



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA MELHORIA DO ACESSO E
ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DA ESF/11 EM TOBIAS
BARRETO/SERGIPE

WEDJA CARLA DO CARMO

NATAL/RN
2018

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA MELHORIA DO ACESSO E
ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DA ESF/11 EM TOBIAS
BARRETO/SERGIPE**

WEDJA CARLA DO CARMO

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

Orientador: Ricardo Henrique Vieira de
Melo

RESUMO

Introdução: Este trabalho é composto de uma coletânea de relatos de experiências construídos a partir de micro intervenções ocorridas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido aos participantes do Programa Mais Médicos, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), através do Programa de Educação Permanente (PEPSUS). **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:** A partir de reuniões de equipe foram planejadas, discutidas e executadas ações e matrizes de atividades a serem implantadas no território com perspectiva na melhoria e fortalecimento do vínculo do usuário com a equipe de saúde, firmando os preceitos da Atenção Primária à Saúde. Como resultado percebemos a importância da introdução de ações de orientação aos usuários. **Considerações finais:** Quando trazemos a comunidade para próximo da equipe de saúde, melhoramos a qualidade de vida e rompemos alguns mitos engessados em sua cultura que dificultam a prevenção e tratamento de determinadas doenças. Esse trabalho permite perceber como a força de trabalho da Estratégia Saúde da Família encontram dificuldades, mas que se destinam a prática voltada a implementação da integralidade assistencial e a compartilhar com a comunidade decisões e conhecimento mútuo.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
CAPÍTULO 1.....	06
CAPÍTULO 2.....	09
CAPÍTULO 3.....	12
CAPÍTULO 4.....	15
CAPÍTULO 5.....	17
CAPÍTULO 6.....	18
CAPÍTULO 7.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES.....	24

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é baseado na compilação de seis relatos de experiência, elaborados segundo microintervenções realizadas no território em que atuo. Essas microintervenções foram realizadas baseadas no controle glicêmico em pacientes com Diabetes Melito; na Demanda espontânea e programada; na implantação de Atividades educativas em Saúde reprodutiva; na melhoria do atendimento multiprofissional aos pacientes da Saúde Mental; na promoção de ações voltadas à atenção à Saúde da Criança; e, promoção de ações voltadas à população com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

O território em que foram implementadas essas microintervenções foi a ESF11 que é rural, mais extenso território de ESF em Tobias Barreto, Sergipe. Nele encontram-se aproximadamente 4 mil habitantes, em sua maioria usuários dos serviços oferecidos pela equipe. A equipe do ESF11 é responsável pelo atendimento em pequenas 3 UBS e outros 4 locais de atendimento diversos (escolas desativadas/residências alugadas).

O principal objetivo seria a melhoria do acesso, do acompanhamento e dos serviços prestados à população dando ênfase em manter os serviços funcionantes e, identificar e modificar as falhas.

A partir, deste breve relato proponho a leitura deste trabalho.

CAPÍTULO I: Microintervenção para melhoria do controle glicêmico e prevenção do pé diabético na UBS do povoado Barriga, em Tobias Barreto (SE).

A equipe do ESF 11 do município de Tobias Barreto (Sergipe) se reuniu para discutir uma melhor forma de intervenção e monitoração ao diabetes melito em nosso território, pois existem indivíduos acometidos pela doença que não apresentam acompanhamento periódico, ou não compreendem a doença como um todo. Então, criamos um cronograma com medidas programadas de ações para facilitar a assistência a estes indivíduos, de forma individual e conjunta.

O diabetes melito é um distúrbio metabólico crônico e complexo caracterizado por comprometimento do metabolismo da glicose, associado a uma variedade de complicações. Estas complicações crônicas são diretamente condicionadas à duração do diabetes, à presença de hipertensão arterial, ao descontrole glicêmico, ao tabagismo, aos hábitos de vida, entre outros fatores e condições. Devido a suas sequelas, o pé diabético, uma grave complicação do diabetes melito, é a complicação mais frequente em nosso território e de maior vigilância. Conceituado no glossário do Consenso Internacional como infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associados a alterações neurológicas e vários graus de Doença Arterial Periférica (DAOP) nos membros inferiores (POLICARPO et al., 2014).

