

**DO MICRO AO MACRO: MICROINTERVENÇÕES GERANDO
MACRORRESULTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO
DE SÃO MIGUEL DO GOSTOSO-RN**

DO MICRO AO MACRO: MICROINTERVENÇÕES GERANDO
MACRORRESULTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL
DO GOSTOSO-RN

EZIELI DIAS RIBEIRO DE ARAUJO

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: Isaac Alencar Pinto

(Elemento Opcional)
DEDICATÓRIA

Agradeço a todos que fizeram parte desta caminhada ao meu lado....

RESUMO

Este trabalho apresenta alguns relatos de experiências e tem como referência a população atendida por uma unidade de Estratégia de Saúde da Família no município de São Miguel do Gostoso; a UBSF SERRA VERDE, uma UBSF de Zona Rural, a qual atende a 12 distritos do município, situado na microrregião do litoral nordeste, Mesorregião do Leste Potiguar no Estado do Rio Grande do Norte. A população residente permanente estimada é de 9.606 habitantes em 2017.

Por meio de tais relatos procurou-se abordar as dificuldades, anseios e carências vividas diariamente pela população e profissionais de saúde e quais as medidas foram tomadas para tentar amenizar tais necessidades e promover a humanização da assistência quanto a relação: equipe de saúde na unidade básica e o paciente.

Este trabalho procurou mostrar a assistência à saúde na perspectiva do usuário: melhor acolhimento, atendimento e maior acesso a informação e na perspectiva dos profissionais: necessidade de melhorias nas condições de trabalho e na gestão do fluxo de trabalho de maneira a melhor atender as diferentes demandas.

Palavras-chave:

Humanização; assistência à saúde; microintervenção; gestão.

ABSTRACT

This paper presents some reports of experiences and has as reference the population served by a Family Health Strategy unit in the municipality of São Miguel do Gostoso; the UBSF SERRA VERDE, a UBSF of Rural Area, which serves 12 districts of the municipality, located in the microregion of the northeast coast, Mesorregião do Leste Potiguar in the State of Rio Grande do Norte. The estimated permanent resident population is 9,606 in 2017.

The purpose of these reports was to address the difficulties, anxieties and needs experienced daily by the population and health professionals and what measures were taken to try to alleviate such needs and promote the humanization of care as regards the relationship: health team in the basic unit and the patient.

This work aimed to show health care from a user perspective: better reception, care and greater access to information and from the perspective of professionals: need for

improvements in working conditions and workflow management in order to better meet the different demands .

Keywords:

Humanization; health care; micro-intervention; management

SUMÁRIO

Insira aqui um sumário para seu trabalho.



APRESENTAÇÃO

Tendo como discussões, as rodas de conversas entre os profissionais da equipe de saúde da família da UBSF SERRA VERDE, localizada no município de São Miguel do Gostoso/RN, verificou-se que a desorganização da demanda espontânea surgia como uma dificuldade corriqueira que se apresentava inicialmente como o maior problema da unidade de saúde. Partindo dessa constatação foi promovido algumas medidas no intuito de reestruturar os atendimentos de acordo com os grupos de maiores demandas. Paralelo a isso observou-se outras carências que buscaram ser sanadas mediante ações educativas, ações sociais, palestras e pequenas adequações no cronograma de atendimentos e forma de abordagem que promoveram uma melhoria na relação equipe-paciente mesmo contando muitas vezes com a escassez de recursos e investimentos na UBSF e para os profissionais envolvidos.

Dessa forma o presente trabalho trouxe seis relatos de experiências mostrando de modo resumido como foi identificado determinada carência, quais as dificuldades encontradas para sua resolução e como se procedeu a abordagem para resolução do problema apresentado. Tendo como ponto de partida observações no cotidiano de trabalho e coleta de dados secundários.

CAPÍTULO I: Arboviroses como foco de melhorias na minha ESF.

Este relato de experiência traz como objeto de estudo as arboviroses e a dificuldade permanente da ESF em educar a população rural/urbana para a prevenção permanente e principalmente sazonal do surgimento de novos focos do vetor que transmite doenças como a dengue, chikungunya e Zica.

O estudo foi realizado tendo como referência a população atendida por uma unidade de Estratégia de Saúde da Família no município de São Miguel do Gostoso; a UBSF Serra Verde, situado na microrregião do litoral nordeste, Mesorregião do Leste Potiguar no Estado do Rio Grande do Norte. A população residente permanente estimada é de 9.606 habitantes em 2017 segundo o IBGE.

Contribuíram para o desenvolver deste relato de experiência 6 agentes comunitários de saúde, enfermeira, médica, técnica de enfermagem e dentista como integrantes da equipe básica de saúde, educador físico e nutricionista como representantes da equipe NASF. O período da coleta de dados e respostas ao questionário da AMAQ correspondem as informações obtidas no primeiro trimestre de 2018. Foram realizadas 3 reuniões com o objetivo de que fossem respondidos os questionários em coletivo. A primeira com o intuito de capacitar e orientar aos agentes comunitários e demais colaboradores sobre o objetivo deste estudo; contribuir para o diagnóstico situacional e através deste poder propor mudanças, investir recursos e otimizar a atenção primária junto aos gestores, profissionais de saúde e comunidade como um todo. Ainda neste encontro foram discutidos nossas principais fragilidades e potencialidades e anotados os pontos relevantes.

