usuários, para agendamento, das 07:00h às 09:00h, com a enfermeira, ou, em sua ausência, com agente de saúde ou a própria recepcionista, de acordo com nossas orientações prévias, para agendamento no dia ou para os próximos 7 dias, no máximo, para a médica, a odontóloga e a enfermeira.

- Pacientes terão acesso livre a serviços como vacinação, aferição de P.A. e de glicemia capilar (quando diabéticos), além de administração de medicações e nebulização.

- Pacientes acamados têm agendamento semanal para visita domiciliar, que ocorre às quintas-feiras pela manhã. Podem agendá-lo com a médica, com a enfermeira, ou com o agente de saúde de sua microárea.

- O acesso ao serviço de coleta para colpocitologia ocorre sob livre demanda, às quartas-feiras, com a enfermeira.

- Cada usuário pode agendar apenas uma consulta por dia, salvo situações a serem analisadas (mais de um filho, idoso e cuidador, etc), para evitar as famigeradas vendas de vagas, bem como para garantir acesso a todos.

- O limite para agendamentos prévios para o dia (demanda programada) é de 10 agendamentos.

- O limite para agendamentos no dia (demanda livre) é de 10 agendamentos.

- Urgências e emergências podem ser encaixadas em qualquer momento, dentro do horário de atendimento, desde que submetidas à análise da enfermeira ou da médica.

- Agendamento prévio poderá ser feito em qualquer momento do horário de atendimento, pois, durante nosso trabalho, várias situações se apresentam (retornos agendados pelo próprio profissional, situações outras), porém o agendamento para o dia (salvo as situações de urgência e emergência, conforme citado) deve ser realizado durante o acolhimento do início da manhã.

- Pacientes que se dirigem à UBS para prescrição de medicações de uso contínuo ou para confecção de relatórios para aquisição de fraldas informam tal intento à recepcionista e a mesma separa seus prontuários, solicitando retorno no dia seguinte. Para aqueles pacientes já em tratamento conosco, com quadro clínico compensado, que não estejam em período de retorno periódico, renovamos as prescrições para o período de um mês. Para outras situações, agendamos atendimento para as 48h seguintes. Tal atribuição realizamos após o término dos atendimentos presenciais do dia.

Pudemos notar, com tais medidas, uma melhor organização e uma maior facilidade do acesso. Tem havido uma melhora na comunicação com os usuários, uma satisfação maior (pois todos têm uma definição de conduta), maior fluidez.

Alguns poucos usuários, acostumados ao modelo antigo, reclamaram. Mas toda mudança pede um tempo para que possa ser assimilada.

Infelizmente, ainda não dispomos de telefone na UBS para facilitarmos a comunicação com os nossos usuários, o que seria bastante útil nesse novo processo de programar demandas (agendamentos, reagendamentos, etc), porém computadores estão sendo instalados nas UBS, e, posteriormente, reunir-nos-emos com a mesma pauta, para avaliarmos a possibilidade de oferecermos novas vias de contato para a comunidade (correio eletrônico, por exemplo).

Com as medidas citadas, pudemos perceber uma melhor organização no nosso serviço de atendimento, diminuindo a pressão de usuários e a sobrecarga na agenda. A redução de usuais brigas e ameaças, decorrentes da dificuldade de acesso, e a sensação de ter mais tempo livre (pela otimização dos atendimentos) é um alento.



CAPÍTULO III: Mudança de paradigmas em anticoncepção

Um dos pilares da Atenção Básica, e que deve ser alvo de especial atenção das equipes de Estratégia de Saúde da Família, é o “Planejamento Reprodutivo”, ou, como também é conhecido, “Planejamento Familiar”.

Segundo Hudler e Tannuri (2014), os direitos sexuais e reprodutivos ganharam relevância após a década de 60, propulsionados essencialmente pelo ativismo social de movimentos libertários e feministas.

Ainda segundo esses autores, a inserção dos direitos sexuais e reprodutivos foi abalizada por meio da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, parágrafos 7º e 8º. É dever do Estado franquear recursos (educacionais e de saúde) e promover a orientação geral sobre tais direitos, bem como proporcionar proteção individual aos membros da família, o que é regulamentado pela Lei n. 9.263/96, de planejamento reprodutivo, e pela Lei n. 11.340/ 2006, de proteção à mulher no ambiente doméstico e familiar.

Épocas houve em que a ideia de utilização dos métodos contraceptivos como meio de compelir as parcelas mais carentes a um controle demográfico esteve presente. Contudo, o que se busca na atualidade é oferecer condições mínimas para que o cidadão, seja homem ou mulher, possa optar, por si, tendo ciência dos efeitos de sua escolha sobre seu futuro familiar. Para tanto, compete ao Estado oferecer meios pelos quais o indivíduo possa desfrutar de sua sexualidade, de forma plena e saudável, e, simultaneamente, coibir eventual violência à sua intimidade ou integridade.

Assim, cabe ao Estado possibilitar a todos os cidadãos o amplo acesso às informações e a todos os métodos contraceptivos lícitos (reversíveis e/ou definitivos) e conceptivos (tratamento para fertilidade, acompanhamento médico prévio à concepção), abstando-se de qualquer interferência no processo decisório de homens e mulheres.

No que diz respeito à situação de nosso município em relação a esse tema, e, mais especificamente, nossas UBS (urbana e rural), pode-se dizer que alguns aspectos são positivos, entretanto outros ainda requerem melhorias.

O trabalho de aconselhamento e orientação com relação a concepção e contracepção é feito normalmente durante nossa rotina em ambulatório, pela médica e pela enfermeira. As prescrições de contraceptivos são feitas durante consulta médica.

Os contraceptivos oferecidos normalmente em nossa Unidade de Saúde são métodos reversíveis (hormonais e de barreira):

-
- pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg);
 - minipílula (noretisterona 0,35 mg);
 - injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg);
 - injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg);
 - preservativos masculino e feminino (camisinha).

Outros métodos, como o diafragma e o DIU, não são oferecidos em nossa Unidade. Não dispomos de contracepção de emergência.

Com relação a métodos definitivos (contracepção cirúrgica: laqueadura/vasectomia), fazemos os devidos encaminhamentos aos serviços que os proporcionam.

