



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

**DESENVOLVENDO A ATENÇÃO BÁSICA NOS POVOADOS SÃO
MIGUEL E BOA ESPERANÇA, EM PROPIÁ (SE)**

THIAGO PILOTO DE ANDRADE

NATAL/RN
2018

DESENVOLVENDO A ATENÇÃO BÁSICA NOS POVOADOS SÃO MIGUEL E BOA
ESPERANÇA, EM PROPIÁ(SE)

THIAGO PILOTO DE ANDRADE

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



Agradeço a todos os envolvidos nesse trabalho, tantos de perto como os de longe, à minha equipe de saúde aqui, e meus educadores à distância, que me proporcionaram este aprendizado que levarei para minha carreira médica e para a vida!

RESUMO

Introdução: Este trabalho é composto de uma coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de micro intervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Elmir Borges, no Município Propiá, no Estado de Sergipe. A assistência à saúde na atenção básica atende a diversas demandas que se diferem entre si com base em vários aspectos: faixa etária, sexo, tipo de patologia, etc. Para isso, um cuidado específico é ofertado à cada grupo: crianças, gestantes, doentes crônicos, saúde mental, entre outros. **Objetivo:** Relatar o planejamento e a execução das micro intervenções propostas nos módulos do curso de especialização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). **Metodologia:** Foram feitas reuniões sistemáticas para autoavaliação de processos de trabalho, leitura e discussão de protocolos assistenciais, bem como rodas de conversas reflexivas para problematização e busca de soluções e planejamento coletivo de intervenções. **Resultados:** Nesse contexto, a equipe teve êxito em implementar um acolhimento mais satisfatório, através de fichas-espelho e ficha de problemas pôde ter maior controle de indicadores de saúde relacionados a determinados grupos, tais como portadores de doenças crônicas e pacientes da saúde mental. **Considerações finais:** É importante que o profissional médico e sua equipe estejam qualificados, bem como engajados em cumprir as diretrizes e metas preconizadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Os avanços alcançados com as mudanças implementadas pelas micro intervenções exigem esforço por parte da equipe para serem consolidados e mantidos, afim de garantir as melhorias no acesso a saúde para a comunidade.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	12
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	19
CAPÍTULO 5	23
CAPÍTULO 6	26
CAPÍTULO 7	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	36
ANEXOS	39

APRESENTAÇÃO

O trabalho a seguir se estrutura em seis relatos de abordagens ao serviço de saúde da atenção básica, através da realização de microintervenções em áreas de atuação específicas da saúde (acolhimento, doenças crônicas, puericultura, pré-natal, etc). Teve como foco a abordagem prática, através de atividades realizadas na própria comunidade.

A realização se deu em duas comunidades rurais, estas situadas nos povoados de São Miguel e Boa Esperança, com a população de pouco mais de 2200 usuários na adscrição de clientela, município de Propriá, Estado de Sergipe. Essa região é conhecida por predominar a agricultura familiar na produção de arroz, sendo alguns atuando para o próprio sustento, outros para alugar lotes e para o comércio em feiras. Na comunidade existem fábricas para o processamento do grão, que gera alguns empregos na própria localidade, apesar de grande maioria trabalhar em sua própria terra informalmente ou então de maneira formal na zona urbana. Nasci em Vitória da Conquista, estado da Bahia, e tendo me formado na Universidade Federal de Sergipe, moro há 11 anos, trabalho como médico na localidade há um ano e meio, onde tem sido uma experiência de grande aprendizado na atenção básica.

Em seu objetivo principal, as microintervenções buscaram trazer mais qualidade ao serviço a usuários na atenção básica, com foco no aperfeiçoamento da equipe, e melhoria alguns indicadores de saúde. Foram feitas abordagens através de palestras para grupos específicos, confecção de fichas-espelho, visitas a setores especializados, entre outras modalidades de intervenção.

Através de cada relato durante sua leitura, venha conhecer um pouco da nossa equipe, nosso serviço, nossos pacientes e da nossa comunidade. Toda a experiência das microintervenções estão dispostas em seis capítulos, e será possível saber um pouco sobre as dificuldades e desafios enfrentados lá, bem como aquilo que já alcançamos na melhoria do serviço ofertado aos nossos pacientes. Boa leitura!

CAPÍTULO I: Observação na unidade de saúde

Com o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), em 2011, que visa o apoio, indução, fortalecimento, avaliação e monitorização do desempenho da atenção básica, foram estabelecidos os processos avaliativos da implantação do mesmo. Dentro desses processos, é aplicada a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), primeiro item do Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, última etapa do PMAQ, e que propõe um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A seguir será apresentado um relato de experiência da aplicação da AMAQ bem como a microintervenção proposta e realizada pela equipe, ponto que traz sentido a todo o processo autoavaliativo. Sendo assim, a AMAQ não visa apenas identificação de problemas, mas também a superação dos mesmos (BRASIL, 2017).

A realização da microintervenção se dividiu em duas partes com focos distintos. Na primeira parte, foi escolhido um padrão insatisfatório evidenciado na AMAQ, a fim de torná-lo satisfatório. Em sua segunda parte, a microintervenção implicou na elaboração de um instrumento de monitorização dos indicadores de desempenho pactuados pelo PMAQ.