O aparecimento de pontos de perda da sensibilidade protetora plantar, podem ou não evoluir com o aparecimento de úlceras como consequência da neuropatia diabética, uma das mais devastadoras complicações crônicas cujo risco de amputação é 15 vezes maior quando comparados com não diabéticos correspondendo a 70% das amputações não traumáticas (POLICARPO et al., 2014).

A assistência à saúde dos diabéticos é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano. As complicações nos pés causam impacto na qualidade de vida da pessoa e no sistema de saúde, pois geram encargos e custos financeiros com internações prolongadas. Nessa vertente, o autocuidado e a avaliação dos fatores de risco por parte da equipe multiprofissional de saúde são medidas necessárias para a detecção precoce e prevenção do pé diabético (ANDRADE et. al., 2010).

Pensando em uma forma de minimizar seu desenvolvimento na população da Unidade de Saúde da Família do Barriga, estamos avaliando e tentando prevenir o desenvolvimento de pé diabético em portadores de diabetes adscritos.

Nosso maior dilema será conscientizar a população da importância de conhecer a doença e ter consciência da sua própria condição. Existe uma baixa adesão ao HiperDia, e muitos dos nossos pacientes, utilizam medicações ansiolíticas e antidepressivas, sem acompanhamento médico especializado. Muitos estão desempregados e tem baixa escolaridade, além da questão do etilismo e do uso de drogas ilícitas que está presente em muitas famílias.

Outra dificuldade tem relação com as medicações. As medicações em sua maioria são liberadas nas farmácias da sede do município, muitos pacientes não têm condições de pagar passagem para busca-las, as medicações que poderiam ser liberadas na farmácia da UBS geralmente estão em falta. As receitas são válidas por 6 meses e após sua validade, os pacientes solicitam que os agentes comunitários de saúde solicitem a médica ou a enfermeira, a sua atualização. Com isso, muitos pacientes passam períodos longos sem comparecer a uma consulta. Quando os mesmos aparecem, já apresentam complicações.

Os pacientes relatam que não apresentam sintomas, então diminuem o uso da medicação, chegando a retirar-la por conta própria. Os insulino-dependentes não utilizam corretamente as medicações pois relatam incomodo no uso ou preço elevado, quando sua falta na farmácia central do município. A dieta é outro motivo para a não utilizar a medicação, pois muitos não se alimentam corretamente, a maioria por não ter alimentos apropriados em sua residência, e pelo entendimento dos pacientes, se não mudam a medicação não há necessidade de uso de insulina.

Na outra ponta encontra-se a dificuldade de acompanhamento por equipe multiprofissional e especialistas. E quando há, não existe contrarreferência.

Os pontos mais complicados para a execução é a liberação de verba para produção de panfletos, a liberação da agenda do NASF e o interesse da comunidade, pois a mesma reclama de ações como esta pois diminui o atendimento ambulatorial médico, muitos afirmam que essas ações são formas encontradas pela equipe para não trabalhar.

Desejamos que ao final dessa intervenção toda a equipe de saúde da família da Unidade de Saúde do Barriga seja capaz de orientar e estimular a qualquer paciente sobre o autocuidado e controle do Diabetes melitos e prevenir o aparecimento do pé diabético, assim como todos os pacientes participantes tenham aprendido sobre o autocuidado e apoderem-se da responsabilidade com relação a prevenção, tratamento e complicações, que sejam mais ativos, participativos e que possam disseminar conhecimento a quem

interessar. Esperamos que independente dos agentes presentes na equipe, essas ações permaneçam na Unidade de Saúde e que se torne rotina.

CAPÍTULO II: Microintervenção sobre o acolhimento à demanda espontânea e programada na UBS do povoado Barriga, em Tobias Barreto (SE).