Nos últimos meses, tem havido uma carência significativa na oferta de contraceptivos orais e injetáveis, que são os métodos mais utilizados na rotina das nossas usuárias, o que nos trouxe algumas situações desafiadoras. Ficamos durante alguns meses sem nenhum contraceptivo hormonal oral e sem o contraceptivo mensal injetável, o que acarretou uma mudança de condutas e um novo cenário na realidade da nossa área adstrita.

Diante de tal realidade, certas situações se apresentaram. Inicialmente, algumas pacientes passaram a comprar seus anticoncepcionais de uso contínuo, ou nos procuraram para uma mudança de prescrição. Outros usuários (e usuárias) passaram a buscar métodos de barreira.

Todavia, a taxa de natalidade, principalmente entre adolescentes, aumentou significativamente.

Diante da carência dos referidos contraceptivos, algumas usuárias “relaxaram” e continuaram a manter suas relações sexuais sem uma preocupação com a possibilidade de uma possível gravidez (sem mencionar a possibilidade de contrair DST). Tal comportamento se verificou principalmente entre as usuárias mais jovens e aquelas que nunca haviam sido mães, o que é compreensível. As mães sabem da carga de responsabilidades que envolve a maternidade, e se acautelam bastante antes de se exporem à possibilidade de uma nova gestação. O que nem sempre se observa em usuárias mais jovens, em especial, as adolescentes, por ainda estarem em uma fase da vida de profundas

transformações e aprendizado, em que ainda não pesam as responsabilidades da vida adulta.

Em nosso país, atualmente, a gravidez precoce tem se transformado num grande problema de saúde pública. Com poucas informações e uma vida sexual ativa cada vez mais precoce, muitas adolescentes engravidam em uma época da vida em que se encontram despreparadas para assumir as responsabilidades da maternidade. Ao se tornarem mães, estas adolescentes acabam deixando de lado uma importante fase de desenvolvimento (algumas até mesmo abandonam os estudos). Mais preocupante são aquelas que buscam o aborto, tirando a vida de um ser e colocando em risco suas próprias vidas.

Diante dessa nova perspectiva, nós, a equipe de ESF II do município de Rosário do Catete-SE, decidimos criar uma estratégia para reverter essa situação.

Não há o que reverter em relação às gestações já em curso, obviamente, restando-nos apenas oferecer a melhor assistência pré-natal possível, com o devido encaminhamento à Assistência Social, para cadastro e usufruto dos benefícios pecuniários relacionados à gestação, oferecidos pelo município. Assistência psicológica também é oferecida, quando necessária, como nos casos em que a gestação acarreta problemas nas relações familiares, ou naqueles em que há intervenção do Conselho Tutelar, por exemplo, dentre outras situações.

Decidimos utilizar a informação, esse poderoso meio de transformação e mudança, como nossa ferramenta principal.

Ora, passamos a não dispor de alguns métodos, porém a oferta dos métodos de barreira (camisinha masculina e feminina) se manteve inalterada. Tais contraceptivos são oferecidos a todos, sem quaisquer restrições, inclusive de quantidade, ficando disponíveis sobre a bancada da recepção, para que qualquer usuário possa ter acesso a eles, sem necessidade de intermediários ou de exposição individual.

Além do mais, trata-se de uma excelente escolha no planejamento familiar, pois, além de evitarem uma gravidez indesejada, os métodos de barreira impedem a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, como herpes genital, gonorreia, sífilis e a AIDS, e seu uso deve ser largamente estimulado. Some-se a isso a simplicidade de uso e uma eficácia de 98%, se usados corretamente. São grandes aliados em caso de relações sexuais inesperadas.

A desvantagem desse método, à parte os casos de alergia ao látex, que são raros, é o desconhecimento da forma correta de uso. Quando mal utilizada, a camisinha, principalmente a masculina, pode romper. O desconhecimento do fato de que ela não pode ser reaproveitada e de que deve ser descartada imediatamente após o fim de cada coito também pode comprometer sua eficácia.

Em suma, considerando-se a camisinha masculina e a camisinha feminina como excelentes métodos contraceptivos e de prevenção às DST; considerando-se a carência de contraceptivos hormonais de largo uso no município em questão, em contrapartida à larga oferta dos métodos de barreira acima citados; considerando-se a dificuldade financeira da população adstrita; e, por fim, considerando-se a faixa etária associada à incidência nos novos casos de gestações não programadas (pré-adolescência/adolescência/adultas jovens), consideramos como estratégia para uma intervenção elaborar atividades educativas com a temática do Planejamento Reprodutivo, com explicações sobre os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, de uma forma geral, enfatizando o uso dos métodos de barreira supracitados (camisinhas masculina e feminina), como forma de expandir o conhecimento acerca do assunto, disponibilizando o acesso e incentivando seu uso.

Médica e enfermeira da equipe comprometemo-nos a palestrar, ficando acordado que tais atividades ocorreriam às quartas-feiras e/ou às sextas-feiras, no início da manhã, na área de recepção da UBS.

Nossa UBS inicia suas atividades às 7h, quando é organizada a ordem de atendimento e são realizadas as pré-consultas, razão pela qual os atendimentos médicos e de enfermagem nunca se iniciam antes de 07:30h.

Consideramos esses trinta minutos iniciais do dia uma excelente oportunidade para um colóquio informal sobre o tema, pois elaborarmos eventos para que as pessoas compareçam à Unidade tão somente para assistirem a palestras sobre qualquer tema se mostrou ineficiente em programações anteriores. Os pacientes já estarão presentes à UBS, e cremos que o assunto seja de interesse geral.

Por outro lado, levando em consideração os casos de gestações em adolescentes e pré-adolescentes, entendemos ser importante levar esse tema também ao âmbito das escolas, para que nossos jovens pudessem ter a oportunidade de aprender e sanar dúvidas pertinentes ao tema, bem como para nos colocarmos à disposição desse público também no espaço da UBS.

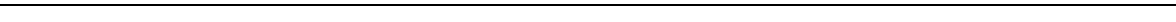
Colocamos nosso plano em prática desde julho de 2018. A experiência tem sido bastante positiva.

Muitos dos nossos pacientes, quando chegam ao momento da consulta do dia, independente da razão para a busca do serviço, acabam perguntando sobre o que ouviram durante a palestra matinal, e isso tem sido extremamente satisfatório. Mostra que o nosso esforço tem gerado uma boa repercussão!