O padrão insatisfatório considerado e escolhido pela equipe como foco da microintervenção na primeira parte foi “Disposição de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência”. Já há um tempo se percebia a falta de medicamentos básicos necessários em casos de emergência, até mesmo casos simples, como um exemplo em que era necessário realizar hidratação e redução da febre via intra-venosa em paciente com febre alta e faringoamigdalite importante, mas não tinha equipo na Unidade para tal procedimento. Foi percebida também a falta de outros itens, como antiinflamatórios injetáveis, dispositivo bolsa-valva-máscara, desfibrilador externo, entre outros.

A microintervenção se mostra importante por propor solucionar a falta de insumos fundamentais para situações de urgência, desde casos leves a graves, e tem como objetivo qualificar o estoque da Unidade e evitar encaminhamentos desnecessários. Por exemplo: enviar um paciente para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) apenas para receber um analgésico injetável, ou resolução de crise de asma, por na unidade não haver os itens

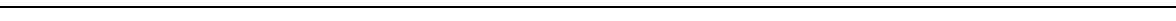
necessários para o tratamento adequado (equipo para infusão de corticoide IV, ampolas de anti-inflamatório).

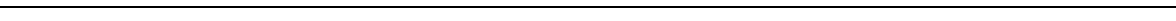
A realização da microintervenção ocorreu através de várias etapas que envolveram checagem, listagem, e comunicação inseritorial. Primeiramente, houve a checagem do estoque de medicamentos e insumos disponíveis na Unidade relacionados a urgência e emergência. Em seguida, foi feita uma listagem dos itens disponíveis para uma posterior comparação com a lista oficial preconizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB). Após a comparação, foram elencados os itens em falta. Por fim, foi feita a comunicação com os gestores responsáveis (coordenadora da UBS e coordenadora da Atenção Básica do Município), com o objetivo de informar e verificar a disponibilidade dos recursos em falta, propondo também o prazo de 1 mês para resolução. Com a chegada dos itens, será feita uma nova checagem através da comparação entre lista da Unidade e lista preconizada pelo DAB.

Não houveram grandes dificuldades para a realização da microintervenção. Na verdade, a dificuldade se fazia presente antes, na falta de desprendimento da equipe em mobilizar-se para resolver o problema já percebido há algum tempo. Não obstante, como pontos facilitadores da microintervenção, se fez presente o esforço do trabalho em grupo e a existência de um estoque farmacêutico organizado, permitindo a otimização do tempo para realização da checagem e listagem.

Os impactos da microintervenção ainda não foram observados devido a sua aplicação recente, mas certamente poderão ser colhidos os seus resultados. A comunidade poderá ser melhor assistida e em tempo hábil nas suas necessidades de urgência, e até de emergência.

Na segunda parte da microintervenção, o instrumento escolhido para a monitorização dos indicadores foi a produção uma planilha virtual, que dispunha de um registro diário numericamente e percentualmente dos indicadores preconizados, afim de serem acompanhados mensalmente pela equipe. A profissional de saúde bucal da equipe forneceu o exemplo de uma planilha confeccionada pela própria, com os indicadores preconizados pela equipe de saúde bucal facilitando todo o processo. Foi incluído na planilha também, apesar de não ser um indicador preconizado, o registro de gestantes em primeira consulta do Pré-Natal atendidas antes de findados os primeiros 120 dias de gestação.





CAPÍTULO II: Bem acolher para o acesso melhorar: o acolhimento e seus desafios.

No dia a dia da atuação da equipe de saúde, no que se refere a Atenção Básica (AB), sempre está presente o processo de acolhimento à demanda espontânea e à programada, e este então se configura um componente fundamental no processo de cuidado e acesso dos usuários. Já está estabelecido que o processo saúde-doença-cuidado possui diversas dimensões (orgânica, subjetiva e social), um aspecto faz do acolhimento na AB algo de extrema importância, pois dele demanda uma boa capacidade de abordagem, recepção e escuta. Ao avaliarmos a prática do acolhimento, é importante compreender que ela acontece de uma forma ou de outra, pois está presente em todas as relações de cuidado. Assim, é importante perceber que o questionamento então não gira em torno da dúvida em se esta prática está acontecendo ou não, mas se a qualidade desta tem sido satisfatória ou não, principalmente por parte dos usuários (BRASIL, 2013).

Diante disso, o acolhimento, quando em nível satisfatório, busca o alcance de diversos objetivos, sendo um dos mais importantes a equidade do acesso e cuidado, um dos grandes princípios doutrinário do SUS. Utiliza para isso a avaliação do risco e das vulnerabilidades dos usuários, através de ferramentas como fluxos otimizados de atendimento e métodos de classificação de risco. E no contexto da AB, essas ferramentas buscam um olhar além dos aspectos biológicos na definição de prioridades que fortalece o vínculo e o cuidado continuado, diferentemente do serviço de urgência, em se dá mais valor ao aspecto biológico, e o atendimento é pontual (BRASIL, 2013).