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É uma tecnologia leve, de uso das equipes na sua relação com o usuário e que se propõe a inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de Saúde, partindo dos seguintes princípios: garantir acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho com base em uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário (BRASIL, 2013).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Ela foi criada em 2003, com intuito de gerar mudanças necessárias na atenção à saúde. Este dispositivo abre espaços para a interação entre a equipe de saúde da família e os usuários da atenção básica, entre os componentes da equipe, e entre os próprios usuários, através da recepção e escuta inicial, direcionamento e tentativa de resolução do problema (BRASIL, 2004).

A implantação do acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico).

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para

escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.” Esse conceito é importante para modificar o modo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013).

Na equipe do PSF 11 em Tobias Barreto/Sergipe, existem apenas 3 trabalhadores que são constantes nos diversos locais de atendimento, a médica, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem, os atendimentos não são fixos em uma ou duas localidades. Normalmente atende-se em 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), em que os espaços são reduzidos e vários pacientes aguardam o atendimento do lado de fora, ou atende-se em escolas desativadas e pequenos domicílios alugados pela prefeitura.

Essa situação dificulta o processo de acolhimento, deixando a população e a equipe impaciente e irritada, e vai de encontro com os preceitos básicos do acolhimento, pois no campo da Saúde, o termo acolhimento é identificado como uma dimensão espacial, uma recepção formal com ambiente confortável, mas também uma ação de organização administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Há três formas de defini-lo: enquanto postura – a postura acolhedora da equipe; enquanto processo de trabalho – diretriz reorganizadora do processo de trabalho; e enquanto ferramenta – instrumento para promover o vínculo, acessibilidade, universalidade e humanização em um espaço de recepção para a escuta qualificada (SAVASSI, 2011).

Para a melhoria do processo de acolher, alguns componentes da equipe se reuniram tentando criar uma melhor maneira de implanta-lo em alguns locais de atendimento, mesmo sob diversidade.

Além da estrutura, a maior dificuldade encontrada é o interesse e comprometimento dos componentes da equipe. Em sua maioria, trabalhando há anos na mesma equipe qualquer novidade ou mudança na forma de trabalho cria um ambiente de tensão e insatisfação ao qual temos que contornar.

Foi definido quais atores acolherão os pacientes em cada localidade e como deverá ser realizado. Foi estabelecido um horário de acolhimento e estabelecida a quantidade de fichas de demanda programada e espontânea, está baseada nas necessidades da comunidade. Por exemplo, nesta época do ano os casos de gripe e resfriados se acumulam, então o acolhimento classifica quais casos necessitam de atendimento médico. Caso o paciente necessite de tratamento de urgência, o mesmo será encaminhado a unidade de pronto atendimento mais próxima, já que as Unidades Básicas de Saúde e os demais locais em que trabalhamos, não possuem instrumentos básicos para intervir.

Foi percebido que nos locais onde foi implantado o acolhimento, mesmo que de forma simples, a qualidade do atendimento melhorou, tornando mais ágil o modo de trabalho da equipe e interagindo com maior firmeza com a população.

CAPÍTULO III: Implantação de atividades educativas em saúde reprodutiva no território da Estratégia de Saúde da Família N°11, em Tobias Barreto (SE).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada para promoção de ações educativas, para comunidade, dentre as elas, as orientações sobre o pré-natal e puerpério. O processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser cidadã (BRASIL, 2002).

No desenvolvimento da microintervenção, primeiramente realizamos uma reunião com a equipe de saúde para descobrir as fragilidades da atenção à saúde sexual e reprodutiva. Percebemos que o ponto mais relevante seria a realização do atendimento a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida. Para tal, elaboramos um cronograma com ações educativas que se inicia desde a primeira consulta pré-natal à consulta puerperal. Os Agentes comunitários de Saúde (ACS) fazem a busca ativa das gestantes e damos início ao acompanhamento pré-natal. Através de grupos e das consultas individualizadas prestamos assistência multiprofissional e passamos informações e orientações sobre todo o processo do período gestacional e puerperal.

