



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

**Microintervenções realizadas em uma Unidade Básica de Saúde em
Macapá**

Thais Seixas Coutinho

NATAL/RN
2018

Microintervenções realizadas em uma Unidade Básica de Saúde em Macapá

Thais Seixas Coutinho

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.

Orientadora: Dhyanine Morais de Lima

RESUMO

Pelo fato da saúde ser um direito fundamental do ser humano, se fazem necessárias ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como organização e o funcionamento dos serviços de maneira eficaz. Tendo esse conceito como base, foram desenvolvidas ações a partir da rotina de atendimento na atenção básica, cujo principal objetivo foi, através de microintervenção na área de abrangência da equipe, garantir um atendimento de qualidade e com continuidade, no qual a saúde prevalecesse e diminuisse na incidência de agravos e/ou da morbimortalidade .

Para o desenvolvimento de cada microintervenção, que ao todo contemplava seis temas, realizaram-se reuniões com a equipe de saúde para análise e discussão dos tópicos e após a identificação das falhas na assistência foram sugeridas propostas para a resolução de cada uma. O primeiro tema foi “Observação na Unidade de Saúde” , que através de um questionário com doze perguntas a cerca do conhecimento dos usuários sobre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Equipe Saúde da Família (ESF), podemos observar a satisfação dos pacientes em relação ao serviço prestado pela ESF e qual a sugestão cada um daria para melhorar o serviço. A segunda microintervenção tratou sobre “Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada”, para coloca-la em prática houve uma pequena exposição para a equipe sobre o que é acolhimento e a finalidade deste e como se realiza a classificação de risco. Sobre o terceiro tema, “Planejamento reprodutivo, Pré-natal e Puerpério” , ocorreram palestras e atividades interativas em uma escola pública com os estudantes do ensino médio.

Para os três últimos temas- “Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde”, “Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento” e “Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde”- foram realizados, respectivamente, levantamento de dados dos pacientes com sofrimento psíquico e atendimento multiprofissional (especialmente com psicóloga); formação de um protocolo/tabela para acompanhamento do desenvolvimento de crianças entre zero a menores de dois anos e, sobre o doenças crônicas não transmissíveis, houve formação de grupos de atividade física e de tabagismo, além da estimativa de risco de ocorrência de evento cardiovascular nos próximos 10 anos por meio do escore de Framingham e os critérios definidores de síndrome metabólica através do Adult Treatment Panel III.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	8
CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde -----	9
MATRIZ DE INTERVENÇÃO-----	12
CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada -----	13
CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério -----	17
CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde -----	20
CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento -----	24
CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde -----	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	38
REFERÊNCIAS-----	39
APÊNDICES (A, B, C, D, E, F, G, H e I)-----	41

APRESENTAÇÃO

Este documento discorre sobre assuntos pertinentes à atenção básica, que estão presentes no dia-a-dia dos médicos e demais profissionais de saúde que fazem parte da assistência.

Os assuntos que aqui constam são: Observação na Unidade de Saúde; Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada; Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério; Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde; Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde e o Plano de Continuidade.

Cada tema citado foi levado em pauta para reuniões com a equipe a fim de analisar as falhas existentes e discutir formas de solucionar ou, pelo menos, minimizar algumas delas. O objetivo foi garantir um atendimento de qualidade e com continuidade, no qual a saúde prevalecesse e houvesse diminuição na incidência de agravos e/ou da morbimortalidade dos pacientes portadores de doenças já diagnosticadas.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

Para realizar esta primeira micro intervenção a equipe que faço parte buscou avaliar, através da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB). O método de análise adotado na AMAQ-AB permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão.

A reunião para responder a avaliação da AMAQ- AB ocorreu dia 25.04.18. Há um ano esta avaliação já havia sido realizada, no entanto a equipe estava sem médico e, por esse motivo, refizemos ajustando dados com base no quadro atual de profissionais (Apêndice A).

Um dos subitens que recebeu nota menor que cinco foi o 4.55 do tópico M, SUBDIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, que discorre: a equipe de Atenção Básica disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente: A equipe institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação da AB.

Visto isso, resolvemos elaborar um questionário com doze perguntas de fácil interpretação a cerca do conhecimento dos usuários sobre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Equipe Saúde da Família (ESF), da satisfação deles em relação ao serviço prestado pela ESF e qual a sugestão cada um daria para melhorar o serviço. Importante destacar que os questionários foram distribuídos pelas técnicas de enfermagem durante a espera pelo atendimento e pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a identidade dos pacientes foi preservada e a cada um foi dada privacidade para resposta, com objetivo de obtermos respostas mais fidedignas.