Por outro lado, desde que nos propusemos a tal, já palestramos em uma escola na área urbana e na escola que fica no Povoado de Siririzinho, e os alunos se mostraram respeitosos e bastante receptivos. Houve adolescentes que procuraram a enfermeira, após tais palestras, para terem acesso aos contraceptivos, principalmente a camisinha masculina (a camisinha feminina, infelizmente, ainda não se popularizou em nossa área, como gostaríamos).

Citamos, ainda, que o espaço de colóquio matinal ajudou a organizar mais o serviço, de tal forma que as pessoas não ficam mais tão agitadas e barulhentas como permaneciam antes, no início do turno.

Seguimos confiantes de que bons frutos, a médio e longo prazo, poderão ser colhidos dessa nova experiência!



CAPÍTULO IV: Sistematização do acompanhamento em Saúde Mental na Atenção Básica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1958, a saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doença.

Muito embora não haja uma definição oficial para o termo, pode-se dizer que “Saúde Mental” (ou sanidade mental) é uma expressão usada para descrever um determinado nível de qualidade cognitiva ou emocional, ou a ausência de patologia mental propriamente dita.

Segundo Dalgarrondo (2000), há vários critérios de normalidade e anormalidade em psicopatologia. Há a normalidade como ausência de doença. Normal, do ponto de vista psicopatológico, seria, portanto, a ausência de um transtorno mental definido. Há a normalidade estatística, em que normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência. Há, ainda, a normalidade funcional, em que o conceito de patológico estaria relacionado ao que é disfuncional, àquilo que provoca sofrimento para o próprio indivíduo ou para o seu grupo social. Há, também, a normalidade subjetiva, em que a ênfase está na percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação ao seu próprio estado de saúde, às suas vivências subjetivas.

Trata-se de conceitos vastos e imprecisos, uma vez que bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Entretanto, entende-se como certo que todas as pessoas podem apresentar sinais de sofrimento psíquico em alguma fase da vida.

Dentro desse contexto, a presente proposta de intervenção consiste em elaborar de uma planilha de acompanhamento em Saúde Mental para os pacientes de nossa área de adstrição.

A experiência da confecção de uma planilha para esquematização do acompanhamento dos pacientes portadores de transtornos da esfera psíquica não foi algo, digamos assim, inusitado. Já contávamos com material similar em nossa Unidade, a ser preenchido e constantemente atualizado por nossos agentes comunitários de saúde.

Porém, ao pesquisar sobre tais fichas, percebi que elas não estavam sendo atualizadas desde antes mesmo de eu iniciar minhas atividades profissionais naquele município, por volta de dois anos atrás. Faltavam as planilhas de quatro dos nossos agentes, e havia a planilha de uma agente comunitária que já havia sido transferida para outra área, há mais de três anos. E mesmo aquelas planilhas que estavam na pasta de

Acompanhamento Mental e Neurológico estavam pobremente preenchidas, não condizentes com a realidade verificada em nossa rotina diária de atendimento.

Assim sendo, aproveitei a oportunidade para nos reinventarmos nesse tema, enquanto equipe. Aperfeiçoei a planilha já existente, incluindo alguns itens que considerei importantes, e conversei com cada ACS, individualmente, solicitando o preenchimento de tais fichas, ressaltando a importância das mesmas em nossa próxima avaliação do PMAQ, e para um melhor controle do tratamento desses usuários, que não são poucos, em nossa área.

Também eu me propus a manter sempre à minha própria disposição algumas fichas, para preenchimento durante os atendimentos ambulatoriais, e entreguei algumas à enfermeira da equipe, para que auxiliasse, quando possível.

Achei pertinente criar, também, uma planilha para programação dos retornos desses pacientes, a ser preenchida, inicialmente, por mim, durante o atendimento desse público específico. O objetivo seria criar um histórico de acompanhamento, para poder observar a assiduidade dos pacientes. Pacientes faltosos a uma primeira consulta agendada teriam, inicialmente, um reagendamento programado, sendo a nova data de atendimento informada ao usuário pelo ACS. A partir de uma segunda ausência, programaríamos uma visita domiciliar para avaliar a situação.

Tal procedimento teria como foco o auxílio aos nossos pacientes, uma vez que sabemos que patologias há em que o paciente perde a autonomia de responder por si; outros podem experimentar apatia e despersonalização que limite sua própria iniciativa de autocuidado. Uma descontinuidade de acompanhamento poderia nos sinalizar uma piora do quadro clínico, e a nossa proposição seria a de uma busca ativa de tais casos, considerando as peculiaridades do terreno das psicopatologias.

Tal tarefa não foi recebida pelos nossos ACS de forma tão amistosa, por assim dizer, uma vez que passaram a contar com uma tarefa a mais. Entretanto, temos um excelente relacionamento em equipe e todos compreenderam a importância desse trabalho no contexto da nossa comunidade.

Cabe ressaltar que não dispomos de CAPS em nosso município. A unidade mais próxima fica no município de Maruim, que faz fronteira com Rosário do Catete. Apenas dois de nossos pacientes fazem acompanhamento em tal unidade. Não temos uma rotina de referenciar pacientes para aquela unidade.

Temos, por outro lado, à nossa disposição, um psiquiatra, vinculado à rede municipal, que atende às segundas-feiras pela manhã. Temos, também, um psicólogo à disposição em nossa própria UBS, Marcos, todas as quintas-feiras, em período matutino.

Com relação ao NASF do município, esteve inativo até mais ou menos duas semanas atrás, quando se apresentaram as três primeiras profissionais convocadas, dentre elas uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga. Ainda estão em fase de organização de horários, mas, por ora, sabemos que teremos mais uma profissional para atuar na área da saúde mental.

Importante também mencionar que dispomos, em nosso município, de vasta gama de medicações psicotrópicas, dentre antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, etc., embora, eventualmente, falte uma ou outra medicação de uso mais frequente no estoque do município.

Traremos, a seguir, um caso clínico de nossa comunidade, que vimos acompanhando de forma bastante próxima nos últimos meses:

V.S., 48 anos, viúva, sexo feminino, parda, hipertensa, prendas do lar. Teve quatro filhos homens, tem 3 netos. Mora com um filho e uma nora. A família tem envolvimento com o narcotráfico local. Há aproximadamente quatro anos, seu filho mais velho foi assassinado, por rixa entre traficantes rivais. Após tal evento, V.S. apresentou quadro de depressão severa, segundo registro em prontuário, tendo feito uso de antidepressivo tricíclico durante uns dois anos (Amitriptilina 25mg/dia). Possivelmente após melhora clínica, abandonou o tratamento, por conta própria, rareando suas idas à UBS, que se limitavam a renovar suas prescrições de anti-hipertensivos em uso (Losartana 50mg via oral 12/12h e Hidroclorotiazida 25mg VO pela manhã).