Em um segundo momento foram levantados os principais problemas de saúde, social e ambiental (incluindo moradia, vias de acesso, poluição e saneamento), ambiente socioeconômico (escolaridade, ocupação, renda e atividades desenvolvidas na comunidade). Dentre as várias situações problemáticas levantadas, destacou-se a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus, Síndrome metabólica, doenças osteomioarticulares de cunho laboral, doenças psicossomáticas e neuroses também se destacaram, todas com pontuação próximas a 5 pelo AMAQ, porém achamos de grande relevância a abordagem uma vez mais da disseminação rápida sazonal dos focos do vetor que transmite Arboviroses.

Esse é um grave problema de saúde que, apesar das intervenções e educação populacional anuais, voltamos a sofrer as consequências desta epidemia sempre no período de chuvas, sobrecarregando a atenção primária e secundária.

Na terceira oficina consideramos importante levantar os fatores influentes na comunidade responsáveis pela permanência dos focos. A disposição de serviços prestados a comunidade como água potável e disposição de lixo e esgoto deficientes são fatores importantes, uma vez que a acessibilidade a água potável regularmente por encanamento, evita que a população armazene água em tambores, baldes, cisternas entre outros. Estes fatores, nos fazem entender qual a origem do problema e de que maneira podemos planejar uma intervenção. O grau de instrução e escolaridade dos moradores foi também outro fator relatado pelos agentes comunitários de saúde, já que muitos se recusam escutar as orientações dos profissionais de saúde nas campanhas.

Como fruto deste planejamento pensamos em levar informação de forma continuada aos usuários da UBSF Serra Verde. Uma vez que as rodas de conversa fora do ambiente institucional, reduziu muito o número de ouvintes, decidimos realizar pequenas conversas na sala de espera, aproveitando assim o grande fluxo da demanda espontânea e também a variedade dos públicos. Prevenir a infecção pelo vírus da chikungunya no usuários da terceira idade evita uma atenção prolongada pelos serviços de saúde pública, pois na fase de cronificação da doença estes buscam a atenção secundária em períodos de agudização das mioartralgias. Outros usuários seguem o mesmo fluxo pela descompensação de suas doenças de base, são pacientes portadores de doenças crônicas como hipertensos e diabéticos.

Obteve um papel importante a ação da vigilância sanitária e agente epidemiológico para estabelecer quais eram as principais áreas afetadas e as mais vulneráveis, considerando os fatores de risco em seu entorno (morbi-mortalidade) e o índice de pobreza. As casas onde foram encontrados focos, foram notificadas e receberam a visita pela equipe da UBSF. A gestão, se uniu a saúde promovendo caminhadas, mutirões e regularizando a coleta de lixo.

Como fruto deste processo foi apresentado a gestão, representantes do conselho comunitário e profissionais de saúde uma breve estimativa situacional que incorpora aspectos estruturais comunitários e institucionais, socioeconômicos, epidemiológicos, de cidadania e acessibilidade aos serviços de saúde. Tendo sido recebido com satisfação e

muita expectativa. Esta microintervenção traz perspectivas de melhoria e de novas propostas frente a esta problemática.



CAPÍTULO II: Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento

O acolhimento no ambiente de saúde tem sido uma das ferramentas mais importantes para identificação das necessidades dos seus usuários e criação de vínculo com a população. No processo de acolhimento ocorre uma conversa entre o usuário e a pessoa a qual se encontra naquele momento a disposição para ouvi-lo, nessa troca de diálogos a cerca geralmente da sua necessidade de procura à unidade de saúde, o usuário é orientado a respeito de como proceder para resolução do seu problema, de modo que o mesmo possa ser atendido no mesmo dia de acordo com os critérios de classificação de risco ou possa ser reagendado para o próximo horário do turno, ou para o próximo dia de acordo com a disponibilidade do usuário que também deve ser levado em consideração.

Em toda Unidade de Saúde deve haver um local adequado para que seja realizado o acolhimento, o qual é importante ressaltarmos que difere de triagem, pois o objetivo do mesmo é bem mais abrangente e complexo comparado à triagem que se refere aos dados clínicos do paciente como aferição de pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, glicemia, dentre outros. O acolhimento pode ser feito pelo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, pelos agentes comunitários de saúde, ou seja, por todo profissional de saúde que seja qualificado e que possa ouvir o usuário e adotar uma conduta de orientação e encaminhamento adequado para o serviço ou profissional competente, de acordo com as necessidades do usuário.

O projeto de intervenção selecionado baseou-se na necessidade de preparo da Equipe de Saúde da Família Serra Verde para implantação de forma adequada do acolhimento durante as práticas de saúde, pois foi observado que a mesma não dispõe de mecanismos que possam facilitar a escuta e acesso dos usuários ao serviço de saúde na atenção básica de modo a ampliar o acesso das demandas espontâneas na unidade tomando conhecimento das necessidades reais da população. Deste modo a intervenção tem como objetivo aperfeiçoar à equipe para implantar o acolhimento na assistência à saúde.

No acesso avançado temos uma inversão no modelo tradicional de saúde, o qual passa a possuir um menor número de agendamentos, cerca de 30% e passa a ter uma maior abertura na agenda para o público referente à demanda espontânea, cerca de 70%. Busca em média atender 15 pessoas por turno sem agendamentos, e traz como intuito potencializar as ações de prevenção, pois no momento em que o usuário está presente no serviço fica mais fácil de identificar as principais doenças presentes na comunidade e como

elaborar um plano de ação com toda equipe para tratar e prevenir as enfermidades mais comuns.