As perguntas foram: 1- Você mora no bairro Santa Inês?; 2- Você conhece a Estratégia Saúde da Família (ESF), antigo PSF (Programa Saúde da Família)?; 3- Você conhece seu Agente Comunitário de Saúde (ACS)?; 4- Você conhece a equipe de saúde do seu bairro?; 5- Você está satisfeito com o serviço prestado pela equipe?;6- Você conhece quais são os serviços prestados na Unidade em que a equipe se encontra?. 7- Onde você

recebeu o atendimento da equipe de saúde?; 8- Se você foi atendido, por qual profissional?; 9- Como você avalia o atendimento que recebeu?; 10- Em uma escala de 0-10, quanto a equipe atendeu suas expectativas?; 11- Quantos serviços solicitados pelo (a) médico(a)/ enfermeiro (a) você conseguiu realizar na unidade em que a equipe se encontra?;12- Qual sua sugestão para melhorar o atendimento da estratégia saúde da família?

Obtivemos o total de 50 questionários preenchidos, nossa meta inicial era de 120, porém muitos pacientes ainda não responderam, o que dificultou a análise com maior abrangência populacional.

Todos os participantes moram no bairro Santa Inês (Bairro de cobertura da ESF), 43 (86%) conhecem a estratégia saúde da família, antigo Programa Saúde da Família (PSF). O agente comunitário de saúde é conhecido por 46 (92%) participantes da pesquisa e 44 (88%) conhecem a equipe de saúde. Sobre satisfação com o serviço prestado pela equipe, 46 (92%) encontram-se satisfeitos, e quatro (8%) não responderam. Pouco mais da metade (27 pacientes- 54%) diz conhecer os serviços prestados na Unidade de saúde. No que diz respeito ao local de atendimento, a maioria dos participantes da enquete foram atendidos na escola (26 pacientes– 52%), isso ocorreu porque estamos atendendo em uma sala de escola pública do bairro, pois na UBS não há sala suficiente para todas as equipes.

Onze (22%) usuários foram atendidos somente por Agentes Comunitários de saúde até o dia da realização da pesquisa e em segundo lugar ficou o atendimento médico e por técnico de enfermagem com um total de nove (18%) avaliações. O atendimento recebido foi classificado como “Muito bom” por 31 (62%) participantes. A nota dada à equipe foi 10 em 23 respostas (46%) e a menor nota foi 01 com um (2%) voto. A maioria, 30 pacientes (60%), respondeu que os serviços solicitados foram atendidos parcialmente na unidade básica. Houve oito sugestões para melhora do serviço, sendo que oito delas solicitou estrutura/ lugar melhor para o atendimento.

Através deste questionário podemos atender em parte ao indicador intitulado Abrangência da oferta de serviços: Percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica, mediante as perguntas de número 6 e 11 sobre o conhecimento da população em relação aos serviços prestados na unidade e quantos serviços solicitados pelo (a) médico(a)/ enfermeiro (a) o paciente conseguiu realizar na unidade, respectivamente. O indicador foi atendido em parte porque o percentual dos serviços ofertados foram

analisados indiretamente, por meio de respostas dos participantes, e amostragem da pesquisa foi baixa, o que não garante que as respostas condizem com a realidade.

Tendo como base os questionários a equipe foi novamente reunida (Apêndice B) com o objetivo de analisar as respostas. Percebemos que apesar da maioria da população conhecer os serviços ofertados pela unidade básica, ainda há boa parte que desconhece, por esse motivo resolvemos elaborar folder que mostre os serviços existentes na unidade. Observamos também que precisamos aumentar a abrangência do atendimento de enfermagem, odontológico e médico, para que maior número de pacientes conheça a equipe e melhore a abordagem multiprofissional, para isso solicitamos que as ACS verificassem em sua micro área quem não havia sido atendido por pelo menos um dos três profissionais e fizessem uma lista para que pouco a pouco a demanda fosse atendida. No que diz respeito à sugestão dada sobre um melhor lugar para o atendimento, conversamos com a Secretária da UBS e nos foi informado que até final de junho provavelmente retornaremos à sala dentro da Unidade Básica Rubim.

A micro intervenção foi de grande valia para que pudéssemos perceber onde há falhas no atendimento e na continuidade do cuidado, o nosso objetivo é continuar com os questionários para que este seja uma forma de comunicação contínua entre a população assistida e a ESF a fim de garantir integralidade, equidade e resolubilidade.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão: PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Falta de um meio de comunicação eficaz entre usuário e ESF						
Objetivo/meta: Manter comunicação com os usuários de forma permanente e conhecer as dificuldades que os mesmos têm em relação à assistência.						
Estratégias para alcançar os objetivos/meta s	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 questionário e reunião com a equipe para discutir os resultados obtidos	-Através de questionário com perguntas claras e simples a cerca da assistência de saúde disponibilizada pela UBS. -Os questionários serão distribuídos na comunidade pelas ACS's e realizados durante a espera pela consulta.	-Questionário impresso: -Papel A4 e canetas.	-Conhecer onde há deficiência na assistência e o que a comunidade mais almeja em melhora.	Médica/ Enfermeira/ ACS's	10 dias para coleta das informações e 4 dias para análise dos dados.	Análise quantitativa dos dados.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

Acolhimento significa ato de acolher, abrigo gratuito e hospitalidade, ato este de grande importância para o primeiro contato entre a população que procura atendimento de saúde e a equipe responsável em oferecer esse atendimento.