Há mais ou menos três meses, outro de seus filhos foi assassinado, em uma festa ocorrida na cidade vizinha, e essa paciente nos procurou na UBS em péssimo estado, extremamente ansiosa, em prantos, insone. Contou-nos que, de todos os filhos, esse era o único que era estudioso e não fazia “coisas erradas”. Deixou companheira de 18 anos de idade viúva e uma filha de um ano de idade. A paciente estava inconsolável, não dormia havia 3 dias, segundo a mesma. Informou-nos que toda a sua família estava “jurada de morte”, por uma questão de vingança, e que fazia muito tempo que não tinha tranquilidade na vida. Queixou-se, também, de dificuldades financeiras, informando que passava roupas em uma residência, uma vez por semana, e recebia R\$40,00 por dia trabalhado. Informou

que, quando ficava nervosa, pegava um comprimido de Diazepam “emprestado” da comadre.

Então prescrevi para a mesma, naquele momento, Clonazepam 2mg via oral às 21h e Fluoxetina 20mg via oral pela manhã. Encaminhei-a para o psicólogo Marcos, que a atenderia no dia seguinte, na própria UBS, e também para o psiquiatra, cuja consulta aconteceria dali a oito dias, na clínica integrada, em frente ao Pronto-Socorro Municipal (tivemos o cuidado de telefonar e agendar, por se tratar de caso mais urgente). Agendei seu retorno para meu ambulatório em 15 dias.

No dia seguinte, a paciente não compareceu para o atendimento com o psicólogo na UBS. Na semana seguinte, não foi ao psiquiatra.

Indaguei à ACS da área, sobre a paciente, que nos informou que a família estava passando alguns dias em outro município, com parentes, receosos de novo ataque.

Na data do retorno, a paciente não compareceu, igualmente. Reagendamos seu retorno para dali a 30 dias, considerando que a mesma não se encontrava na cidade.

Mas o inesperado aconteceu. Aproximadamente um mês após evento tão trágico, outro filho da paciente foi assassinado.

A Sra. V.S. retornou à cidade. Encontro-a novamente em prantos na UBS. P.A. = 200x120mmHg. Informa-me o ocorrido. Informa que fez uso das medicações prescritas anteriormente de forma irregular. Interrompeu o uso da Fluoxetina após 5 dias de uso e manteve o Clonazepam, que havia acabado antes do tempo previsto, por se automedicar excessivamente e por oferecê-lo também a sua nora, que estava com dificuldades em relação ao sono.

Sem muita perda de tempo, encaminhamos a paciente ao Pronto-Socorro da cidade, em virtude da urgência hipertensiva e do quadro emocional. Acionamos a recepção do P.S., que prontamente nos enviou uma ambulância, e a paciente, após alguma resistência, concordou em ir.

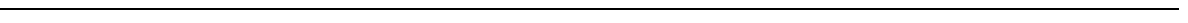
No dia seguinte, manhã de atendimento domiciliar, segundo o cronograma da Unidade, fomos à residência da paciente. Algo apática, informou-nos que tomou remédio para a pressão e Diazepam no P.S.

Após longa conversa, a paciente concordou em se submeter aos tratamentos previamente propostos, e concordou em usar as medicações nos horários acordados, sem compartilhá-las com mais ninguém. Comprometeu-se a retornar à UBS dali a 30 dias, mas resistiu à ideia de ir ao psiquiatra e não prometeu ir ao psicólogo.

A paciente não retornou após os 30 dias. Segundo a ACS, a Sra. V.S. havia voltado a vender drogas e estava tendo problemas com o delegado da cidade, porque a polícia havia encontrado um bandido e alguma quantidade de maconha escondidos em sua residência.

Faz algo em torno de três semanas, a Sra. V.S. apareceu extremamente nervosa na UBS, dizendo precisar de algo para se acalmar. Oferecemos à mesma 05 gotas de Clonazepam, de que dispúnhamos na unidade de saúde. Antes que a pudesse reavaliar, ela se foi. Sua nora permaneceu no local, e me disse que a sogra estava nervosa porque teria audiência com o delegado naquela tarde. Conversamos bastante, e expressamos, ambas, nossas preocupações em relação à paciente. Sua nora, então, comprometeu-se a administrar as medicações à Sra. V.S., diariamente (moram no mesmo domicílio). Comprometemo-nos a realizar visita domiciliar em 30 dias.

Segundo a nora, que esteve na UBS há uma semana, mais ou menos, a paciente está em uso regular das medicações prescritas, dorme melhor e já não apresenta mais as costumeiras crises de ansiedade. E esta é a atual situação de nossa paciente. Caso de difícil manejo, porém desafiador, que nos deixou, por algumas vezes, impotentes diante de suas idiossincrasias.



CAPÍTULO V: Mudança de paradigmas em nutrição infantil na Atenção Básica

Pode-se afirmar que o crescimento e o desenvolvimento são as marcas da infância.

Por crescimento entende-se o processo dinâmico e contínuo de aumento global da massa corporal, no decurso do tempo.

Por desenvolvimento entende-se o processo contínuo de aquisição da capacidade de executar tarefas cada vez mais complexas.

Crescer e desenvolver-se bem se relacionam com a satisfação adequada das necessidades de nutrientes biológicos, mas também de nutrientes afetivos e socioculturais, para cada fase da vida da criança.

Pode-se inferir que o crescimento e o desenvolvimento refletem a qualidade de vida de uma população.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é, portanto, uma atribuição fundamental das equipes de Estratégia de Saúde da Família. É, por si só, o eixo integrador e centralizador de todas as ações de saúde da criança.

Nesse contexto, norteados pelo questionário proposto na presente intervenção, buscamos fazer um diagnóstico situacional da nossa equipe de ESF (equipe PSF 2, UBS Maria Zenaide, município de Rosário do Catete/SE), no que se refere à Atenção à Saúde da Criança.

Apesar de havermos verificado pontos de fragilidade a partir de nossa análise, pudemos refletir, satisfeitos, sobre os pontos positivos de nosso trabalho, enquanto equipe.