Seguimos a orientação do Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde, onde ele estabelece que os Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal através da captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; durante as consultas de pré-natal, escutamos de maneira ativa a mulher e seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; estimulamos o parto normal como ato fisiológico; solicitamos os exames necessários; atualizamos o estado vacinal; fazemos avaliação do estado nutricional da gestante, estimulamos os hábitos de vida saudável; tratamos intercorrências da gestação; registramos em prontuário e no cartão da gestante todas as informações cabíveis; orientamos sobre a Unidade hospitalar a qual está vinculada; orientamos sobre trabalho de parto; e, fazemos o acompanhamento puerperal (BRASIL, 2005).

Ainda segundo as orientações de Brasil (2005), para conseguirmos a avaliação puerperal na primeira semana, estabelecemos registros das datas prováveis do parto (DPP) das gestantes para realizar a consulta na primeira semana. A consulta pode ser realizada pela médica ou enfermeira, acompanhadas pela auxiliar de enfermagem e do ACS. Junto a consulta puerperal, iniciamos as consultas de puericultura, fazendo uma avaliação integral e conjunta entre puérpera e recém-nascido. Abordamos questões relacionadas as possíveis intercorrências gestacionais pela qual a gestante passou; orientamos sobre o puerpério normal ou suas complicações; o aleitamento materno exclusivo ou não e, as técnicas corretas de amamentação; a prescrição de medicações suplementares; o desenvolvimento e crescimento do recém-nascido; sobre o planejamento familiar; e, a continuidade das consultas de maneira programada.

Esperamos que essa mudança, na visão do atendimento puerperal e do recém-nascido na primeira semana de vida, permita uma adequação melhor as atribuições legais da portaria nº 596, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, quando considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania; que existe a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país, mesmo observando que em nosso território essas taxas são baixas; e, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2000).

“Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção” (BRASIL, 2005, p.7).

Com a microintervenção percebemos como é comum que os menores atos do cotidiano se transformem em questões e dúvidas quando da descoberta da gravidez. Assim,

tal como a nutrição, o desporto ou a sexualidade, também o lazer e a higiene são alvo de questionamento, durante os meses de gestação.

As principais dificuldades encontradas estiveram relacionadas com a falta de interesse das gestantes e seus parceiros de participarem das ações educativas referentes à gestação e ao planeamento familiar e a negação ao uso de preservativo ou camisinha, em ambos os sexos.

CAPÍTULO IV: Planejamento da microintervenção para melhoria do atendimento multiprofissional aos pacientes de Saúde Mental do Povoado Barriga, em Tobias Barreto (SE).

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição ‘oficial’ de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a ‘saúde mental’ é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (COSTA, 2011).

Este trabalho tem como objetivo desenvolver uma ação multidisciplinar e melhorar o acesso aos pacientes em sofrimento psíquico, na Unidade Básica da Família do Povoado Barriga em Tobias Barreto, Sergipe.

A equipe de saúde se reuniu para organizar uma ação de enfoque contínuo aos pacientes de Saúde Mental. Inicialmente, estabelecemos a necessidade da relação dos nomes dos pacientes e seus responsáveis, endereços, patologia (caso diagnosticada), profissionais que o acompanham, medicações utilizadas e a quanto tempo utilizam. Esses dados serão atualizados trimestralmente, para mantermos um melhor controle sobre o acompanhamento de cada paciente.

Discutimos a necessidade que reinserção desses pacientes a comunidade, e a aplicação de ações que rompesse, mesmo que de forma simplória, os preconceitos sobre esses pacientes. Outro fator importante, é o entendimento da própria doença pelo indivíduo, pois os mesmos não entendem, aceitam ou querem conviver com a doença e seu processo de saúde.

Um dos maiores desafios será levar entendimento sobre a doença pelos pacientes e seus familiares. Muitos familiares solicitam medicações que deixam os pacientes dopados pois não desejam ou não conseguem se responsabilizar pela situação. Em muitos casos, existe a necessidade de acompanhamento não só do paciente, mas da família também. Outro desafio, será fazer que os pacientes entendam a necessidade de acompanhamento multidisciplinar, pois muitos pensam que o tratamento é apenas medicamentoso.

O apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é de suma importância para evolução do quadro do paciente. Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. Temos ainda, o Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF) como outro instrumento de suporte.

O que visamos para o futuro próximo é a proximidade do indivíduo com a Equipe de Saúde da Família, dando o suporte necessário para torná-lo autônomo, transformando a si e o seu meio.

O respeito a um sujeito autônomo acontece quando se reconhecem as capacidades e as perspectivas pessoais, incluindo o direito de ele examinar e fazer escolhas, para tomar atitudes baseadas em suas convicções e valores pessoais. De acordo com Costa (2011), ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e sentir-se autônomo se está angustiado pela pobreza, privado da educação básica ou se vive desprovido da ordem pública.

Em Tobias Barreto, temos implantada uma equipe de CAPS e uma equipe de NASF, as quais encaminhamos pacientes inseridos em diversos quadros patológicos. Dificilmente, temos contra referência dos casos encaminhados. Na maioria das vezes, quando o paciente retorna à consulta para atualização de receita, somos informados sobre o tratamento através do próprio.

CAPÍTULO V: Microintervenção para promoção de ações voltadas à atenção à saúde da criança na ESF 11, em Tobias Barreto (SE).

Segundo Brasil (2012), o Crescimento é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento, que poderá ou não ser atingido, dependendo das condições de vida a que esteja submetido desde a concepção até a idade adulta. Portanto, pode-se dizer que o crescimento sofre influências de fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações, muitas vezes correlacionados, ou seja, podem ser geneticamente determinadas) e de fatores extrínsecos, dentre os quais destacam-se a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança.

Já o Desenvolvimento é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais.

Para o preenchimento do questionário referente as ações preconizadas pelo PMAQ, realizamos uma reunião com todos os membros da equipe. Não encontramos dificuldade para reunir a equipe, pelo contrário, todos se prontificaram a participar e contribuir com as decisões acordadas. Através do questionário percebemos que cometemos falhas no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

As questões relacionadas ao estado nutricional e acidentes não vem sendo relacionadas às ações que promovemos no acompanhamento das crianças. Decidimos realizar o acompanhamento dessas questões através de busca ativa, e da atualização mensal da relação das crianças acometidas.

As maiores dificuldades estão relacionadas à aceitação das famílias em modificar os hábitos alimentares e explicá-las como prevenir acidentes. Para tal, realizaremos atendimentos individuais, principalmente durante a puericultura; grupos e palestras informativas; ações educativas nas escolas.

O processo da intervenção está abrindo nossos olhos para melhorar a atenção as crianças da região. Esperamos que através dos grupos, as crianças tenham conhecimento dos seus direitos e deveres como cidadãos, e disseminem o conhecimento.

CAPÍTULO VI: Promoção de ações voltadas à população com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na ESF 11, em Tobias Barreto (SE).

Na realidade brasileira ocorre um processo, seguindo tendência mundial, constituído por dois fenômenos: o primeiro, chamado de ‘transição demográfica’, devido a diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida; e o segundo, denominado de ‘transição epidemiológica’, caracteriza-se pela mudança no perfil de morbimortalidade. Como consequência de ambos, verifica-se um aumento progressivo da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, tendência essa que deverá se ampliar nas próximas décadas, bem como a presença de diversidades regionais decorrentes das diferenças sócio econômicas e de acesso aos serviços de saúde, polarizando esse modelo de transição (BRASIL, 2013a).

A Hipertensão Arterial, o Diabetes, Cânceres e as Doenças Respiratórias Crônicas representam as principais Doenças Crônicas não Transmissíveis. Consideradas silenciosas, por se desenvolver ao longo da vida, e responsáveis por 72% óbitos no Brasil. Segundo Ministério da Saúde aproximadamente 57,4 milhões de pessoas possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) no país. Existem alguns fatores que favorecem o seu desenvolvimento no organismo: fatores genéticos, sexo e idade, além de hábitos e comportamentos de risco com inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo e o abuso de bebidas alcoólicas. Nesse sentido, a promoção, prevenção e controle dos fatores de risco das DCNT são de suma importância para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2013b).