Com a finalidade de garantir o acolhimento houve uma reunião com a equipe de saúde (Apêndices C e D) e, através de slide, foi exposta a importância e a finalidade do acolhimento, observando a necessidade da classificação de risco.

Após exposição do tema, cada um apontou falhas que ocorreram por não termos a prática tanto do acolhimento quanto da classificação de risco, para tanto houve sugestões dadas pela equipe para aplicação do método em questão.

Nosso maior impasse foi o espaço físico, pois, como observado na imagem mostrada, este é composto por uma única sala, na qual são realizados triagem e atendimento, sala esta cedida por uma escola pública do bairro, uma vez que no posto de saúde não há espaço para alocar nossa equipe.

Dentre as sugestões a que mais se adequou à nossa realidade foi realizarmos o acolhimento com classificação de risco durante o dia de marcação de consulta pelo fato de estar na sala somente a técnica e o paciente, dando mais privacidade ao processo. E para a demanda espontânea o acolhimento seria mais voltado à classificação de risco, com a finalidade de priorizar atendimentos urgentes.

A partir dessas mudanças observamos a importância da empatia e da humanização ao receber cada paciente, de conhecer previamente sua queixa para enquadrá-lo na classificação de risco e, com isso, fazer com que tenham suas demandas sanadas em tempo hábil, para garantir continuidade do tratamento de saúde e satisfação com o serviço prestado pela equipe.

Por ter recente implantação, ainda há falhas no acolhimento, a principal medida a ser adotada é adequarmos a estrutura física, pois um local apropriado é de extrema importância para que o trabalho seja realizado de maneira eficaz, outro ponto relevante é a necessidade do aperfeiçoamento diário da equipe, que será realizado no decorrer do ano com a vivência e com apostila repassada no dia da reunião

A maior importância desta intervenção é manter a continuidade dela e não deixar que seja algo pontual, pois em pouco tempo observamos significativa melhora no

atendimento, levando a maior confiança e adesão do usuário ao tratamento e o retorno para tratamento continuado.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

Para iniciarmos a tarefa, a equipe foi reunida a fim de discutir as questões reflexivas propostas no documento da micro intervenção relativa a Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério. Com base nelas observamos que o planejamento reprodutivo, especialmente em adolescentes e adultos jovens, é o que mais deixa a desejar.

Assim como apontado em pesquisa do ano de 2012 na qual dos 2.905.789 nascidos vivos no Brasil, 560.147 (19,28%) foram de mães adolescentes (AZEVEDO et al., 2014), na nossa área de atuação, a gestação prematura não é diferente, uma vez que observamos um número crescente de adolescentes gestantes durante os meses de abril, maio e junho/2018.

Decidimos realizar palestras dinâmicas para os estudantes de ensino médio em uma escola pública, a fim de tornar o tema atrativo e fazer com que eles compreendam a necessidade de sexo seguro e planejamento familiar, tendo em vista que gestação na adolescência é uma grande preocupação para a Saúde Pública do país pelo fato de estar também associada à disseminação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (TABORDA et al., 2014).

Para a atividade contamos com o apoio de uma ONG denominada IFMSA- AP (International Federation of Medical Students' Associations) comandada por estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Aos palestrantes da ONG foi repassada a finalidade da micro intervenção. O auxílio deles foi de fundamental importância para que os atendimentos médicos ambulatoriais não fossem interferidos.

Os temas abordados foram: IST, aborto, tipos de métodos contraceptivos (vantagens *versus* desvantagens de cada um) e mudanças fisiológicas no corpo materno durante a gestação. Os alunos participantes foram divididos em grupos de ambos os sexos e para cada grupo houve distribuição de cartazes com as palavras “MITO” e “VERDADE” e conforme as perguntas foram feitas eles elevariam a placa que acreditavam ser a resposta correta da afirmativa. Após cada questão respondida, foi apresentado brevemente o tema que era pertinente.

A atividade ocorreu por três dias consecutivos com turmas da manhã e da tarde, optou-se por realizar com ambos os sexos porque a inclusão dos homens nas ações de saúde reprodutiva encontra-se implícita nos princípios do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e claramente apresentados nos princípios e diretrizes do

Sistema Único de Saúde (SUS) quanto a universalidade, equidade e integralidade das ações (GALASTRO & DA FONSECA, 2007) (Apêndice E).

Com essa atividade, observamos que muitos adolescentes e adultos jovens têm dúvidas sobre forma de contágio e transmissão de IST's, desconhecem as possíveis complicações decorrentes de um aborto clandestino, bem como as indicações de aborto legal segundo o Ministério da Saúde. Não sabem o objetivo de cada método contraceptivo. Mais de 75% afirmou não se sentir apto(a) para a mudança no estilo de vida ao se tornarem pais e, no caso das meninas, muitas disseram não estar preparadas para as mudanças orgânicas durante a gestação e após o parto.