Isso não significa que os agendamentos não deverão existir, pelo contrário, pode ser realizado o atendimento dos programas, porém dando prioridade para os casos que realmente necessitam de intervenção naquele momento, por exemplo, no momento da consulta de crescimento e desenvolvimento a criança não apresentava nenhuma queixa, uma semana depois a mãe retorna a unidade com a criança apresentando febre e tosse cheia á três dias, neste momento além da consulta direcionada as queixas da criança, poderia ser realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento trabalhando-se com a mãe os cuidados com a criança e a importância da alimentação adequada, higiene e segurança.

A partir do momento em que a equipe de saúde da família passa a entender o seu papel como profissional no acolhimento o vínculo com a população passa a fluir de forma mais adequada. Agora é importante pactuar com a população a maneira de acolhimento que está sendo implantada na unidade, por isso é essencial que tanto os profissionais como os usuários entendam como se dá esse processo.

Será realizado inicialmente um treinamento com os profissionais da Equipe Serra Verde sobre o Acolhimento, sua importância, quem pode realiza-lo, os profissionais que podem fazer a classificação de risco e como a mesma se dá, realizar um levantamento das demandas mais comuns na unidade de saúde, pactuar com a equipe formalmente e discutir os seus critérios durante as reuniões de equipe, selecionar prazos curtos para que a população possa ser assistida de preferência no mesmo dia, elucidando o vínculo com o usuário e sua responsabilização, por fim ao concluir essas etapas pactuar com os usuários, para que os mesmos possam ter conhecimento e entendam a nova maneira implantada pela unidade de saúde de acolhimento, que visa uma ampliação para facilitação do acesso dos usuários ao serviço de saúde.

Se tratando de uma equipe de saúde da zona rural, muitas das informações abordadas podem ser modificadas, pois muitas vezes os usuários moram em microáreas distantes as quais por possuírem população menor não dispõem da equipe diariamente nesses locais. Os atendimentos nas maiores micro áreas são mais presentes, em média uma vez na semana nas maiores. Em algumas microáreas quando há necessidade de reagendamento, nem sempre o atendimento se faz possível em 24 ou 48 horas, pois a equipe só vai estar lá novamente às vezes uma semana depois, por isso os desafios e as

responsabilidades são cada vez maiores quando se trata dessa população, levando em consideração que a cada dia estamos em micro áreas diferentes.

Deste modo fica mais evidente ainda a importância da capacitação dos profissionais de saúde para um acolhimento adequado, para que os usuários e profissionais de saúde possam ter uma boa relação pessoal e para que as situações que chegam diariamente na unidade de saúde possam ser resolutivas.



CAPÍTULO III: Pré-natal e saúde da gestante: o papel fundamental de minha ESF

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido. O Estado e os municípios devem garantir à gestante vinculação entre a unidade que presta o pré-natal e a maternidade, garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos para garantir o pré-natal, captação precoce da gestante, garantia na realização dos exames complementares, incentivo ao parto normal, atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido, dentre outros serviços.

O pré-natal visa realizar o acolhimento da mulher, desde o descobrimento da gestação, assegurando um nascimento saudável da criança e garantia do bem estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal humanizada e qualificada se dá por meio de condutas acolhedoras, de fácil acesso ao serviço de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e recém-nascido. A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê reduzindo os riscos para a gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiência e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

A gestação é um período onde é comum o surgimento de dúvidas sobre diversas questões que envolvem o corpo da mulher, sua saúde e a do bebê. Diante desta percepção, a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), juntamente com o NASF, buscou proporcionar esclarecimentos às gestantes através de atividades de educação em saúde. Venho através deste, relatar a experiência de atividade de educação em saúde com gestantes atendidas na UBS de zona rural Serra Verde, do município de São Miguel do Gostoso/Rio Grande do Norte.

Finalidade da experiência

- Proporcionar às gestantes participantes do programa de pré-natal das unidades básicas de saúde informações e atividades relacionadas ao desenvolvimento de seu processo gestacional, desde o início da gravidez assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal;
- Realização de, no mínimo sete ou mais consultas de pré-natal, com captação precoce das gestantes com a realização da primeira consulta de pré-natal até cento e vinte dias da gestação;
- Desenvolver atividades educativas com multiprofissionais, a serem realizadas em grupo, com linguagem clara e compreensível;
- Abranger os assuntos relacionados à saúde durante gestação, parto, pós-parto, cuidado ao recém-nascido, direitos e deveres da gestante;
- Proporcionar trocas de experiências entre as mulheres e profissionais;
- Orientar as gestantes a realizar adequadamente o pré-natal e o puerpério.

A atividade ocorreu nos meses de maio e junho de 2018, consistindo em encontros semanais efetuados no dia em que eram realizadas as consultas de pré-natal. Foram apresentadas palestras e dinâmicas desenvolvidas pela equipe em parceria com o NASF, abordando temas como saúde bucal da mãe e do recém-nascido, alimentação saudável, amamentação, atividade sexual e mitos e verdades sobre a gravidez. Ao todo foram realizados 6 encontros com participação média de 10 gestantes. Esperava-se com esta ação promover aproximação entre equipe e gestantes, esclarecer dúvidas e transmitir informações.