A seguir, será apresentado um relato de experiência que envolve o aperfeiçoamento do acolhimento em uma equipe de saúde. A intervenção foi desenvolvida basicamente de duas formas: reunião em equipe para discussão do tema e diálogo com os usuários na unidade.

Para a reunião em equipe, objetivou-se discutir como tem sido o acolhimento, as potencialidades do que tem sido feito, e as dificuldades encontradas no tocante às melhorias necessárias.

Houve concordância por parte da maioria que o acolhimento é satisfatório, de forma geral, em ambas as unidades (a equipe é responsável por duas), que se encontram em dois povoados. Sendo que em uma das UBSs, a maioria dos atendimentos no dia já é representada pela demanda espontânea, enquanto que na outra, a maioria dos atendimentos

é representada por pacientes marcados. A equipe concordou que a explicação para esse fato se dá pela demanda ser maior na UBS localizada no povoado de maior população.

Durante a discussão, foi apresentado o fluxograma de atendimento ao usuário sugerido pelo caderno da atenção básica “Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica”. Foi lembrada também à equipe a diferença entre acolhimento e triagem e a importância de o acolhimento poder ser feito por qualquer integrante. Foi salientada também a importância de garantir privacidade ao usuário referente ao momento em que ele apresenta a sua queixa, um ponto que vimos necessidade de aperfeiçoamento.

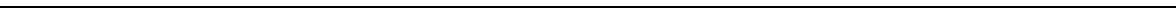
Na segunda etapa, houve o diálogo com os usuários. Durante a conversa foi apresentada a classificação de risco adaptada para a Atenção Primária, que consta no caderno da atenção básica “Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica”. Através de uma linguagem compreensível para leigos, o médico apresentou exemplos de diversos tipos de atendimentos com base na classificação de risco, explicando a escala de prioridades. Durante o diálogo, uma usuária pôde falar que era uma ação importante o que estávamos fazendo, pois diversas vezes se sentiu insatisfeita com a forma de acolhimento a ela prestada, e que era importante os usuários conhecerem como era o fluxo de atendimento.

Ainda na discussão em equipe, foram percebidas algumas dificuldades e desafios. Em ambas as unidades de atuação não há recepcionista, cabendo ao agente de saúde a retirada dos prontuários. O ônibus responsável pelo transporte dos funcionários da cidade para o povoado não chega em tempo hábil na unidade, restando a um dos agentes de saúde realizar o acolhimento e pré-consulta, o que gera sobrecarga para o mesmo, comprometendo, conseqüentemente, a qualidade do atendimento. Constatamos também a dificuldade que há no trabalho em equipe, principalmente na integração entre os profissionais de nível superior, principalmente devido a atritos passados, deixando a frágil o diálogo e harmonia da equipe.

Diante da experiência de discutir em equipe e dialogar com a comunidade, houve concordância que todos necessitavam de melhora no acolhimento individual e como equipe. Foi decidido seguir com a proposta de implantarmos o fluxo de acolhimento de acordo com a proposta de Brasil (2013), bem como melhorar nossa classificação de risco nas pré-consultas. Por parte da coordenação das Unidades, foi definida a necessidade de reuniões em equipe com mais frequência.

Como propostas de mudança, a equipe cobrou novamente aos gestores, através da coordenadora da UBS, a contratação de um novo funcionário para a recepção da unidade, a fim de facilitar o acolhimento e retirar a sobrecarga dos profissionais em atuação. Foi decidido também criar uma frequência regular (mensal) de reuniões da equipe.

Na prática, a classificação de risco proposta se deu inicialmente de forma bem simplificada, devido às condições desfavoráveis citadas acima. Os profissionais responsáveis pela pré-consulta (ACS e Técnico de Enfermagem), em sala separada dos demais usuários, estariam recebendo o usuário e identificando o tipo de consulta, aferindo a pressão arterial, peso, altura e também a temperatura dos que fosse necessários, bem como observando os sinais divisão em cores dos níveis de risco, conforme o caderno de atenção básica e o banner do ministério da Saúde que tratam do tema, a fim de classificá-los. Após essa primeira etapa, a ordem de atendimento receberia definição.



CAPÍTULO III: Pré-natal e puerpério: a importância da abordagem educativa

Já está bem estabelecido que a realização adequada dos cuidados pré-natais tem grande impacto na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Grande parte das complicações ocorridas no período periparto é evitável através de uma boa assistência na gestação. Além disso, oferecer bons cuidados à gestante proporciona experiências positivas durante o Pré-natal contribui para a base de uma maternidade saudável.

A experiência relatada a seguir se deu através de uma atividade educativa com gestantes, por meio de uma palestra com espaço para perguntas e discutir dúvidas. Foi aproveitada a oportunidade das consultas de pré-natal agendadas para data específica, contida no cronograma mensal de atendimentos na Unidade. Antes de serem atendidas as gestantes, num tempo breve de aproximadamente 25 min, foram abordados temas pertinentes à gestação, como caderneta da gestante, amamentação eficaz e etc. No fim, foi aberto um espaço para perguntas e dúvidas.