A nossa maior dificuldade foi conseguir autorização da instituição de ensino e ter a parceria da ONG, pois tivemos que realizar a micro intervenção sem interferir nas atividades escolares e nos nossos atendimentos ambulatoriais. Por outro lado, algo positivo foi conseguirmos sanar dúvidas dos jovens e esclarecer temas sobre vida sexual e reprodutiva.

Observamos que muitos jovens saíram satisfeitos após realização da atividade e a escola propôs uma feira do conhecimento com cada turma abordando uma parte do tema, a fim de transmitir as informações debatidas para a maior quantidade de pessoas.

Esperamos que atividades como esta se perpetuem nas instituições de ensino com o objetivo de diminuir os índices de IST's, de abortamento clandestino e de gravidez na adolescência, especialmente no estado do Amapá. Para que isso seja alcançado, podemos melhorar a forma como o conteúdo é repassado e lidar com a Sexualidade sem “preconceito” e sem tabu.



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

O funcionamento psíquico baseia-se em uma complexa interação de elementos biológicos, psicológicos e sociais, dessa forma a interação de fatores como a herança genética, condições ambientais e experiências ao longo da vida determina o que tem sido descrito como equação etiológica das disfunções psíquicas (EIZIRIK et al, 2013).

Na psicopatologia é fundamental o entendimento de dois conceitos: a psicose que consiste na incapacidade do sujeito para representar sua própria unidade e a neurose que consiste em uma representação substitutiva da realidade (MULLER- GRANZOTTO & MULLER- GRANZOTTO, 2012).

Para Freud (1924), tanto na neurose quanto na psicose existe uma perturbação da relação do sujeito com a realidade, uma vez que na neurose um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose ele é remodelado. A neurose não repudia a realidade, apenas a ignora, e a psicose a repudia e tenta substituí-la.

Segundo DSM V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders a psicose é dividida em dois tipos – funcional, como a esquizofrenia e as doenças afetivas, e orgânica, como resultado de uma demência ou de intoxicações. Por outro lado, a depressão, ansiedade, tendências obsessivas-compulsivas, fobias e até desordens de personalidade compõem a neurose.

Além dos transtornos mentais, citados anteriormente, a Política Nacional de Saúde Mental engloba também os pacientes com uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas). As estratégias e diretrizes adotadas pelo país têm o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental (BRASIL, 2018).

Devido a pertinência do tema saúde mental e suas especificidades que houve necessidade de renovação dos dados dos pacientes que fazem parte desse grupo, com o objetivo de garantir qualidade, facilidade e longitudinalidade na assistência. Para a renovação dos dados houve o trabalho incessante dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio de busca ativa a cada paciente e, para atingir o objetivo dessa micro intervenção, a atuação da equipe multiprofissional foi fundamental, pois tivemos que escolher um paciente para realizar a atividade com avaliações semanais.

Com base no levantamento dos dados há 30 pacientes pertencentes ao grupo saúde mental. Destes, nove não apresentam diagnóstico e nem fazem uso de medicação, e

cinco dos que possuem diagnóstico também não realizam tratamento medicamentoso. O paciente mais jovem tem sete anos de idade, enquanto que o mais velho possui 99 anos. A média de idade foi de, aproximadamente, 48 anos e o diagnóstico de maior porcentagem foi equivalente ao uso de álcool correspondendo a 31% dos casos.

Através dos dados apresentados, optamos por realizar o trabalho multidisciplinar com um usuário de álcool, para encontrar as possíveis falhas na assistência e manter um controle terapêutico. Fomos uma vez por semana durante quatro semanas até a residência do paciente, por duas vezes não o encontramos porque, segundo familiares, ele havia saído de casa no dia anterior e até o momento não havia retornado. Em duas outras vezes, ele encontrava-se na residência, porém em uma delas estava muito sonolento e pouco colaborativo e no segundo momento, felizmente, ele estava relativamente sóbrio e aceitou conversar conosco.

Nas três primeiras visitas que não tivemos êxito, conversamos com a tia do paciente que nos relatou que o mesmo ingere álcool diariamente desde os 20 anos (hoje possui 59 anos) e que por vezes a mãe (que faleceu há 2 anos) procurou ajuda médica no posto e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), porém sem efeito para o reestabelecimento do filho. O maior período que ele já ficou sem a ingestão de substância alcóolica foram três meses, porém apresentou recaída. A ingestão da substância começou após uma decepção amorosa e a desestruturação familiar, com a morte do pai, também alcóolatra, que também correu no mesmo período .