Em nosso município de atuação, dispomos de duas pediatras que atendem quase que diariamente na Clínica de Saúde da Família Dr. Edézio Vieira de Melo, a todo o município, sendo que uma delas, atende uma vez por semana, especificamente à população do Povoado Siririzinho, área rural de nossa adstrição, na UBS vinculada ao povoado, onde também atuamos.

O acesso às pediatras é livre, ou seja, não é necessário encaminhamento prévio para que o agendamento de consultas seja realizado.

É extremamente positivo que disponhamos de duas profissionais da Pediatria atendendo em nosso município. Normalmente, os genitores preferem fazer o acompanhamento de seus filhos com as pediatras, o que é compreensível. Em decorrência disso, muitas das nossas crianças deixam de realizar a maioria de suas consultas de puericultura na UBS, o que gera uma preocupação no sentido de conseguirmos cumprir o

que é preconizado pelo Ministério da Saúde, concernente ao número mínimo de consultas de puericultura por faixa etária, principalmente no primeiro ano de vida, em que são recomendados sete atendimentos anuais.

Muitas das crianças que buscam nossos serviços para atendimento o fazem por problemas agudos, quando não conseguem vagas para atendimento com as pediatras. Embora haja exceções, nossas mães e pais preferem que a puericultura, ou seja, o acompanhamento quando estão saudáveis, seja realizada por essas profissionais, em detrimento da Atenção Básica.

Entretanto, a despeito de uma menor procura por consultas na UBS para essas crianças, deve-se ressaltar que realizamos a aferição mensal dos dados antropométricos de nossas crianças (o que ocorre na UBS todas as quintas), bem como realizamos a primeira consulta de puericultura de todo recém-nascido nos primeiros quinze dias do nascimento, através de visita ao domicílio, além de mantermos um controle rígido das ações de vacinação e suplementação vitamínica, havendo busca ativa dos faltosos pelos ACS. Desenvolvemos, também, atividades regulares de atendimento às crianças nas escolas, além de atividades educativas para esse público, bem como para seus familiares e cuidadores.

As crianças em situações de risco têm calendário especial em nossa unidade, independente de acompanhamento especializado ou não. Fazemos busca ativa dessas crianças, e, quando necessário, fazemos o atendimento no próprio domicílio, quando temos dificuldades para que frequentem o espaço da UBS.

Eis o nosso questionário, com as devidas respostas:

- A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?

Sim.

- A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?

Sim.

- A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?

Sim. Isso sempre é cobrado dos nossos ACS.

- A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?

Sim, o acompanhante deve apresentar a caderneta de saúde da criança como condição prévia ao atendimento.

-
- Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?

Não dispomos de espelho das cadernetas de saúde da criança, mas há fichas com informações sobre vacinação, peso, administração de vitamina A.

- No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:

1. Vacinação em dia: Sim.
2. Crescimento e desenvolvimento: Sim.
3. Estado nutricional: Sim.
4. Teste do pezinho: Sim.
5. Violência familiar: Sim.
6. Acidentes: Não.
7. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?
Sim.

- A equipe realiza busca ativa das crianças:

1. Prematuras: Sim.
2. Com baixo peso: Sim.
3. Com consulta de puericultura atrasada: Sim.
4. Com calendário vacinal atrasado: Sim.
5. A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?
Sim.
6. A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?
Sim.

Uma das situações que pudemos observar, no decurso dos atendimentos domiciliares de nossas puérperas e seus recém natos, bem como em atendimentos ambulatoriais subsequentes, realizados nas UBS, foi uma prática frequente de não adesão

ao aleitamento materno, com sua substituição por produtos alimentícios inadequados (leite de vaca + amido de milho, por exemplo), logo no início da vida dos lactentes.

Tal comportamento se motivava por algumas crenças, como a de que “o leite materno é fraco, não sustenta, não satisfaz”, ou “amamentar faz os seios caírem”, ou conveniências pessoais, como não ter que acordar para amamentar, não ficar “presa” ao bebê, etc. Dificuldades iniciais motivavam o abandono da prática da amamentação precocemente, sendo que, na maioria das vezes, o que notávamos eram situações de fácil resolução com uma orientação adequada.

Muitas dúvidas relacionadas ao processo de amamentação, bem como o momento certo para a introdução de outros alimentos, que alimentos e líquidos ofertar, eram frequentemente constatadas durante a prática clínica cotidiana.

Em meio a esse cenário, planejamos a realização de ações educativas para tratarmos das questões alimentares, principalmente no primeiro ano de vida. Dessa forma, preparamos algumas palestras para orientarmos nossas mães sobre o tema, abrindo um espaço para que dúvidas pudessem ser solucionadas e para que a importância do aleitamento materno, em especial a amamentação exclusiva até os seis meses, pudesse ser valorizada e incentivada.

Nesse contexto, iniciamos nosso ciclo de palestras há mais ou menos um ano, inicialmente convocando nossos usuários e usuárias ao espaço da Associação de Moradores local, onde ocorreu nossa primeira palestra sobre o tema. Para nossa surpresa, o comparecimento foi bastante expressivo já naquela época, o que nos serviu de estímulo a continuarmos desenvolvendo o tema.

Assim, posteriormente, aprimoramos tal atividade, promovendo essas palestras, também, no espaço externo da nossa UBS, estabelecendo rodas de conversa extremamente produtivas, que fortaleceram o vínculo entre a equipe e os usuários.

Sempre que possível, recursos são arrecadados para a aquisição e a distribuição de fraldas e itens pós maternidade, como artigos de higiene, roupinhas, e a entrega acontece durante tais eventos. Muitos de nossos usuários têm dificuldades financeiras sérias, e esse auxílio se torna importante estímulo ao comparecimento aos nossos encontros.

Além do mais, sempre que há cronograma de atendimento de crianças na UBS (pesagem, vacinação, etc), procuramos aproveitar a oportunidade e iniciamos o turno de trabalho com breves orientações sobre o tema, no espaço da recepção da UBS, enquanto as pessoas aguardam.

Já foram realizados três eventos dentro dessa temática durante o espaço de tempo de pouco mais de um ano, sem considerar as curtas e oportunas palestras realizadas no espaço da recepção da UBS, acima mencionadas.

Essa tem sido uma de nossas experiências mais bem-sucedidas no transcurso da minha jornada profissional junto à UBS Maria Zenaide. O real interesse dos nossos usuários e usuárias em aprenderem sobre os cuidados com sua prole, de modo geral, e com sua alimentação, de forma mais específica, bem como a percepção, durante a prática clínica, de uma real mudança de padrões de conduta comprovou que o nosso esforço transforma positivamente a realidade das famílias sobre nossa tutela.