Através de ações individuais e em grupo, a equipe do PSF11 de Tobias Barreto, promove reuniões informativas aos usuários que apresentam alguma dessas patologias, aos seus cuidadores e demais interessados. Como informações-chave, orientamos sobre: aferição de pressão arterial com regularidade; alimentação saudável, onde deve-se evitar a ingestão de sal, bebidas alcólicas, açúcares e doces, derivados de leite na forma integral, gorduras, carnes vermelhas com gorduras aparente e vísceras, a preferência a alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, temperos naturais, produtos lácteos desnatados; necessidade da prática de atividade física durante pelo menos três dias por semana; e sobre como evitar o tabagismo.

Em associação as ações em grupo, no atendimento individualizado, utilizamos de intervenções farmacológicas; fazemos a triagem de fatores de risco ou diagnóstico precoce de doenças, através de exames de rotina e controle; tratamos lesões precursoras; e reiteramos a necessidade de uma alimentação saudável e atividade física; acionamos equipes multiprofissionais em casos extremos, e encaminhamos a especialistas.

Em associação as ações em grupo, no atendimento individualizado, utilizamos de intervenções farmacológicas; fazemos a triagem de fatores de risco ou diagnóstico precoce de doenças, através de exames de rotina e controle; tratamos lesões precursoras; e reiteramos a necessidade de uma alimentação saudável e atividade física; acionamos equipes multiprofissionais em casos extremos, e encaminhamos a especialistas.

CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Micro intervenção para melhoria do controle glicêmico e prevenção do pé diabético na UBS do Povoado Barriga, em Tobias Barreto (SE).	A partir dessa intervenção tentamos minimizar o desenvolvimento do pé diabético na população, através de medidas como a adesão ao tratamento, o controle glicêmico, e o autocuidado dos pacientes portadores de diabetes mellitus adscritos.	Atualização da equipe de saúde; Promoção do autocuidado e controle do Diabetes mellitus; Prevenção do aparecimento do pé diabético.	Manutenção periódica das atividades educativas, distribuição de panfletos, orientando sobre controle glicêmico para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso.
Micro intervenção sobre o acolhimento à demanda espontânea e programada no município de Tobias Barreto (SE).	A equipe planejou uma micro intervenção baseada na organização e o acolhimento dos usuários lidando com as necessidades de saúde da comunidade através de sala de espera.	Melhoria na qualidade do atendimento melhorou; Maior agilidade e integração do processo de trabalho da equipe; Melhor interação com a comunidade.	Manter o acolhimento e utilizar a sala de espera para orientar e trocar experiências com os pacientes.
Implantação de atividades educativas em saúde reprodutiva no território da ESF nº11, em Tobias Barreto (SE).	A intervenção abrangeu a realização da promoção de ações educativas, para comunidade, dentre elas, orientações sobre a sexualidade, pré-natal e puerpério.	Melhoria no acesso e no atendimento relacionado a sexualidade, gestação, puerpério e atenção ao recém-nascido.	Manutenção das atividades educativas desenvolvidas; Garantia da qualidade nos atendimentos às gestantes, puérperas e recém-nascidos.
Planejamento do atendimento multiprofissional aos pacientes de saúde mental do	Esta intervenção teve como objetivo desenvolver uma ação multidisciplinar e melhorar o acesso aos	Maior aproximação dos usuários com a Equipe de Saúde da Família,	Continuar a reinserir os pacientes a comunidade; Aplicar ações que diminua o preconceito sobre esses pacientes;