Escolher abordar a caderneta da gestante se mostrou fundamental diante da sua importância em todos os períodos da gestação, não apenas para a mãe, o bebê e o profissional que os acompanha, mas também para o pai. A cada atualização, a caderneta se tornou mais completa e instrutiva, trazendo informações sobre diversos temas, como: mudanças que ocorrem no organismo materno durante a gestação e suas manifestações, orientação nutricional, tipos de parto e suas indicações, incentivo a conhecer a maternidade, orientações para o pai do bebê. Durante a ação educativa, as gestantes foram estimuladas a considerar a importância da caderneta, no tocante à sua leitura e necessidade de sempre levá-la consigo em suas consultas e outros tipos de serviço de saúde (consulta odontológica, emergência obstétrica e não obstétrica, etc.).

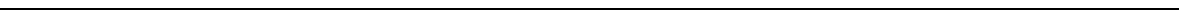
O tema amamentação também se configura com elevada importância em ser abordado, visto ainda ser considerável o número de relatos negativos de algumas mães quanto a isso nas consultas. Durante a ação, puderam-se desmistificar os mitos e equívocos que envolvem o tema, como: a ideia de o leite humano ser fraco (comparado ao de vaca), necessidade de dar outros líquidos desde o início, pois o leite humano é insuficiente, entre outros. As mães puderam também conhecer algumas dicas para melhor amamentarem, como: tempo de armazenamento do leite na geladeira, jeito certo de esquentar, técnica correta para ordenhar, trocar de mama ao sentir o esvaziamento da primeira e etc.

Além dos temas supracitados, foram também abordados alguns outros. Entre eles, a importância da realização de exames laboratoriais, destacando a triagem infecciosa, e sua repetição em cada trimestre. Abordamos também a importância do uso do repelente, prevenindo as doenças febris, com destaque para o zikavirus, por seu potencial teratogênico.

Quanto aos desafios encontrados, não tivemos grande dificuldade em realizar a atividade, mas percebemos aqueles que as gestantes encontrarão em cumprir o que propomos. A oferta de recursos ainda se mostra como um grande entrave para tornar realidade um acompanhamento pré-natal satisfatório. No município é escassa a disponibilidade da mais atual caderneta da gestante, e ao solicitarmos junto à gestão, nos informaram que só serão ofertadas após acabarem os estoques das antigas, que é muito inferior em informações. Há dificuldade também na agilidade dos exames laboratoriais. Algumas mães chegam a 24, 30 semanas de idade gestacional sem ainda terem realizado o primeiro pacote de exames laboratoriais. Muitas acabam fazendo de forma particular.

Percebemos que existem medidas que podem melhorar o serviço, que mesmo com os desafios relatados, podem ser postas em prática pela equipe. Vimos ser necessário quebrar a cultura de dar pouca importância à caderneta da gestante, uma tarefa que é de cada integrante da equipe. Vimos também a necessidade de reforçar o acompanhamento do puerério, promovendo a primeira consulta de puerpério/visita domiciliar à puérpera, período delicado que envolve o início da amamentação, experiência com os primeiros cuidados do bebê, e etc.

Muitas mães, principalmente as de “primeira viagem”, são inseguras quanto a diversos aspectos biológicos da maternidade que muitas vezes não são complicados, e uma simples orientação pode solucionar o problema. Atividades educativas regulares contribuem para a quebra de conceitos equivocados e mitos relacionados a diversos temas, como o abordado neste relato de experiência. Nessa atividade realizada, a equipe da UBS Manoel Vitorino aprendeu que atividades simples podem trazer resultados muito relevantes no processo de gestação, bem como para o futuro, no tocante ao exercício da maternidade de uma forma que faça bem a ambos mãe e criança.



CAPÍTULO IV: Saúde mental na UBS Elmir Borges (SE)

As mudanças propostas no cuidado em saúde mental, com raízes na reforma psiquiátrica, passaram pelo combate à abordagem simplista e patologizante de atenção ao paciente com transtorno mental. Passaram também pela busca da descentralização, com o intuito de compartilhar as responsabilidades do cuidado com a família e a comunidade do indivíduo, visando dar-lhe mais autonomia e fortalecer sua cidadania (BRASIL, 2005; SILVA, 2009). A rede local de atenção à saúde mental, através de seus diversos setores, possui papel fundamental nesse processo. Como exemplo, temos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), unidade de saúde responsável por ofertar atendimentos intermediários da Saúde Mental.

A microintervenção em Saúde Mental se dividiu em duas etapas práticas e uma última reflexiva de todo o processo. Foi relatada a experiência da criação de um instrumento de registro de dados dos pacientes com transtorno mental em uso de medicação, à nível de atenção básica, bem como a experiência de visitar uma das unidades do sistema e conhecer a rede local e fluxos de serviços intermediários da Saúde Mental.