CAPÍTULO VI: Desafios no combate ao sedentarismo na Atenção Primária à Saúde

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 63% das mortes no mundo. No Brasil, são a causa de 74% dos óbitos. Consideradas um problema de saúde pública, as doenças crônicas não transmissíveis são enfermidades multifatoriais, coexistindo determinantes biológicos e socioculturais, que se desenvolvem ao longo da vida e são de longa duração. São condições muito prevalentes.

Apesar dessa realidade, a maioria das doenças crônicas pode ser prevenida ou controlada. As principais doenças crônicas não transmissíveis estão divididas em quatro grupos: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias. Os principais fatores de risco, comuns a esses grupos, são: o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física, a alimentação não saudável e a obesidade. É importante observar que esses fatores de risco são modificáveis.

A abordagem dessas doenças envolve diversas categorias profissionais e o envolvimento dos indivíduos e seus familiares. A Atenção em Saúde para as doenças crônicas é, na atualidade, um dos grandes desafios para as equipes de Atenção Básica.

Assim é que temos, em nossa área de adstrição, no município de Rosário do Catete-SE, usuários portadores de enfermidades crônicas como uma parcela expressiva daqueles que se encontram sob os cuidados de nossa equipe de ESF.

Para analisar, de forma geral, o contexto das nossas ações frente a esse público, respondemos ao questionário norteador da presente intervenção. Verifica-se que há alguns pontos a serem melhorados para que possamos prestar uma melhor assistência, como, por exemplo, a interlocução com outros pontos de atenção.

Por outro lado, temos ações bem-sucedidas, como o acesso programado às consultas, que, especificamente para esse público, ocorre de forma bastante organizada, com adesão satisfatória de nossos usuários.

A vivência e a experiência clínica, no decurso de nossa atividade profissional, mostrou-nos, precocemente, a necessidade de instituímos ações voltadas a modificar padrões comportamentais nocivos junto a esse público.

Inicialmente, quando do início de minha atuação junto ao público Rosairense, notei um profundo descaso, de uma forma geral, dos nossos pacientes para consigo mesmos.

Pacientes hipertensos e diabéticos havia que sequer sabiam citar suas medicações, apesar de as utilizarem durante longos períodos de tempo, acreditando que era nossa obrigação, enquanto profissionais de saúde, sabermos suas medicações em uso. Rebeldes em relação a cuidados alimentares básicos, resistentes a mudanças de hábitos inadequados. O etilismo prevalente e o sedentarismo, sempre associado à usual desculpa da falta de tempo para o autocuidado, sempre dando a tônica da situação.

No âmbito da assistência, durante as consultas, procurei iniciar um trabalho de conscientização da importância do autocuidado, do empoderamento, da tomada de responsabilidade para com a própria vida. Sendo esse um padrão recorrente de comportamento, de mentalidade, entendi que algo mais abrangente deveria ser feito para uma mudança desse cenário. A educação, dentro da realidade da Atenção Básica, sempre se mostrou uma ferramenta extraordinária para a promoção à saúde. A informação e o conhecimento empoderam.

Assim é que, enquanto equipe, sempre procuramos utilizar o espaço em nosso cronograma dedicado às atividades educativas para realizar palestras com temas vinculados às doenças crônicas não transmissíveis, sempre tendo um enfoque especial nos fatores de risco associados a tais condições, por serem estes modificáveis.

Temos verificado, progressivamente, uma mudança positiva de mentalidade. Esse trabalho de orientação leva algum tempo para estabelecer uma base, mas estamos “plantando as sementes” e “regando as mudas”. Assim, algumas mudanças e algum esforço pessoal já podem ser observados em nossos usuários, a médio prazo.

Um item que sempre nos trouxe dificuldades, entretanto, foi a mudança de paradigmas no que se refere à inatividade física. De uma forma geral, em nosso território, havia um entendimento de que a exercício físico como coisa de escolares ou de quem quer perder peso, mais associado a estética do que a saúde. O exercício físico era entendido como uma forma de melhorar a aparência física, desconhecendo-se a prática regular de atividade física como promotora de saúde e bem-estar.

A atividade física moderada regular reduz o risco de desenvolver coronariopatias, reduzindo o risco de mortes por infarto agudo do miocárdio, diminui o risco de desenvolver diabetes e hipertensão arterial sistêmica (ou melhora tais quadros), além ajudar no controle do peso.

Não obstante, também está associada a melhora quadros osteoarticulares e musculares, minimizando a dor das artropatias, à redução dos índices de quedas em idosos,

ao abrandamento dos sintomas de quadros de ansiedade e depressão, reduzindo, de uma forma geral, o número de hospitalizações, atendimentos médicos e medicalização.

Ainda que tais conceitos fossem discutidos e a importância de se manter o corpo ativo fosse devidamente compreendida, durante as nossas rodas de conversa com nossos usuários, ou mesmo dentro do espaço do consultório, o questionamento suscitado era: “como fazer?”

Ora, temos pessoas simples em nosso território. Donas de casa, vendedores ambulantes, empregados domésticos, trabalhadores que viajam, diariamente, para a capital ou outros municípios, em busca de desempenhar seus labores. Pessoas, em sua grande maioria, com escassos recursos financeiros. Não seria algo muito eficaz nos limitarmos a aconselhá-las a procurar uma academia de ginástica para se exercitarem.

Por outro lado, sugestões inespecíficas de atividades, como caminhadas, corridas, alongamento, etc, também não estariam sendo tão esclarecedoras, tampouco motivadoras.

Era necessário não somente orientar-lhes sobre a importância da atividade física, mas também ensinar-lhes a se exercitarem. Esclarecer não somente o “porquê”, mas o “como”.

Buscamos nos informar sobre algum programa municipal voltado a esse propósito, mas fomos informados que, até a gestão municipal anterior, havia uma espécie de “Academia da Cidade”, que funcionava numa das praças do município, durante três manhãs semanais, com o intuito de estimular a prática de atividade física, principalmente para o público da “terceira idade”.

Esse programa foi descontinuado por falta de verbas.

“Quem não tem cão, caça com gato”, diz o ditado popular.

Ora, ocorreu-nos como opção, naquele ínterim, utilizarmos nossa própria experiência pessoal, aliada ao conhecimento teórico, para ajudarmos aos nossos usuários.