A conversa com o paciente, que ocorreu na última visita, foi de difícil condução, pois o mesmo evitava se pronunciar. Perguntamos se ele já havia pensado alguma vez em cessar o uso da bebida, ele respondeu que duas vezes a mãe tentou leva-lo “a força”, o que não surtiu efeito e apenas uma única vez foi, por conta própria, procurar assistência no CAPS AD. Diz ter se sentido acolhido e que participava de todas as atividades coletivas propostas pela instituição, além disso fazia as principais refeições do dia no local. Porém interrompeu após três meses de tratamento, diz não ter conseguido resistir a “um copo” que o amigo o ofereceu e atualmente nega-se estar disposto a nova tentativa.

A partir da dificuldade encontrada por nossa equipe, tanto no ambiente familiar, quanto no psicossocial, resolvemos propor a família uma terapia conjunta, uma vez que na casa vivem 6 pessoas. O objetivo dessa terapia, que será desenvolvida pela psicóloga, é conseguir ajudar a família a lidar com a situação, de forma que se reestabeleça a

estrutura familiar e os demais familiares possam ajudar o paciente a aceitar um tratamento.

Para compreender um pouco do que o paciente vivenciou no CAPS AD fomos até o local, conversamos com o coordenador, ele nos informou que o CAPS funciona de 08 às 18h e que atende uma média de 200 pacientes mensalmente. O ambiente dispõe de sala de informática, que no momento não está em funcionamento total, refeitório, dois consultórios, dois banheiros, sala para realização de atividades coletivas e sala de medicação de urgência. A unidade ainda dispõe de assistência psicológica e médica terapêutica, buscando a reabilitação do paciente. A problema relatado pelo coordenador é que, pelo fato de o CAPS não funcionar após as 18h, os pacientes retornam para seu estado de vulnerabilidade durante o período noturno, pois na cidade de Macapá não há um ambiente que acolha as pessoas que estão realizando acompanhamento para álcool e droga.

Para a realização desta micro intervenção, nossa maior dificuldade foi conseguir gerar um diálogo e empatia com o paciente, pois o mesmo recusa receber visitas, especialmente se for de algum profissional da saúde. Porém obtivemos a colaboração de alguns familiares e acreditamos que será possível a continuidade na assistência através do grupo familiar proposto pela psicóloga. Infelizmente o grupo ocorrerá mensalmente, pois a visita do NASF em domicílio ocorre uma vez por mês. A consulta médica, no entanto, será planejada de 15 em 15 dias, tempo esse acordado com o paciente durante a visita. Tentaremos seguir o tratamento paulatinamente para que não haja recusa na assistência e sempre entrando em acordo especialmente com o paciente, tais medidas tem a finalidade de gerar a reinserção social.

Para melhorar a assistência, seria essencial a criação de um grupo na comunidade para o encontro e declarações pessoais daqueles pacientes que tivessem o envolvimento com álcool ou droga, uma assistência domiciliar contínua, não apenas do profissional médico, mas da equipe multidisciplinar e um CAPS com maior estrutura para que pudesse atender e desenvolver as atividades de maneira adequada.



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

O Estatuto da Criança e do Adolescente, através de sua Lei n.º 8.069 de 13/7/1990, prevê no Art. 2.º que criança é considerada, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos. Neste mesmo estatuto no Art. 11: é assegurado o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, garantindo o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com o explicitado acima nota-se a importância do tema “Atenção à Saúde da Criança” que, no seu sentido amplo, engloba o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e ideias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação (BRASIL, 2010).

Através do PMAQ-AB, o Ministério da Saúde (MS), propõe tópicos relativos a Atenção à Saúde da Criança, no intuito de buscar dados sobre o seu crescimento e desenvolvimento. Tal método busca pôr em prática parte dos direitos assegurados, por lei, às crianças.

Para realização do PMAQ-AB, de seus tópicos relacionados a Saúde da Criança, houve reunião da equipe e respostas às questões como:

1- Tópicos do PMAQ-AB relacionados a Saúde da Criança

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 as 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

Conforme observado na tabela acima, a equipe não tem protocolos voltados para atenção as crianças menores de dois anos, não acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar), ainda não desenvolveu ações para promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses e nem de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança.

Foi realizada reunião da equipe (Apêndice F), para discutir e criar estratégias a fim de solucionar as falhas observadas, durante a conversa, foi citado que não há acompanhamento para casos de violência familiar, pois não se tem registro desse tipo de situação na área, dos últimos três anos até os dias atuais.

No que diz respeito à promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses e estímulo à introdução de alimentos saudáveis associados a aleitamento continuado a partir dos 6 meses, ainda não foram realizadas ações específicas da equipe, porém o tema é sempre presente durante as consultas médica e de enfermagem, bem como ocorre palestras na unidade básica para pacientes de todas as equipes.

Por fim, o que realmente houve necessidade foi a inclusão de um protocolo para atendimento de crianças menores que dois anos. Dessa forma, cada criança na faixa etária de zero a dois anos incompletos terá anexado em seu prontuário um protocolo. A imagem abaixo demonstra o modelo criado pela equipe e que entrará em vigor em todas as consultas de crianças na faixa etária prevista (Apêndices G e H).