A realização dos grupos de sala de espera proporcionou um espaço de escuta e interação entre as gestantes e equipe, o que, muitas vezes, não é possível pela grande demanda de atendimentos no serviço de saúde. Além disso, a abordagem dinâmica/interativa adotada possibilitou a valorização do conhecimento das gestantes sobre o período vivenciado, permitindo que opinassem e sugerissem temas de sua necessidade e interesse. Assim, foi possível esclarecer dúvidas, bem como, fortalecer o vínculo das gestantes com a UBS.

A atividade possibilitou interação entre equipe e gestantes. Percebeu-se a necessidade de tornar esta atividade permanente, pois a informação é fundamental para a autonomia do cuidado em saúde, em especial no pré-natal e puerpério. Sugere-se, portanto, a manutenção destas atividades pelas equipes das UBS e a inclusão de profissionais e gestores que contribuam para este tipo de ação.

CAPÍTULO IV: A linha de cuidado em Saúde Mental começa por minha ESF

Buscando melhorar a integração da Estratégia de Saúde da Família Serra Verde, em São Miguel do Gostoso – RN com os usuários da zona rural que apresentam doença mental, em sofrimento psíquico e dependência de álcool e outras drogas, durante o mês de setembro aproveitando que o mesmo integra a campanha de prevenção ao suicídio, foi trabalhado nas microáreas assistidas pela nossa equipe o tema da campanha e realizadas orientações a respeito da saúde mental.

Toda a equipe de saúde foi integrada a essas ações, os agentes comunitários de saúde convidaram os usuários de suas microáreas tanto os que se apresentavam dentro dos quadros de saúde mental como a população geral, para que pudessem assistir as palestras as quais eram articuladas pela nossa equipe junto ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Neste momento aproveitamos para identificar e orientar os usuários a respeito de como os mesmos que se sentissem enquadrados em alguns desses temas abordados pudessem conversar com a equipe e serem encaminhados a uma consulta com o médico e/ou enfermeira e a partir daí pudessem ser assistidos pelo NASF com o auxílio da psicóloga, e avaliado a necessidade de acompanhamento com o profissional psiquiatra, que poderia indicar o acompanhamento pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade.

Esse tema da saúde mental é de grande importância de ser abordado, tendo em vista que existe um número considerável da nossa população que apresenta algum tipo de transtorno mental na área, são muitos usuários em uso de drogas psicoativas e muitas vezes não temos o retorno desses pacientes para ser conversado e avaliado o uso contínuo dessas medicações, e acaba que o mesmo quando vai ao serviço procura apenas a renovação das receitas e já retornam para suas casas.

Nossa intervenção teve como objetivo buscar os usuários que apresentavam esses transtornos como forma de reaproximá-los do serviço de saúde, assim como identificar novos casos na área, podendo desta forma abordar precocemente e intervir o quanto antes atuando com a equipe multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial, que integra desde a porta de entrada desses usuários no serviço de saúde que ocorre na ESF, ao NASF e aos CAPS.

Durante a reunião de equipe e matriciamento junto ao NASF no mês de agosto de 2018, resolvemos abordar no mês seguinte junto a campanha do setembro amarelo temas que englobassem a saúde mental no geral. Com isso estamos realizando durante o mês de setembro palestras educativas e rodas de conversas sobre a prevenção ao suicídio, transtornos psíquicos como a depressão, dependência do álcool e outras drogas. Foi acordado que todas as microáreas assistidas pela equipe iriam trabalhar em um dia de

atendimento essas temáticas, e que os agentes de saúde convidariam os usuários para participarem junto à equipe de saúde e o NASF da atividade.

Observamos os usuários em sofrimento psíquico não compareceram em quantidade significativa as atividades realizadas, a população apresenta bastante resistência para ouvir a respeito do tema saúde mental. Eu como profissional de saúde e junto à equipe a qual trabalho, avaliamos que sempre se faz necessário um aperfeiçoamento na temática, pois na prática apresentamos um pouco de dificuldade de como abordar e identificar essas pessoas para que sejam tratadas precocemente. Também outro fator que dificulta o nosso trabalho na atenção básica é o fato de ao referenciarmos nossos pacientes, não recebermos do profissional seguinte à contra referência, o que dificulta bastante a continuação do nosso trabalho junto aquele usuário.

Mas com tudo isso durante as atividades já realizadas, pudemos observar que existem muitas pessoas que desejam procurar ajuda e com as palestras e a roda de conversas, conseguiram se abrir e a equipe conhecer e trazer essas pessoas para mais perto de nós e da nossa articulação junto a rede de atenção psicossocial. Mostramos que estamos abertos a receber qualquer pessoa que esteja sofrendo psicologicamente, assim como com algum vício o qual está prejudicando seu contato com si mesmo e com o seu meio social.

Desta forma essa intervenção está possibilitando a equipe de saúde articulada ao NASF, que juntos possam mostrar para a população da área rural que eles também têm o direito de serem acompanhados e tratados à respeito de suas necessidades de saúde mental, que a equipe de saúde da família está ali para trata-los de forma integral e que eles podem sim contar conosco. Já notamos à procura de algumas poucas pessoas com sinais e sintomas dos assuntos abordados e esperamos que através dessa intervenção possamos ter uma maior proximidade desses usuários e uma maior articulação com os demais integrantes da rede de atenção psicossocial.