O instrumento de avaliação construído buscou dados dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Elmir Borges. Em conversa com os agentes comunitários de saúde (ACS), expomos a ideia de quantificar, discriminando por microárea de cada ACS, os pacientes com necessidades de cuidados em Saúde Mental. Abordamos na tabela diversas variáveis, tais como: sexo, uso de benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos, polifarmácia, casos graves, pacientes em acompanhamento especializado. Preferimos inicialmente construir uma ficha espelho com análise quantitativa geral, para posteriormente e aos poucos, construirmos uma ficha com a lista de todos os pacientes de Saúde Mental, abordando as mesmas variáveis, a fim de saber qual indivíduo especificamente se insere em cada uma. Esta última servirá para melhor controle, inclusive para frequência de atendimento e necessidade de busca ativa.

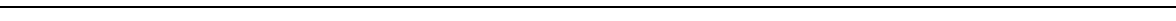
Na segunda etapa da atividade, parte da nossa equipe da atenção básica visitou o CAPS do município, onde conhecemos alguns integrantes da equipe de saúde mental e coletou informações. Em relação às suas unidades na nossa região de saúde, a Saúde Mental possui um CAPS I, o centro de especialidades, o Hospital Regional e os Hospitais para internação, localizados na capital. O centro de especialidade recebe os casos considerados mais leves e dispõe dos medicamentos para estes na farmácia básica do

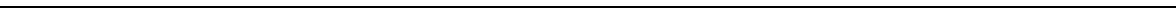
município. Já o CAPS, recebe os casos considerados mais graves e dispõe de medicamentos psicotrópicos para seus pacientes (os cadastrados). Ambos possuem psiquiatra e psicólogo.

O CAPS I foi o que visitamos, chamado Irmã Augustinha e se constitui o único do município, que acaba atendendo todos os tipos de transtornos, inclusive pediátricos e álcool e drogas. Como norma do serviço, todo paciente pediátrico com suspeita de transtorno mental necessita passar pelo pediatra geral (no centro de especialidades) antes de ser atendido pela psiquiatria, pois lá não há um psiquiatra infantil. Para o atendimento de surtos, o Hospital Regional oferece o serviço, dispondo de ansiolíticos injetáveis para contenção química. Em casos graves com indicação de internação em centros psiquiátricos, a assistência social juntamente com a equipe do CAPS e o serviço jurídico tomam os encaminhamentos necessários para o paciente ser recebido nos Hospitais da Capital.

No tocante aos resultados da microintervenção, criar um instrumento de avaliação, além de ser uma exigência do PMAQ, trouxe diversos aprendizados à equipe. Ao realizar a quantificação, apesar de ser um processo trabalhoso, a equipe constatou como é grande o número de pacientes que se tornaram dependentes de psicotrópicos, bem como o desafio em mudar esse quadro, a fim de reduzir a medicalização desnecessária. Pois isso, além dos possíveis danos ao paciente, resulta em oneração desnecessária do sistema de Saúde.

Em relação à visita ao CAPS, esta se mostrou muito importante para ambas as equipes (CAPS e Atenção Básica) diante da troca de experiências ocorrida. Foi possível colher informações fundamentais para referenciar corretamente os pacientes, evitando desgastes, pelos mesmos e familiares, com o sistema. A enfermeira da equipe do CAPS relatou algumas dificuldades encontradas em relação à referência e contra referência, informando que muitas vezes faltam informações do acompanhamento de doenças básicas que o paciente possui (HAS, DM) por parte da Atenção Básica, comprometendo o serviço. Informou também a confusão por parte de alguns profissionais na hora de encaminhar pacientes com surto, que por não conhecerem o fluxo de encaminhamentos, às vezes os direciona para o CAPS em vez de para o Hospital Regional e assim serem estabilizados.





CAPÍTULO V: Saúde da criança na região dos povoados de São Miguel e Boa Esperança, em Propriá (SE)

Para garantir a o cuidado à criança na atenção primária (puericultura), principalmente no tocante a integralidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso ter uma equipe de saúde capacitada e consciente daquilo que constitui realmente um cuidado integral adequado. E, dentro deste cuidado, a puericultura exige atenção quanto aos seus instrumentos de avaliação por parte dos profissionais que, quando esquecidos, podem trazer consequências inevitáveis à saúde das crianças.

Em nossa comunidade, no município de Propriá, região dos povoados de São Miguel e Boa Esperança, é perceptível nas consultas de demanda espontânea a falta de conscientização dos cuidadores, na maioria das vezes a mãe, quanto a necessidade de acompanhar o crescimento e ganho de peso da criança através da caderneta. Muitas comparecem apenas com o desejo de realizar de exames de laboratório, às vezes com frequência desnecessária, esquecendo de levar a caderneta da criança, muito provavelmente por não terem sido orientadas quanto a essa necessidade.

Em geral, os pais e cuidadores relatam que nunca foram orientados quanto a isso e que os profissionais muitas vezes não pedem a caderneta nas consultas. Percebeu-se, então, a necessidade de mudar essa cultura no cuidado em saúde, não só por parte dos usuários, mas também por toda a equipe de saúde.

Tendo este problema em mente, foi feita uma avaliação quanto a realização das ações preconizadas para o PMAQ/AB, por parte da equipe, na primeira etapa da microintervenção. Em outra etapa, a atividade realizada teve como foco conscientizar os cuidadores da importância da puericultura e da caderneta da criança nesse processo.