Os atendimentos foram estipulados conforme preconizado pelo MS, segundo o qual a criança deve ser avaliada na primeira de semana de vida e acompanhada na Atenção Básica nas UBS tradicionais ou ESF pela equipe com retornos, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, com consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL 2012).

Nas consultas de puericultura nosso maior desafio é realizar o atendimento na primeira semana de vida, pois muitas vezes as mães não comunicam aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sobre o nascimento da criança e até a realização desta visita domiciliar as crianças já passaram de sete dias do nascimento. No entanto, mesmo com esse obstáculo a equipe se comprometeu em realizar o máximo empenho para que todos os atendimentos sejam realizados no período preconizado, seja através de visita domiciliar ou no consultório médico.

Com essa micro intervenção buscamos realizar o acompanhamento eficaz sobre o desenvolvimento e crescimento das crianças, de forma a orientar, prevenir doenças e intervir o mais breve possível em casos de necessidade. O protocolo criado ainda precisa de ajustes, mas acreditamos que o primeiro passo para a melhora do cuidado foi realizado e, com a continuidade e planejamento, poderemos garantir maior acesso a saúde e melhor qualidade de vida.



CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção

Primária à Saúde

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em cerca de 36 milhões as mortes anuais por esse grupo de doenças, afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde (MALTA & SILVA JR., 2013).

O Ministério da Saúde coordenou o processo de elaboração do ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022’, esse plano brasileiro está alinhado às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aborda os quatro principais fatores de risco modificáveis: tabagismo; alimentação inadequada; inatividade física; e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Tais fatores são responsáveis por grande parte da carga de DCNT, advinda de quatro grupos de agravos: cardiovasculares; cânceres; diabetes e doenças respiratórias crônicas. O Plano fundamenta-se em três principais diretrizes, ou eixos: I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento II. Promoção da saúde III. Cuidado integral, eixos esses que norteiam a atenção primária na qual estamos inseridos (MALTA & SILVA JR., 2014).

Pelo fato de a Unidade Básica de Saúde (UBS) fazer parte da atenção primária e ser a porta de entrada para a condução clínica dos pacientes com DCNT, é de extrema importância o conhecimento, pelos profissionais de saúde que dela fazem parte, das principais diretrizes do Plano de Ações do Ministério da Saúde, no intuito de modificar indicadores sobre morbimortalidade consequentes dessas doenças.

O primeiro passo para realizar a micro intervenção foi a reunião da equipe e resposta ao questionário solicitado, segue abaixo as respostas a cada item:

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	x		x	
Normalmente, qual é o tempo	7 dias		7 dias	

de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?				
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 ≥ 30 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		X		

atividade física		
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

Conforme observado na tabela, ainda há necessidade de incrementar protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão, realizar o registro de usuários com diabetes e hipertensão com maior risco/gravidade, coordenar 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, fazer exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus, ofertar ações voltadas à atividade física, à alimentação saudável e de educação em saúde para pessoas que querem perder peso.

Com a análise realizada pela equipe, utilizaremos protocolos para estratificação de risco que será realizada na primeira consulta do paciente já com diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão, para isso serão utilizados o score de Framingham que estima risco de ocorrência de evento cardiovascular nos próximos 10 anos (Tabela 2) e os critérios definidores de síndrome metabólica (Tabela 3).

	Homens	Mulheres
Idade (anos)		
<34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8
Colesterol total (mg/dL)		
<160	-3	-2
169-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	2
>280	3	3
HDL colesterol (mg/dL)		
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3
Pressão arterial sistólica (mm Hg)		
< 120	0	0
120-129	1	1
130-139	2	2
140-159	3	3
>160		
Diabetes		
Não	0	0
Sim	2	4
Tabagismo		
Não	0	0
Sim	2	2

Tabela 2- Escore de risco para evento coronário conforme proposto pela American Heart Association e American College of Cardiology de acordo com os resultados do Framingham Heart Study (Lotufo, 2008).

Componentes	ATP III	ATP III Rev
	Presença de 3 componentes ou mais	Presença de 3 componentes ou mais
C. Abdominal (cm)		
Homens	>102	>102
Mulheres	>88	>88
Pressão Arterial (mmHg)	≥ 130/85	≥ 130/85
Glicemia (mg/dl)	≥ 110	≥ 100
Triglicérides (mg/dl)	≥ 150	≥ 150
Colesterol HDL (mg/dl)		
Homens	< 40	< 40
Mulheres	< 50	< 50

Tabela 3- Critérios definidores de síndrome metabólica baseados na ATP III - Critério diagnóstico do Adult Treatment Panel III; ATP III Rev – Critério diagnóstico do Adult Treatment Panel III revisado pela American Heart Association e pelo National Heart, Lung, and Blood Institute (RIGO et al., 2008).