Realizamos itinerário terapêutico de uma parcela dos pacientes de saúde mental da equipe, dentre eles a colaboradora M.J.C 60 anos, que faz uso de medicações para controle de transtorno depressivo, hoje se encontra compensada do quadro, porém a mesma relata que passou por avaliação de três especialistas diferentes para a obtenção do diagnóstico. O delongar de encaminhamentos, esperas, agendamentos, podem agravar os problemas de saúde mental, como encontrado em algumas narrativas que compuseram os itinerários. Neste contexto, existe um longo e árduo caminho desconhecido a ser desbravado pelo paciente frente a uma doença, o que só faz aumentar a angústia, o sofrimento e a insegurança.

Segue o relato: “O cardiologista encaminhou pro psiquiatra e falou: seu problema é mais psicológico, não era assim tanto problema do coração. E então eu tratei com o psiquiatra e já tem um bom tempo que tava ficando muito pesado, porque era caro, tinha que

ir todo mês, não tinha retorno. Aí eu marquei a consulta no plano de saúde, eu tinha um plano de saúde lá com o doutor, neurologista. Aí ele me dava as receitas e eu comprava os medicamentos e tava tomando os medicamentos. Depois nós perdemos o convênio, eu trouxe a receita e tirei o xerox da receita e eles prescreveram aqui no posto e eu pegava e comprava os medicamentos, pegava, ainda pego até hoje. Então, depois, o médico anterior daqui do PSF me encaminhou pro neurologista porque não podia, meus remédios eram de faixa preta não podia ser tomado assim sem controle, que eu tinha que fazer o controle. Aí eu fui pro neurologista e o neurologista me encaminhou pro psiquiatra, aí eu esperei quase uns dois anos para passar pelo psiquiatra [...] Ele tirou os medicamentos e me deixou só com 3 medicamentos controlados [...] E eu tô me sentindo melhor com eles, graças a Deus.” (Colaboradora, casada, 60 anos, do lar)

Nota-se que, quando se cria um vínculo com o serviço de saúde, a paciente mostra-se satisfeita com o serviço e tende a procurar atendimento diretamente na unidade onde recebeu o melhor acolhimento e teve maior resolutividade dos problemas. É de extrema importância para os profissionais da área de saúde o conhecimento do itinerário terapêutico dos pacientes, para a compreensão de como os indivíduos e os grupos sociais realizam suas escolhas, fazem a busca por cuidados, quais os fatores que determinam a adesão ou não adesão aos tratamentos e como é vivenciado o processo de adoecimento, para a definição de estratégias mais eficazes em saúde.

CAPÍTULO V A linha de cuidado em saúde da criança começa por minha ESF

A assistência à saúde da criança se dá na Atenção Básica principalmente pelo primeiro contato que temos com o bebê após o seu nascimento, desde então o mesmo já inicia o seu acompanhamento na consulta de CeD (Crescimento e Desenvolvimento). O conhecimento do bebê ocorre na visita domiciliar no pós-parto, onde conhecemos o recém-nascido (RN), o avaliamos e a puérpera. Nesse momento podemos identificar já possíveis problemas e já iniciarmos as intervenções para que sejam realizadas pela mãe no cuidado com o recém-nascido. Geralmente as puérperas relatam dificuldades para amamentar e rachaduras nos mamilos, o sono do bebê é irregular, o medo de limpar o coto umbilical, dar banho no bebê, dentre outros.

A Visita domiciliar ao RN e puérpera é ideal que ocorra até 7 dias após o parto, pois nesse período além de poder identificar problemas potenciais no RN também pode ser realizado o teste do pezinho durante a visita. Após a visita domiciliar, a criança deve retornar para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com 1 mês de nascido, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, no primeiro ano de vida e duas consultas no segundo ano que são as de 24 meses, a partir do segundo ano, as consultas devem ser anuais próximo ao mês de aniversário.

Na nossa Unidade de Saúde as consultas são realizadas de acordo com o Caderno de Atenção Básica, nº 33: Saúde da Criança – Crescimento e desenvolvimento. As visitas domiciliares são realizadas por todos os profissionais da unidade de saúde, médica, enfermeira, dentista e técnica de enfermagem. Quando não é possível a realização da visita na primeira semana de vida, a realização da mesma é feita dentro do mês de nascimento da criança, pois como atendemos na área rural, nem sempre o acesso à casa dos usuários é fácil de ser realizado devido à distância. A primeira consulta é agendada geralmente para ser realizada pela enfermeira, a segunda pela médica e de acordo com o retorno preconizado são alternados os profissionais. Também realizamos o encaminhamento das crianças para consulta e avaliação odontológica.

A nossa intervenção foi pensada em algo que identificamos na última campanha que ocorreu no nosso município sobre a vacinação contra o sarampo e a poliomielite. Apesar de na nossa área sempre abordarmos o assunto com as mães nas consultas de CeD, achamos essencial trabalharmos o tema da vacinação junto a nossa comunidade, nas microáreas as quais fazemos atendimento, pois percebemos ainda que muitas mães não

reconhecem a importância da vacinação nas crianças para a prevenção dessas doenças e maior adesão das mesmas para vacinação dos filhos pela unidade de saúde.