Assim é que, em setembro de 2018, na primeira quinta-feira do mês, no período da tarde, realizamos nossa primeira atividade voltada ao ensino e prática coletiva de exercícios.

Tendo formação em ballet clássico, e vasta experiência no campo do Pilates, Yoga, e alongamento, tendo sido, há alguns anos, instrutora de alongamento e dança, arrisquei meus primeiros passos no sentido de compartilhar alguns saberes, para orientar os meus usuários a realizarem atividades aeróbias, visando a um melhor condicionamento cardiovascular, bem como alguns exercícios de alongamento e ginástica, para um melhor

condicionamento músculo-esquelético, atividades de leve intensidade, que pudessem ser repetidas em casa, reforçando a importância de sua regularidade.

Poucos usuários compareceram, talvez haver sido uma proposta inusitada, mas o encontro foi bastante proveitoso. Orientamos, previamente, o uso de roupas leves, de tecidos naturais, que não limitassem os movimentos, além de calçados confortáveis, além de uma toalha ou colchonete, se possível, para as atividades realizadas no chão.

Estivemos presentes a enfermeira, quatro de nossos agentes comunitários de saúde e doze usuários de nossa área, de diferentes faixas etárias, e eu, médica da equipe e facilitadora naquele encontro. Iniciamos nossas atividades no estacionamento da UBS, área bastante ampla, com um alongamento inicial, leve, para “aquecermos” a musculatura e “lubrificarmos” as articulações. Como o intuito da ação era ensinar a fazer, focamos na explicação de cada movimento, observando a postura e o desempenho de cada um, corrigindo eventuais erros de execução.

Após tal etapa, fizemos uma caminhada em ritmo rápido, circundando o quarteirão três vezes, sempre observando as dificuldades de cada um. Retornamos ao local inicial, onde foram realizados alguns exercícios simples e leves para alongamento de alguns grupos musculares, em especial da região cervical e dorsal, bem como exercícios de fortalecimento da musculatura do abdome, membros superiores e inferiores.

Encerramos com um breve alongamento e relaxamento guiado com música suave. Oferecemos água potável para hidratação oral, ao final do encontro. A atividade teve duração de 40 a 50 minutos, no total. Descontando-se o tempo para explicações e correções, estabelecemos uma sequência de exercícios envolvendo alongamentos, atividade aeróbia e anaeróbia, num espaço de tempo não muito extenso, para tornar possível a inclusão de sua prática no cotidiano daquelas pessoas.

Nossos usuários gostaram bastante da experiência e pudemos observar que houve um aprendizado que superou a técnica. As pessoas se sentiram bem após a atividade, e se mostraram dispostas a incluírem uma rotina de exercícios em seu dia a dia. Elas compreenderam o ganho do momento, e as esclarecemos sobre os ganhos a médio e longo prazo.

Esse encontro repercutiu bem, e fomos solicitados a repetir a experiência. Pretendemos, de fato, repeti-la, tão logo nos seja possível; porém, agora, teremos um grande aliado: há pouco mais de um mês, foram contratados alguns profissionais para comporem a equipe do NASF, em nosso município, dentre eles, um profissional de

Educação Física. Estaremos reunidos o mais breve possível com o mesmo para discutirmos alguma ação coletiva, sendo nosso intuito aproveitar a experiência já realizada como “molde” para novas ações.

Consideramos essa iniciativa extremamente exitosa, mas sabemos que ainda é um pequeno passo para fomentar uma nova mentalidade. Persistiremos.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Plano de Continuidade

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
Desafios no primeiro atendimento às urgências na UBS Maria Zenaide (SE).	Diante das dificuldades relacionadas ao primeiro atendimento às urgências que eram acolhidas na UBS Maria Zenaide, em virtude da falta de medicamentos e outros insumos, além da ausência de uma sala de observação na UBS, foi construída uma matriz de intervenção que previa o diálogo com a gestão municipal, para a readequação dessa realidade destoante do que preconiza o PMAQ.	Infelizmente, nenhuma mudança houve até o momento. Não nos chegaram os recursos materiais necessários. Não há nenhuma previsão de reforma no cronograma da UBS.	Manter reuniões periódicas com a gestão municipal, no intuito de uma reavaliação formal da presente situação, bem como de outras situações, para discussão e cobrança de melhorias nas dificuldades do cotidiano da UBS. Elaboração de relatórios mensais com a lista de todos os materiais necessários ao funcionamento da UBS, e encaminhamento para a Secretaria Municipal de Saúde para a devida aquisição de insumos.
Desafios na estruturação do acolhimento à demanda na	Com um acesso aos serviços de saúde da UBS ocorrendo predominantemente	Melhora na organização do serviço e do acesso dos	Reuniões de equipe periódicas para discussão e melhorias, além de persistência na implementação das mudanças;

atenção básica	por demanda espontânea, na presente intervenção propôs-se a criação de normas para melhorar a acessibilidade aos serviços da UBS, através do agendamento de consultas, mediante avaliação/acolhimento prévio, em detrimento da oferta de senhas diárias. O objetivo consistiu em facilitar o acesso de usuários e melhorar a organização dos serviços, ajustando o funcionamento da UBS aos padrões preconizados pelo PMAQ.	usuários; Equilíbrio dos percentuais de atendimentos por demanda espontânea e programada; Criação de uma planilha para o registro do percentual diário de atendimentos.	Rodas de conversa com a comunidade para ressaltar a importância da organização da demanda e do acesso programado.
Mudança de paradigmas em anticoncepção	Com uma carência prolongada de anticoncepcionais hormonais na Farmácia Básica no município de Rosário do Catete, verificou-se um aumento das taxas	Excelente aceitação por parte dos usuários, que participaram ativamente das atividades, demonstrando	A manutenção das atividades educativas como ferramenta de promoção à saúde, empoderando as pessoas a disporem de conhecimentos que permitam às mesmas estabelecer um planejamento familiar adequado.