Na primeira etapa, a equipe avaliou a realização das ações e selecionou alguns pontos com necessidades de melhora. Foi visto que é preciso ter mais busca ativa das crianças com consulta de puericultura atrasada, pois nem sempre as mães as levam de rotina para o atendimento, mas apenas quando há alguma queixa de demanda espontânea. Durante a reunião, uma agente comunitária de saúde salientou a importância de manter a cobertura atualizada da ficha espelho de puericultura (o “cartão azul”), para acompanhamento das crianças. Como outro ponto positivo, a equipe atestou que há cobertura completa do cadastro vacinal, inclusive em relação à busca ativa das crianças

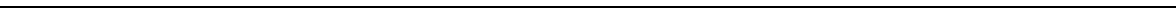
com calendário atrasado, sendo uma das equipes apontadas como destaque na região, nesse aspecto.

Na segunda etapa, foi marcado um dia no calendário da UBS para ser feita uma abordagem de conscientização aos usuários como estratégia de intervenção. Aproveitamos o momento prévio ao atendimento, na sala de espera, numa duração de aproximadamente quinze minutos, quando o maior número de usuários se encontrariam presentes e, sendo assim, não haveria grandes dificuldades para realizar a atividade. Uma observação interessante é que entre os usuários presentes estiveram algumas gestantes que seriam atendidas no dia, tornando a atividade proveitosa também para elas, que no fim da gestação iniciariam o processo de puericultura com seus bebês. O tema central proposto foi justamente a puericultura e, de forma prática, discutimos sobre a importância do uso da caderneta da criança.

Durante a atividade, foi possível explicar a pertinência da caderneta para os usuários, informando sobre seus diversos benefícios, inclusive por conter em si o calendário de vacinação. Foi importante demonstrar que a caderneta traz muitas outras informações relevantes à saúde da criança, como: alimentação adequada para diversas idades, suplementação de ferro e vitamina A, desenvolvimento neuropsicomotor, bem como o registro da velocidade de crescimento e ganho de peso.

Assim, salientou-se a grande importância que todos esses dados têm em conjunto, todos contribuindo para tornar uma criança mais saudável e com desenvolvimento satisfatório. Por fim, foi explicado que diante de tudo isso, realizar exames laboratoriais, como hemograma e de urina, são importantes mas não mais que a puericultura e não devem ser tão frequentes na categoria de rotina, salvo diante de alguma queixa que justifique ou na presença de alguma patologia prévia que demande isso ou outra condição específica que exija tais exames complementares.

Apesar dessa atividade promover certo impacto na conscientização, percebe-se que o trabalho para melhorar a atenção à saúde da criança é contínuo. É necessário por parte dos profissionais promover, no cotidiano, a orientação correta nas consultas e nas visitas aos usuários. É preciso também ter a disposição em solicitar a caderneta da criança nas consultas, prezando pelo entendimento da mesma pelos usuários, estimulando o interesse, tornando-a mais atrativa.



CAPÍTULO VI: Doenças crônicas e seus desafios na atenção básica

Sabe-se que a atenção a pessoas com doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão, requer a aplicação de estratégias diversificadas, que vão desde a abordagem no consultório desconstruindo alguns mitos, à realização de busca ativa e ações que promovam fortalecimento da autonomia. Em nossa atuação nos povoados de Boa Esperança e São Miguel, reunimos a equipe de saúde da UBS Elmir Borges, a fim de podermos avaliar o nível de acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas.

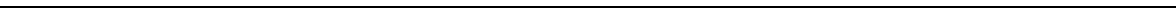
Durante a reunião foram abordados diversos itens pertinentes, e equipe pode destacar diversos pontos positivos e negativos. Em relação ao tempo de espera para a primeira consulta, classificamos ser razoável, durando geralmente em média uma a duas semanas. Concordamos que o acompanhamento aos pacientes com obesidade, apesar de ser falho em proporcionar algumas ações voltadas para atividade física e alimentação saudável, é feito de forma satisfatória no tocante a avaliação antropométrica e encaminhamento para serviço especializado (nutrição endocrinologista). Quanto a avaliação da existência de comorbidades, até então estávamos realizando através da consulta médica, mantendo registrado no prontuário, mas não em ficha específica por parte de nenhum profissional. O mesmo pudemos perceber em relação ao registro da estratificação de risco, registro dos mais graves e de encaminhamentos para outros pontos de atenção, ficando tudo isso à cargo de anotações no prontuário nas consultas com os diversos profissionais. Não tínhamos ficha espelho (com nível de gravidade, encaminhamentos, etc), e nem ficha com lista de problemas fixa separada de fácil acesso no prontuário. Um dos agentes comunitários de saúde informou possuir uma ficha espelho específica para hipertensos e diabéticos, mas de uso direcionado para o agente de saúde, com informações relevantes, mas não apropriada para o uso multidisciplinar.