Desta forma realizamos na nossa área de abrangência palestras educativas sobre a importância da vacinação, falamos sobre quais doenças eram prevenidas com as imunizações que nós oferecemos, abordamos todo o calendário vacinal preconizado pelo ministério da saúde desde o nascimento até a adolescência. Falamos sobre as reações adversas mais comuns que ocorrem em algumas das vacinas, o que fazer para amenizá-las, os intervalos entre as doses e o quanto se faz importante às crianças receberem as vacinas principalmente nessa fase inicial dos primeiros anos de vida, pois devido a fragilidade estão expostos a diversos micro-organismos que podem gerar as doenças que foram abordadas e que são preveníveis com a vacinação. Mostramos que na caderneta da criança todas as informações que repassamos estão presentes e que em caso de dúvida é fácil de consultar.

A enfermeira disponibiliza aos agentes de saúde o calendário vacinal atualizado sempre que ocorre alguma mudança em seus intervalos ou doses que são modificadas. Conversamos na reunião da equipe, sobre a importância dos agentes comunitários de saúde realizarem durante a visita domiciliar a avaliação da caderneta de vacinação da criança, para que se possa identificar precocemente as crianças com vacinas em atraso e para que sejam encaminhadas o quanto antes para a unidade de saúde para atualização. Também relembramos a importância de sempre que os pais comparecerem a unidade de saúde com a criança solicitarmos a caderneta da criança para avaliarmos a situação vacinal, pelo profissional que estiver em contato com a família no momento, podendo ser a enfermeira, médica ou a técnica de enfermagem.

As dificuldades que enfrentamos em algumas áreas foram em relação ao comparecimento de algumas mães as palestras. Percebemos que está enraizada nas pessoas a visão da atenção básica com o foco principal para tratar doenças, notamos que quando se trata de atividades de prevenção e promoção à saúde as pessoas tem maior resistência para comparecerem a unidade de saúde.

Essa visão equivocada é algo que estamos tentando corrigir na nossa área, pois estamos num processo de reeducação da população para o entendimento e conscientização da importância da participação deles nas atividades preventivas em saúde, pois é bem melhor prevenir do que apresentar as patologias.

Diante disso concluímos que no último mês as mães que compareceram na palestra sobre a importância da vacinação se fizeram mais presente tanto nas consultas de CeD, quanto no acompanhamento das vacinações de seus filhos, assim como, as que faltaram procuraram informações sobre as vacinações com os agentes de saúde e membros da equipe de saúde, pois ficaram sabendo através das mães que compareceram a palestra o quanto era importante manterem atualizadas as vacinas dos filhos, pois a saúde das crianças dependiam do quanto elas estavam comprometidas para preveni-los das doenças que são evitadas através da imunização que lhes são oferecidas gratuitamente através da unidade de saúde.

CAPÍTULO VI: O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde

O número de pessoas vivendo com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é cada vez maior, mesmo com toda acessibilidade que temos hoje a informação, muitas pessoas ainda mantem hábitos de vida e alimentares inadequado. Esses dois fatores citados são responsáveis pelas principais DCNT do nosso século, as mesmas são hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), obesidade e síndrome metabólica.

Na unidade de saúde os profissionais assistenciais estão diretamente envolvidos com pacientes que apresentam essas patologias, e é extremamente importante que possamos identificar e assistir usuários com fatores de risco e que já apresentam certas DCNT. Com o intuito de estimular o autocuidado e autonomia dos usuários suspeitos e que apresentavam alguma dessas patologias a ESF Serra Verde desenvolve o grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o qual conta com a participação e contribuição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo também o grupo Bem Estar o qual é destinado a pessoas com sobrepeso, este último coordenado principalmente pelo NASF.

Em nossa unidade de saúde realizamos as consultas para Hipertensos e Diabéticos semanalmente e sempre que aparece alguma demanda espontânea que é referente a alguma dessas DCNT a equipe agenda a consulta que pode ser realizada pela enfermeira ou a médica, de acordo com o grau de necessidade maior de assistência do usuário. Os dias para consulta em média são de sete dias, o qual bate geralmente com a data que estamos de volta à determinada área, em algumas outras podem levar mais dias se a microárea for pequena.

Todos os usuários diagnosticados com uma das duas patologias são adicionados ao livro que a equipe registra os usuários com HAS e/ou DM. A partir desse registro sabemos a quantidade de hipertensos e diabéticos em cada microárea e organizamos as intervenções e atendimentos focando principalmente as áreas que apresentam mais desses casos. Tanto para as consultas ou nos encontros do Grupo de HIPERDIA ocorre a avaliação do peso, pressão arterial (PA), e glicemia, no grupo fazemos uma fichinha com a identificação, data de nascimento, prontuário, cartão sus, medicamentos em uso, se é hipertenso, diabético e espaço para a data e avaliação da PA, HGT, Circunferência abdominal, peso e altura.

No grupo HIPERDIA sempre contamos com a participação de um ou dois profissionais do NASF, geralmente a nutricionista que faz orientações sobre a dieta adequada para as patologias presentes no grupo e a educadora física ou fisioterapeuta, que

fazem a orientação quanto a importância da atividade física e exercícios práticos que podem ser feitos em casa, como alguns alongamentos. A equipe aborda assuntos relacionados à doença, o que é, o que causa no corpo, como é adquirida, as formas de prevenção, e o que fazer para conviver com a doença. Em alguns casos solicitamos os exames laboratoriais ainda no grupo quando identificamos usuários que necessitam com urgência de acompanhamento pela equipe.