No que diz respeito a coordenação da 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, temos dificuldade em realizar porque não existe uma central que controle referencia e contra-referência no nosso estados. Esse é um ponto que a secretaria municipal de saúde está tentando solucionar o mais brevemente conforme informado em reunião.

Nas consultas ambulatoriais na UBS dos paciente diabéticos não é realizado o exame de fundo de olho periodicamente pois não está disponível a todos os médicos da Atenção básica o otoscópio. Por esse motivo, encaminhamos esses pacientes para consulta especializada e infelizmente não temos retorno do médico assistente informando o que foi avaliado durante a consulta.

Para ofertar ações voltadas à atividade física, houve reunião do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) afim de resgatar o grupo de idosos que existia há, aproximadamente, dois anos. No entanto, o novo grupo terá abrangência maior, pois será voltado inicialmente para, além dos idosos, diabéticos, hipertensos, obesos e tabagistas. O

grupo terá atividades três vezes por semana e objetiva incluir todos aqueles que desejam participar até final de 2019, momento que este estará mais estruturado.

Para atender aos quesitos: à alimentação saudável e educação em saúde, realizaremos palestras junto a nutricionista e psicóloga do NASF para conscientizar os moradores da importância de se manter alimentação adequada, atividade física regular, uso correto das medicações e consultas médicas frequentes, especialmente àqueles que já possuem diagnóstico de DCNT.

Durante a última semana em que estávamos realizando a micro intervenção participamos de um curso sobre o tabagismo oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Amapá e ministrado pelo médico Anderson Walter (Apêndice I). Ao final, cada Equipe Saúde da Família (ESF) teve que montar um grupo de tabagistas, com quinze a vinte pessoas, da sua área de atuação que desejam cessar o uso do cigarro. O tratamento é baseado em palestras e uso de medicamentos que serão disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, importante salientar que também contaremos com o apoio da psicóloga e da nutricionista do NASF.

Com essa micro intervenção há grande potencialidade de reduzir os eventos cardiovasculares decorrentes de diabetes e hipertensão, como o infarto e o acidente vascular encefálico, prevenir certos tipos de cânceres pela promoção de atividade física regular, instrução sobre alimentação saudável e tratamento para cessação do tabagismo, sendo este último também de grande importância para diminuição de agravos respiratórios crônicos, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Planejamentos foram feitos e a ESF em acordo com o NASF estão engajados para executar cada proposta, uma vez que o principal objetivo é prevenção primária e secundária, reabilitação e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida aos pacientes. No entanto, há necessidade de melhora no sistema de referência e contra-referência dos pacientes encaminhados ao serviço especializado, para que o seguimento destes seja feito adequadamente, e a realização do teste do fundo de olho deveria ser ofertada em toda UBS, para isso devem ser distribuídos otoscópios e realizado treinamento com os profissionais.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as micro intervenções realizadas ao longo do curso, conseguimos minimizar algumas falhas e resolver outras que haviam ocorrendo na assistência. Com as mudanças houve melhora na assistência, nos planos de continuidade, redução da morbimortalidade e da fecundidade, bem como melhora na qualidade de vida da população coberta na área de abrangência da equipe. Apesar dessas mudanças ainda são discretas, esperamos alcançar resultados ainda maiores com a continuidade da assistência e dos programas instituídos.

Nosso maior desafio é manter a conscientização dos pacientes sobre a importância do cuidado a saúde e ter espaço físico apropriado para o desenvolvimento das ações propostas. Para resolubilidade desses empasses buscaremos realizar palestras para a orientação continuada da comunidade e utilizaremos, da melhor forma possível, o espaço físico que nos é disponível.

REFERÊNCIAS

Azevedo, W F; Diniz, M B; Fonseca, E S V B; Azevedo, L M R; Evangelista, C B. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Einstein. 2014.

Taborda, A J; Silva, F C ; Ulbricht, L ; Neves, E B. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. Artigo Original Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 16-24

Galastro, E P ; Fonseca, R M G S. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):454-9.

Eizirik, C. L., Bassols, A. M. S., Gastaud, M. B., & Goi, J. Noções Básicas sobre o Funcionamento Psíquico. In C. L. Eizirik, & A. M. S. Bassols (Orgs.), O Ciclo da Vida Humana – Uma Perspectiva Psicodinâmica. (pp. 15-30). Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.

Muller-Granzotto, M. J.; Muller-Granzotto, R L. Psicose e Sofrimento. Summus Editorial, 2012.

Feud, S. “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924). Op. cit., vol. XIX

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

Brasil, Ministério da saúde. Política Nacional de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas, 2017. Disponível em: <<http://portalmns.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em 23 jul. 2018.

Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Malta, D C ; da Silva Jr, J B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(1):151-164, jan-mar 2013.

Malta, D C ; da Silva Jr, J B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(3):389-395, jul-set 2014.