Com base nessas constatações, seguimos a orientação da microintervenção em montar um instrumento para suprir a lacuna desses registros. Após a observação de diversas fichas-espelho modelo postadas por colegas no fórum virtual de saúde e o aproveitamento de estruturas do cartão de doenças crônicas/idoso encontrado na UBS, planejamos a elaboração de duas fichas, uma para anexar ao prontuário, e uma outra mais sucinta. A ficha do prontuário seria mais específica e detalhada, abordando a lista de problemas/comorbidades dos pacientes, bem como a estratificação de risco das doenças crônicas principais. A segunda ficha, feita em modo lista para cada microárea, abordaria o número e nome dos pacientes

discriminando os seguintes itens: sexo, idade, classificação de risco, adesão ao tratamento, observações, encaminhamento para outros serviços.

A realização do trabalho não apresentou grandes dificuldades, pois se baseou especificamente na realização do questionário em equipe, na identificação das necessidades, e na consulta dos materiais supracitados adaptando-os à nossa realidade. Foi interessante perceber que às vezes o próprio ambiente já proporciona as ferramentas necessárias para a execução do trabalho, a exemplo do uso do cartão do hipertenso/diabético/idoso, que estava arquivado, o qual utilizamos para a elaboração das fichas e definir a classificação de risco para as doenças abordadas.

O acompanhamento de pacientes com doenças crônicas exige periodicidade e respeito a metas e diretrizes observadas nos famosos consensos, enquanto que ao mesmo tempo, exige paciência para com o paciente nas suas limitações. Estratégias como a abordada nesta microintervenção contribuem para se ter clareza e organização no processo de cuidado. A abordagem da classificação de risco, por exemplo, promove, sobretudo, equidade nesse cuidado, um dos grandes princípios doutrinários do SUS, pois identifica os pacientes com maior gravidade para trata-los com maior suporte da equipe de saúde. Se os profissionais não estiverem alinhados com o nível de cuidado que o paciente precisa, de acordo com sua estratificação de risco, que dirá o paciente, mesmo sendo o mais dedicado.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

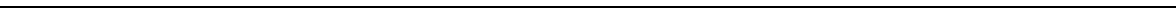
PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação da unidade de saúde em Elmir Borges (SE)	Criação de uma matriz de intervenção, estabelecendo cada passo, responsáveis e prazos, com o objetivo de solucionar a falta de medicamentos e insumos na farmácia da UBS, principalmente os relacionados a pequenas urgências. Criação de um dispositivo para monitorar alguns indicadores de saúde presentes nas diretrizes do PMAQ.	Disponibilização dos insumos e medicamentos que estavam em falta; Implantação de uma planilha virtual para registro e monitoramento da situação de saúde.	Manter vigilância e controle de estoque dos medicamentos e insumos; Alimentar periodicamente a sala de situação de saúde.
Bem acolher para o acesso melhorar: o acolhimento e seus desafios	Conscientização da equipe quanto ao uso da classificação de risco e do acesso avançado no processo de acolhimento, bem	Foi estabelecida a prática acesso avançado na Unidade e melhor organização das	Manter o acesso avançado, afim de valorizar a demanda espontânea. Dialogar frequentemente com os usuários sobre o processo de acolhimento, para ser mantida a transparência

	como da importância de todos nesse processo. Abordagem do tema acolhimento no diálogo com os usuários. Ambas as etapas com o objetivo de melhorar o processo de acolhimento na UBS.	fichas de agendamento e urgência, o que facilitou a compreensão de pacientes que ficaram sem ficha no dia.	e satisfação com a Unidade.
Pré-Natal e Puerpério: a importância da abordagem educativa	Aplicação de atividade educativa com gestantes, por meio de palestra com abordagem de temas pertinentes à gestação, tais como a caderneta da gestante e suas demandas, e amamentação eficaz. Promoção do fornecimento, por parte da gestão, da caderneta da gestante mais atual.	Foi de grande proveito a abordagem educativa, visto que se mostrou visível em cada consulta o maior interesse da gestante pela caderneta; Disponibilização da caderneta de gestante mais atual.	Manter a abordagem educativa com as gestantes, tanto nas consultas como em forma de palestras, demonstrando a importância da caderneta e amamentação, e aproveitando estrategicamente o dia de atendimento das mesmas para esta ação.
Saúde mental na UBS Elmir Borges (SE)	Dividida em duas etapas, a atividade resumiu-se da seguinte forma: visita ao CAPS da cidade, afim de conhecer	Identificação e melhor controle de usuários dependentes de psicotrópicos; Melhor	Manter atualizada a ficha espelho de pacientes psiquiátricos; Melhorar e manter a referência oportuna dos usuários ao nível secundário (serviços especializados).