Nas reuniões mensais de equipe e matriciamento conversamos sobre os principais casos da área e traçamos o plano terapêutico singular para os casos de DCNT mais graves. Realizamos também o levantamento de temas a serem trabalhados no grupo e em qual data e quais microáreas receberam o grupo em determinado mês, organizamos os dias de atendimento, e são passados os casos necessários de visita domiciliar pelos profissionais da equipe e profissionais do NASF quando necessário.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) ajudam bastante na busca ativa de pessoas que são hipertensas e/ou diabéticas e que já não frequentam a unidade a um bom tempo para fazer a avaliação de saúde. Realizamos visitas domiciliares aos idosos que não vão à unidade de saúde e que apresentam essas morbidades, que não saem de casa ou apresentam alguma delimitação, sempre que nos é repassado à necessidade de visita.

No que se refere aos pacientes com diabetes não realizamos o exame do pé diabético e nem o exame de fundo de olho, pois em nossa unidade de saúde não apresentamos o monofilamento de 10g adequado para realização do teste de sensibilidade nos pontos de avaliação do pé, assim como o oftalmoscópio para avaliação do exame de fundoscopia. Este último importante também na HAS para identificação de lesões em artérias, veias e nervos da retina do meio transparente do olho, que quando presentes aí é um forte indicativo que muitos outros órgãos do corpo já apresentam lesões, e o tratamento tem que ser priorizado o mais rápido possível.

O Grupo do Bem Estar desenvolvido pelo NASF algumas vezes não é realizado com frequência na área devido à falta de recursos para a realização do mesmo, ficando a prejudicado devido a indisponibilidade de carro para o transporte dos profissionais, mas geralmente são realizadas palestras, atividades físicas de alongamento, aeróbica, aulas de zumba e funcional junto as pessoas com sobrepeso, assim como as que desejam participar das atividades quando possíveis de serem realizadas. Boa parte dessas pessoas frequenta o grupo de HIPERDIA, podendo assim receber orientações sobre alimentação e as principais doenças que podem ser desencadeadas com a obesidade.

De acordo com a intervenção a qual realizamos mensalmente através do Grupo HIPERDIA, conseguimos ter um diagnóstico geral através das pessoas que participam do grupo, quanto a como se apresenta a saúde dos hipertensos, diabéticos e pessoas com obesidade em nossa área. Identificamos também dentre os participantes do grupo as pessoas que necessitam de acompanhamento em consultas com a equipe de saúde da unidade, e realizamos encaminhamentos para profissionais do NASF e especialistas quando necessário.

Com isso pudemos identificar que a maior parte das pessoas com sobrepeso apresenta maior frequência de casos de pré-hipertensão e em alguns casos a hipertensão já instalada. Os usuários hipertensos muitas vezes tomam as medicações nos horários errados, se esquecem de tomar a medicação e se alimentam de forma inadequada para a patologia apresentada, o mesmo se aplicou aos pacientes diabéticos.

Desta forma concluímos que a intervenção realizada através do Grupo HIPERDIA é de extrema importância nas atividades voltadas para os usuários de DCNT na atenção básica, e que para os profissionais de saúde torna-se algo que viabiliza uma visão mais abrangente desse público, pois a partir desse grupo podemos além de criar vínculo com os participantes, estimulá-los a terem hábitos saudáveis de alimentação e de vida e a praticarem o autocuidado para manterem-se bem.

Questionário para microintervenção

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 de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	1 semana (aja visto que é uma UBS de Zona Rural e os atendimentos são semanais em cada distrito.		1 semana, caso o mesmo estiver com alguma emergência é encaixado na demanda espontânea.	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco	SIM			

dos usuários com hipertensão?				
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	SIM			
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?	SIM		SIM	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	SIM			
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?	SIM			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	SIM			
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		
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		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?			SIM	
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	

CAPÍTULO VII: Plano de Continuidade



Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<p>Arboviroses como foco de melhorias na minha ESF</p>	<p>Traz como objeto de estudo as arboviroses e a dificuldade permanente da ESF em educar a população rural/urbana para a prevenção permanente e principalmente sazonal do surgimento de novos focos do vetor que transmite doenças como a dengue, chikungunya e Zica.</p>	<p>Como fruto deste planejamento pensamos em levar informação de forma continuada aos usuários da UBSF Serra Verde. Uma vez que as rodas de conversa fora do ambiente institucional, reduziu muito o número de ouvintes, decidimos realizar pequenas conversas na sala de espera, aproveitando assim o grande fluxo da demanda espontânea e também a variedade dos públicos.</p>	<p>Como fruto deste processo foi apresentado a gestão, representantes do conselho comunitário e profissionais de saúde uma breve estimativa situacional que incorpora aspectos estruturais comunitários e institucionais, socioeconômicos, epidemiológicos, de cidadania e acessibilidade aos serviços de saúde. Tendo sido recebido com satisfação e muita expectativa. Esta microintervenção traz perspectivas de melhoria e de novas propostas frente a esta problemática.</p>
<p>Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento</p>	<p>A intervenção tem como objetivo perfeição à equipe para implantar o acolhimento na assistência à saúde.</p>	<p>Se tratando de uma equipe de saúde da zona rural, muitas informações abordadas podem ser modificadas, pois muitas vezes os usuários moram em microáreas distantes as quais por possuírem população menor</p>	<p>Ao concluir essas etapas pactuar com os usuários, para que os mesmos possam ter conhecimento e entendam a nova maneira implantada pela unidade de saúde de acolhimento, que visa uma ampliação para facilitação do acesso dos usuários ao serviço de saúde.</p>