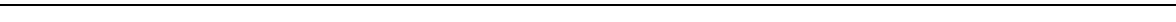
	<p>de natalidade em nosso território, principalmente entre adolescentes e adultas jovens. Diante de tal cenário, estabelecemos um cronograma de palestras e rodas de conversa, em eventos programados e no início dos expedientes de atendimento, no espaço da recepção da UBS e também nas escolas do território, discorrendo sobre métodos contraceptivos, dando enfoque aos métodos de barreira (camisinha masculina e feminina), por serem seguros, eficazes e por sua ampla disponibilidade e fácil acesso no município (e na própria UBS).</p>	<p>interesse pelo tema, com melhor vinculação entre usuários e equipe. Embora não tenha sido criado nenhum mecanismo para avaliação percentual das taxas de natalidade antes e após essa intervenção, o número de novas gestações diminuiu desde então.</p>	
<p>Sistematização do acompanhamento em saúde mental</p>	<p>Nessa intervenção, foi elaborada uma planilha de</p>	<p>Melhor organização e sistematização</p>	<p>A manutenção das planilhas sempre atualizadas, com ênfase na busca ativa dos</p>

<p>na UBS Maria Zenaide</p>	<p>acompanhamento em Saúde Mental, com registro de medicações de uso crônico, registro de drogas ilícitas em uso e cronograma de atendimento individual, em consonância com o que preconiza o PMAQ.</p>	<p>dos atendimentos em Saúde Mental; Melhor controle sobre o processo de tratamento; Aumento da responsabilização por essa parcela de usuários; Melhoria da busca ativa dos pacientes faltosos às consultas.</p>	<p>pacientes faltosos; Organizar a contra referência dos pacientes encaminhados para o adequado acompanhamento conjunto com a Atenção Básica; Manter o diálogo entre as diferentes categorias profissionais envolvidas no processo.</p>
<p>Mudança de paradigmas em nutrição infantil na atenção básica</p>	<p>A proposta de intervenção consistiu na realização de atividades educativas e rodas de conversa na UBS, no espaço da recepção, para orientar familiares sobre práticas alimentares adequadas na infância, com enfoque na importância do aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida, e não exclusivo</p>	<p>Participação ativa durante as rodas de conversa; Maior conscientização dos familiares com relação às práticas alimentares na primeira infância; Menor utilização de leites inadequados no primeiro ano de</p>	<p>É meta da nossa equipe manter uma frequência trimestral na realização de palestras com essa temática. Com a contratação recente de uma nutricionista para o NASF do município, planejamos nos reunir com e mesma em breve e discutir novas propostas para que esse tema possa ser mais bem trabalhado com a comunidade.</p>

	até os dois anos, orientando a escolha de alimentos recomendados dentro dessa faixa etária.	vida; Fortalecimento de vínculo entre as famílias e a equipe de saúde.	
Desafios no combate ao sedentarismo na Atenção Primária à Saúde	A intervenção teve como objetivo a conscientização e a mudança de comportamento em relação a um dos fatores de risco associados às principais DCNTs: o sedentarismo. Foram propostos encontros coletivos para o ensino da prática de atividades físicas, com enfoque no ensino de sequências de exercícios de alongamento, de fortalecimento musculoesqueléticos e de melhora da capacidade aeróbia, em sequências possíveis de serem realizadas no âmbito domiciliar, na esfera	Adesão produtiva à proposta; Melhor conscientização dos participantes sobre o tema; Criação de grupo de atividades corporais.	Sistematização de encontros na agenda permanente de atividades da UBS; Buscar suporte e matriciamento junto ao NASF (Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista, etc.) para ampliar o alcance da proposta; Buscar a infraestrutura de um espaço mais adequado às ações.



	do cotidiano dos usuários.		
--	----------------------------	--	--





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa metodologia de trabalho consistiu na proposição de micro intervenções que trouxessem resolutividade aos desafios encontrados, no campo da assistência, e se apoiou na educação como ferramenta de promoção à saúde e transformação de consciências, uma vez que o conhecimento empodera e traz o cerne da mudança.

Apoiou-se, também, na criação de dispositivos de auxílio à sistematização e organização dos atendimentos, no âmbito da Unidade de Saúde, para uma otimização dos serviços, de forma geral.

Consideramos que a educação em saúde é uma ferramenta poderosa na Atenção Básica à Saúde e que a promoção à saúde fortalece os laços entre a equipe de APS e os usuários. Enfim, quando plantamos bons frutos, uma satisfatória colheita se faz, inexoravelmente.

A experiência vivida foi desafiadora, porém enriquecedora. Fortaleceu os laços entre os integrantes da equipe, bem como entre a equipe e a população adstrita. Criou um senso de responsabilidade coletivo e uma vontade de modificar paradigmas, de ver resultados. Trouxe desafios, suscitou novas questões, mas se acompanhou de uma leveza gratificante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da cobertura da saúde da família**. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica nº 26. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Editora Artmed, p.25-27, 2000.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University, 1973.

HUDLER, D. J.; TANNURI, C. A. Aspectos do planejamento reprodutivo na atualidade: a atuação estatal e a esterilização voluntária. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano v.19; n.3863, 28 de janeiro de 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/26527>>.

APÊNDICES

Apêndice 1: Matriz da micro intervenção I, 2018.

Descrição do padrão:		A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.				
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:		A equipe não consegue realizar o primeiro atendimento às urgências.				
Objetivo/meta:		A equipe passa a dispor de suporte material para o adequado atendimento das urgências.				
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	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
Dialogar com a gestão municipal	Agendar reunião com a Coordenação da Atenção Básica e a atual Secretária de Saúde do Município	Reservar um turno de atendimento para reunião	Aquisição de materiais e medicamentos para atendimento às urgências, ou compartilhamento de uma parte do que já haja disponível no Município (para o	Soraia (médica) e Aline (enfermeira)	15 a 30 dias	Diminuição do percentual de encaminhamento de pacientes a serviços de urgência, que poderá ser verificado via SISAB/e-SUS AB

			atendimen to no Pronto Socorro, por exemplo)			
Visitar a Farmácia/ Almojarifado Central do Município	Analisar os materiais de que dispõe o município. Listar os medicamentos e materiais necessários para os nossos atendimentos na UBS	Ofício, com deliberações por escrito de nossas demandas, nossas necessidades materiais, e fundamentação com base no AMAQ		Soraia (médica) e Aline (enfermeira)	15 a 30 dias	Diminuição da sobrecarga verificada no Pronto Socorro municipal, com impacto positivo nas finanças do Município e na satisfação dos usuários

Apêndice 2: Planilha de registro diário de demanda, 2018.

U.B.S. MARIA ZENAIDE		DATA: __/__/____	
PROFISSIONAL:			
C.N.S. DO USUÁRIO	IDADE (ANOS)	DEMANDA ESPONTÂNEA (S) ou (N)	DEMANDA PROGRAMADA (S) ou (N)

ANEXOS