	<p>melhor este nível de atenção intermediário-especializado; criação de um instrumento de monitorização e avaliação da saúde mental na comunidade da UBS, através então de ficha espelho com diversas informações sobre os pacientes discriminando as diversas microáreas.</p>	<p>identificação dos pacientes psiquiátricos graves. Melhora do fluxo de usuários na Rede de Atenção à Saúde Mental via referência e contra referência.</p>	
<p>Saúde da Criança na Região dos Povoados de São Miguel e Boa Esperança, em Sergipe.</p>	<p>Avaliação quanto a realização das ações preconizadas para o PMAQ/AB, por parte da equipe, afim de identificar possíveis falhas no acompanhamento das crianças. Conscientizar os cuidadores da importância da puericultura e da caderneta da criança nesse processo, de forma prática através de abordagem da comunidade com</p>	<p>Aceleração do processo de desconstrução da falsa necessidade de medicalização e de se pedir exames laboratoriais (em excesso e com alta frequência) em detrimento da utilização eficaz da caderneta da criança.</p>	<p>Continuidade da conscientização da importância da caderneta da criança através das consultas com os cuidadores bem como através de novas atividades educativas.</p>

	palestras.		
Doenças crônicas e seus desafios na atenção básica	A atividade se baseou na avaliação das prioridades referentes a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas contidas no PMAQ, quanto a falta de registro de informações por ele priorizadas (quantificação e classificação do risco dos pacientes, acompanhamento com especialistas, etc). Após essa primeira etapa, procedeu-se com a confecção de um instrumento local de avaliação desses dados e de uma ficha com resumo clínico de cada paciente (lista de problemas, risco, etc) sendo anexada ao prontuário.	A ficha em espelho trouxe maior dimensão da quantidade de pacientes crônicos por microárea (alto risco, múltiplas comorbidades). A ficha com lista de problemas e classificação de risco possibilitou também obter um resumo objetivo e de fácil entendimento por qualquer profissional, facilitando o acesso e a busca ativa.	Manter atualizadas as fichas-espelho e a lista de problemas anexada ao prontuário dos pacientes por parte dos profissionais responsáveis (o médico, sendo responsável pela lista de problemas e o ACS pela ficha-espelho da sua microárea).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada micro intervenção teve uma abordagem específica e buscou pôr em prática ferramentas, muitas vezes simples, que trariam benefícios para o nível de saúde dos usuários em todos princípios da assistência (integralidade, universalidade, acolhimento, regionalização, etc.). A primeira micro intervenção buscou trazer mais medicamentos e insumos, fortalecendo a integralidade do acesso. A micro intervenção 2 buscou melhorar o atendimento e agendamento, fortalecendo o princípio do acolhimento e universalidade. A quarta e a sexta buscaram melhorar o registro quantitativo e qualitativo das condições de saúde dos usuários e da comunidade como um todo pelas fichas de controle, tornando mais transparente o seu perfil de saúde, o que fortalece a regionalização (outro princípio).

Mesmo com focos específicos, algumas micro intervenções tiveram certos pontos em comuns. As micro intervenções 3 e 5 abordaram a conscientização do usuário, trazendo palestras e destacando a importância de algumas ferramentas simples disponíveis como as cadernetas.

Portanto, com base nos princípios básicos doutrinários do SUS, as micro intervenções buscaram desenvolver um processo de trabalho mais integral. Cada ferramenta nova aplicada trouxe consigo o desafio de ser mantida a melhoria trazida por ela, alvo de uma equipe saúde atuante, aquela que junto aos usuários tem grande responsabilidade nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1.
 3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**. Informativo da Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, v.4. n.21, 2005.
 4. SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.149-158, Feb. 2009.
-
-

APÊNDICES

Apêndice 1: Ficha de acompanhamento Hiper/Dia e Lista de Problemas, 2018.

Nome:

Prontuário:

Data de Nascimento:

Sexo: () Masc () Fem

Nº	PROBLEMAS	ATIVO (DATA)	INATIVO/RESOLVIDO (DATA)

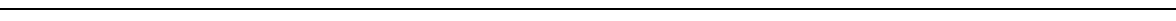
Apêndice 2: Ficha de estratificação de risco, 2018.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO									
DIABETES MELLITUS						HIPERTENSÃO ARTERIAL			
BAIXO		MODERADO		ALTO		BAIXO	MÉDIO	ALTO	MUITO ALTO
IA Só DM control.	IB DM + Comob. Control.	IIA Só DM ou só comob. Não control.	IIB DM + comob. mal Control.	IIIA LOA control.	IIIB LOA não control.	HA leve sem outros FR	1. HA leve +1 a 2 FR 2. HA moderada sem FR 3. HA moderada + 1 a 2 FR	1. HA leve + 3 ou mais FR ou LOA ou DM 2. HA moderada + 3 ou mais FR ou LOA ou DM 3. HA grave sem outros FR	1. HA leve CCA 2. HÁ moderada + CCA 3. HA grave com 1 ou mais FR e/ou LOA e/ou DM e/ou CCA

Legenda: DM – Diabetes Mellitus; LOA – Lesão de órgão alvo; HA – Hipertensão Arterial; FR – Fatores de Risco; CCA – Condições clínicas associadas (incluindo doença renal ou coardiovascular).



]



ANEXOS



Anexo 1: Equipe de Saúde da UBS Elmir Borges, 2018.



Anexo 2: Encontro de equipes da Atenção Básica e CAPS, 2018.



Figura 3 - Fachada CAPS I Irm'a Augustinha, do município de Propriá.