		<p>não dispõem da equipe diariamente nesses locais</p>	
<p>Pré-natal e saúde da gestante: o papel fundamental de minha ESF</p>	<p>Proporcionar às gestantes participantes do programa de pré-natal das unidades básicas de saúde informações e atividades relacionadas ao desenvolvimento de seu processo gestacional, desde o início da gravidez assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal;</p>	<p>A realização dos grupos de sala de espera proporcionou um espaço de escuta e interação entre as gestantes e equipe, o que, muitas vezes, não é possível pela grande demanda de atendimentos no serviço de saúde.</p>	<p>Sugere-se, portanto, a manutenção destas atividades pelas equipes das UBS e a inclusão de profissionais e gestores que contribuam para este tipo de ação.</p>
<p>A linha de cuidado em Saúde Mental começa por minha ESF</p>	<p>Identificar e orientar os usuários a respeito de como os mesmos que se sentissem enquadrados em alguns desses temas abordados pudessem conversar com a equipe e serem encaminhados a uma consulta com o médico e/ou enfermeira e a partir daí pudessem ser assistidos pelo NASF com o auxílio da psicóloga, e avaliado a necessidade de acompanhamento</p>	<p>Observamos os usuários em sofrimento psíquico não compareceram em quantidade significativa as atividades realizadas, a população apresenta bastante resistência para ouvir a respeito do tema saúde mental.</p>	<p>Essa intervenção está possibilitando a equipe de saúde articulada ao NASF, que juntos possam mostrar para a população da área rural que eles também têm o direito de serem acompanhados e tratados à respeito de suas necessidades de saúde mental, que a equipe de saúde da família está ali para trata-los de forma integral e que eles podem sim contar conosco.</p>

	<p>com o profissional psiquiatra, que poderia indicar o acompanhamento pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade.</p>		
<p>A linha de cuidado em saúde da criança começa por minha ESF</p>	<p>A assistência à saúde da criança se dá na Atenção Básica principalmente pelo primeiro contato que temos com o bebê após o seu nascimento, desde então o mesmo já inicia o seu acompanhamento na consulta de CeD (Crescimento e Desenvolvimento).</p>	<p>A nossa intervenção foi pensada em algo que identificamos na última campanha que ocorreu no nosso município sobre a vacinação contra o sarampo e a poliomielite.</p>	<p>Trata-se de um processo de reeducação da população para o entendimento e conscientização da importância da participação deles nas atividades preventivas em saúde, pois é bem melhor prevenir do que apresentar as patologias.</p>
<p>O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde</p>	<p>Tem o intuito de estimular o autocuidado e autonomia dos usuários suspeitos e que apresentavam alguma dessas patologias a ESF Serra Verde desenvolve o grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o qual conta com a participação e contribuição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo também o grupo Bem Estar o qual é destinado a pessoas com sobrepeso, este</p>	<p>A equipe aborda assuntos relacionados à doença, o que é, o que causa no corpo, como é adquirida, as formas de prevenção, e o que fazer para conviver com a doença. Em alguns casos solicitamos os exames laboratoriais ainda no grupo quando identificamos usuários que necessitam com urgência de acompanhamento</p>	<p>Desta forma concluímos que a intervenção realizada através do Grupo HIPERDIA é de extrema importância nas atividades voltadas para os usuários de DCNT na atenção básica, e que para os profissionais de saúde torna-se algo que viabiliza uma visão mais abrangente desse público, pois a partir desse grupo podemos além de criar vínculo com os participantes, estimula-los a terem hábitos saudáveis de alimentação e de vida e a praticarem o autocuidado para manterem-se bem.</p>

	último coordenado principalmente pelo NASF.	pela equipe.	
--	--	--------------	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que a saúde é um direito do cidadão brasileiro, garantido pela Constituição federal de 1988, que se apresenta como conceito amplo e muito mais significativo que apenas a ausência da doença, e propõe estratégias de ação para recuperação, proteção e promoção da saúde. Mas, apesar de ser mencionada a importância do sistema de se responsabilizar por estas ações, a promoção da saúde, muitas vezes, é tratada de forma superficial no Brasil, tanto em meio ao próprio setor da saúde, como em meios externos, até mesmo acadêmicos. Dessa forma, continua o desafio de monitorar e avaliar programas, além da implantação desta Política de maneira mais incisiva no país, mostrando que a Promoção da Saúde é efetiva na conclusão dos objetivos a que ela se propõe, auxiliando para a formação de indivíduos autônomos, capazes de promover mudanças na determinação social do processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.

Arouca, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. SP, UNESP; RJ, FIOCRUZ, 2003

Teixeira, Carmen. *O futuro da prevenção*. Salvador, Ba. Casa da Qualidade - Instituto de Saúde Coletiva / UFBA. 2001

Carta de Ottawa - OPAS - Organização Panamericana de Saúde

APÊNDICES



[Inclua seus apêndices aqui]



ANEXOS



[Inclua seus anexos aqui]