Lotufo, P A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Rev Med (São Paulo). 2008 out.-dez.;87(4):232-7

Rigo, C J; Vieira, J L; Dalacorte, R R; Reichert, C L. Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos de uma Comunidade: Comparação entre Três Métodos Diagnósticos. Arq Bras Cardiol 2009; 93(2) : 85-91

APÊNDICES

Apêndice A

Reunião Equipe 039 para preenchimento da AMAQ



Apêndice B

Segunda reunião da Equipe 039 para análise dos questionários.



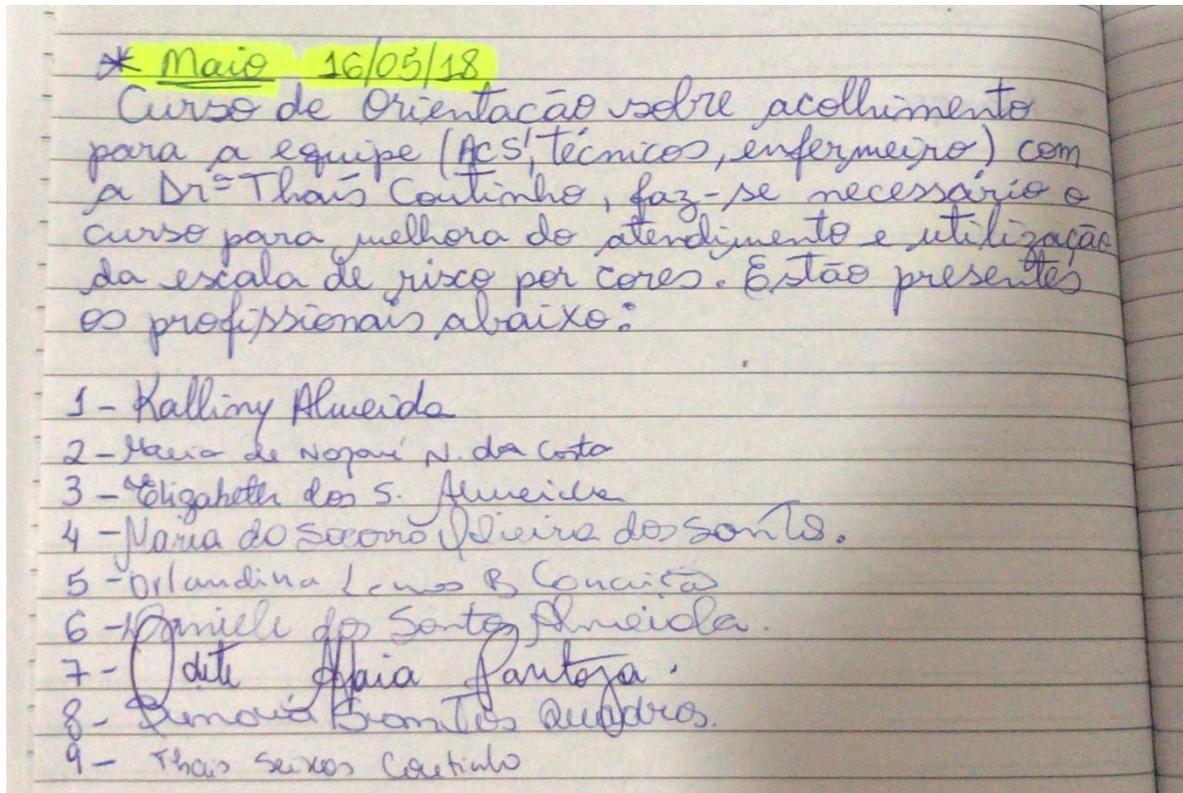
Apêndice C

Reunião com a equipe sobre o tema: acolhimento.



Apêndice D

Ata da Reunião



Apêndice E

Alunos de Medicina da UNIFAP pertencentes à ONG IFMSA-AP palestrando sobre os Saúde Sexual e Reprodutiva para os alunos de uma escola municipal de Macapá.



Apêndice F

Reunião da Equipe 039 sobre o tema Saúde da Criança.



Apêndice G

Protocolo de atendimento (Sessão 1).

Protocolo para atendimento de crianças menores que dois anos

NOME: _____

SUS: _____

DATA DE NASCIMETO: _____

PARTO: NORMAL () CESÁRIO ()

COMPLICAÇÃO NA GRAVIDEZ OU NO PARTO? NÃO () SIM () _____

IG AO NASCER: _____ () PRÉ-TERMO () A TERMO () PÓS-TERMO

APGAR: _____ 1MIN _____ 5 MIN

DOENÇA CONGÊNITA? NÃO () SIM () _____

APRESENTA VULNERABILIDADE SOCIAL? NÃO () SIM () _____

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: _____

(INADEQUADO EM ALGUMA CONSULTA?) _____

INTERNAÇÃO? _____

AGRAVO PSÍQUICO? _____

Apêndice I

Curso de tabagismo, capacitando médicos e enfermeiros para realizar o tratamento dos pacientes em UBS.