Povoado Barriga, em Tobias Barreto (SE).	pacientes em sofrimento psíquico tendo como enfoque a relação dos pacientes, suas medicações e os profissionais que os acompanham.	melhorando o suporte necessário e a autonomia, transformando a si e o seu meio.	Manter atualizada a relação dos usuários e seu tratamento.
Micro intervenção para promoção de ações voltadas à atenção à saúde da criança na ESF 11, em Tobias Barreto (SE).	Foi realizada uma reunião para o preenchimento do questionário referente as ações preconizadas pelo PMAQ, onde discutimos sobre ações relacionadas a vacinação, crescimento e desenvolvimento, acidentes, violência familiar, estado nutricional, teste do pezinho e sobre busca ativa.	Melhorias no processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; Sensibilização para trabalhar aspectos relacionados ao estado nutricional e acidentes.	Manter atualizada a caderneta da criança, seu estado nutricional, crescimento, desenvolvimento e vacinação.
Promoção de ações voltadas à população com doenças crônicas não transmissíveis na ESF 11, em Tobias Barreto (SE).	A mudança de hábitos e o envelhecimento da população brasileira está modificando o perfil epidemiológico relacionado às DCNT. Durante a intervenção a equipe refletiu sobre seu processo de trabalho e planejou ações que favoreçam a prevenção e acompanhamento dos usuários.	Maior controle e melhoria na qualidade de vida dos pacientes.	Manter: as ações em grupo; o atendimento individualizado; as intervenções farmacológicas; a triagem de fatores de risco e/ou o diagnóstico precoce de doenças, através de exames de rotina e controle; o tratamento de lesões precursoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde da família, avalia os indicadores de saúde de sua área, conhecendo a realidade das famílias pelas quais é responsável, assim identifica os problemas de saúde mais comuns e elabora um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde.

Diante do exposto nas microintervenções, constatamos a necessidade de que os profissionais de saúde e a comunidade necessitam discutir e trocar experiências sobre o processo saúde-doença. É necessária a constante capacitação dos profissionais de saúde para orientar e estimular os usuários sobre prevenção, autocuidado e sobre as principais doenças presentes na Atenção Básica, e através dessas orientações desejamos que os usuários tenham autonomia.

Mesmo com toda sua limitação, o serviço prestado pela ESF é valorizado pela população e se percebe a importância que ela tem na mudança de percepção da saúde na Atenção Primária. Percebemos que para a melhoria do serviço, há a necessidade de contrarreferência e uma maior proximidade com as equipes de CAPS e NASF presentes no município.

REFERÊNCIAS

ANDRADE N. H. S. et al. Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010. v.18, n.4, p.616-21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN): documento orientador de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2000.

COSTA, J. R. E. Respeito à autonomia do doente mental: um estudo bioético em clínica psiquiátrica. **Revista - Centro Universitário São Camilo**. v.5, n.1, p.65-75, 2011.

POLICARPO, N. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.35, n.3, p.36-42, 2014.

SAVASSI, L. C. M. **Iniciação à prática de ESF**. Faculdade Senac: Belo Horizonte, 2011.

Apêndices 1: Matriz de intervenção do capítulo I, 2018.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO						
Descrição do padrão: A equipe de atenção básica identifica e mantém registro atualizado de todos os diabéticos do seu território e organiza a atenção com base na sua classificação de risco.						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A equipe de atenção básica não faz busca ativa para identificar e manter o registro atualizado de todos os diabéticos do seu território e não organiza a atenção com base na sua classificação de risco.						
Objetivo/meta: Fazer busca ativa para identificar e manter o registro atualizado de todos os diabéticos do seu território e organiza a atenção com base na sua classificação de risco.						
Estratégias para alcançar os objetivos /metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Organizar um cronograma	Busca ativa na comunidade	Painel/Cadastros (Tablets)	Atualização dos cadastros	Médica/Enfermeira/ACS	Mensalmente	Comparativo trimestral dos dados
Ações individuais e conjuntas	Palestras sobre doença	Panfletos/Data Show/	Conscientização da comunidade	NASF/Médica/Enfermeira/Auxiliar de enfermagem/ACS	Trimestralmente	Comparativo trimestral das ações

Apêndice 2: Questionário da Microintervenção V, 2018.

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	

Estado nutricional		X
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes		X
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Apêndice 3: Questionário da Microintervenção VI, 2018.

QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO	Em relação às pessoas com Hipertensão Arterial		Em relação às pessoas com Diabetes Mellitus	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
QUESTÕES				
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	7 Dias		7 Dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?		X		X
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		X

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