

B I S

170ª Edição – setembro de 2012

Editorial: esta edição descreve atividade realizada pela residente Luciana Saavedra, residente do Programa de Medicina de Família e Comunidade do SSC do GHC

Assina esta edição: Maria Lucia Medeiros Lenz



Enf. Maristela e R2 da MFC Luciana: ensinando e aprendendo vigilância

A prática da vigilância à saúde na formação do Médico de Família e Comunidade (MFC)

O médico de família é alguém atento, não a doença, mas à pessoa enquanto doente ou saudável e, ao seu contexto familiar. O médico de família e comunidade é responsável pela população do território em que atua e prioriza grupos vulneráveis buscando maior equidade. Crianças que sofrem com asma - uma doença crônica, muito comum, potencialmente fatal, que leva a inúmeras idas à emergência e a internações evitáveis - compreendem um grupo vulnerável e merecem um olhar mais atento.

A asma é uma doença variável e é justamente a sua estabilização o objetivo central de seu tratamento, evitando inclusive seqüelas mais graves. Sendo assim, diferentes protocolos recomendam revisões regulares (“no mínimo uma consulta a cada 6 meses”), mesmo para crianças e adolescentes assintomáticos.

Em 2012, implantamos nova estratégia no SSC em busca de melhores resultados no controle dessa doença. Na US Sesc estamos oferecendo às crianças e adolescentes com asma consultas sequenciais. Os residentes da medicina têm nos acompanhado como parte do Estágio Materno-Infantil do segundo ano de residência. Após o término do estágio, a residente Luciana Saavedra seguiu atenta (de maneira espontânea) às crianças com asma de seu território (Costa e Silva). Uma atitude exemplar e que merece a sua descrição e divulgação.

Problema inicial ☺	Intervenção	Resultados ☺
158 crianças na listagem de crianças “faltosas” ao Programa da Asma.	Vigilância à saúde coordenada pela R2 Luciana durante 2 horas semanais em um período de 2 meses. Destas 158 crianças: 50 consultaram com a residente Luciana 54 não tinham asma 11 tratava-se de subregistro 9 estão sendo acompanhadas por pneumologista 5 mudaram-se 29 serão encaminhadas visitas domiciliares	A prática em assistir/revisar 50 crianças com asma, a prática na busca ativa, no agendamento, na coordenação da assistência e a redução para 29 crianças na listagem de crianças “faltosas” ao Programa da Asma.



Território de atuação da Equipe Costa e Silva

Entrevista com a residente Luciana Saavedra

O que te motivou a buscar as crianças com asma que não consultavam há mais de 6 meses?

Fiquei motivada no estágio em que acompanhei as consultas sequenciais de asma no Sesc.

Como começaste?

Imprimi, a partir do sistema de informações da minha Unidade, uma listagem de crianças com asma e que não consultavam há mais de 6 meses. Solicitei ajuda para a Enfermeira Maristela, que é quem faz muito bem as ações de vigilância na US Costa e Silva. Apreendi com ela. A seguir, as auxiliares Joseane e Rosinéia, que precisavam pagar horas trabalhando no sábado, revisaram os prontuários procurando identificar o contato telefônico atual de cada família e a data da última consulta. E assim, entramos em contato.

Quem entrou em contato com as famílias para agendar às consultas?

Eu mesmo revisei os prontuários em um segundo momento e fiz os contatos telefônicos, durante as duas horas semanais reservadas para ações de vigilância. Eu ligava, me identificava e dizia que queria agendar uma consulta de revisão da asma já que fazia muito tempo que não consultavam. As consultas eram disponibilizadas de acordo com o turno que ficasse melhor para a mãe e foram agendadas na minha planilha, numa média de 6 crianças por semana. Observei que essas crianças, em geral, não tinham um médico de referência.

E como foi a resposta?

Foram 53 agendamentos que fiz por telefone e vieram 50 crianças. Somente 3 crianças que agendei faltaram a consulta, sendo que duas eram irmãos.

E aqueles em que a mãe disse “mas ele não tem asma”, quantos foram e o que fizeste?

Quando a mãe relatava que a criança não tinha asma (não nebulizava ou usava “bombinha”) – 54 casos -, eu entrava no sistema e conferia a data dos atendimentos com o CID J45 e então conferia o prontuário. A maioria tratavam-se de crises de tosse ou sibilância antes de 2 anos de idade que não ocorreram mais após essa idade, então entrei no boletim que gerou o atendimento e alterei o CID pra J20 ou R05 de acordo com a descrição da consulta. Se eu apenas considerasse a asma revisada, logo essas crianças se tornariam faltosas novamente.

E todos eram mesmo “faltosos” ou tinha muito subregistro?

Identifiquei apenas 11 casos que tinham consultado recentemente por asma e com provável subregistro (do profissional que atendeu ou de quem digitou). Eu considerei a asma revisada quando no registro das consultas estavam descritas três informações: no subjetivo, que a criança tinha asma; no objetivo, a ausculta pulmonar e, na conduta, a renovação dos medicamentos pra asma. Então entrei no boletim e adicionei o CID J45 ao que já tinha sido colocado.

Quantas crianças eram fora de área?

Apenas 5 crianças que não moravam mais no território. Então, solicitei ao administrativo para excluir do nosso cadastro.

Algumas crianças consultavam em outro lugar?

As 9 crianças que a mãe referiu acompanhamento com pneumologista do HCC, eu conferi as consultas no sistema de informação do GHC.

E qual é o próximo passo?

Agora é agendar as 29 crianças que ainda faltam através de visita domiciliar. É importante também sensibilizar a equipe para que dêem continuidade a esse trabalho de vigilância.

Qual a tua avaliação sobre essa experiência?

Essa experiência foi importante para minha formação como médica de família e comunidade. Através da vigilância é possível planejar ações de promoção e prevenção à saúde que contemplem às reais necessidades da população moradora do território em que trabalhamos.

Comentários

Ações de vigilância são estimuladas e realizadas sistematicamente no SSC, infelizmente elas ainda acontecem muito mais a partir de uma motivação pessoal que institucional. A Gerência do SSC, dispondo da publicação sistemática de indicadores e metas pelo Monitoramento e Avaliação, vem tentando modificar essa realidade, comprovada pela diversidade de resultados alcançados nas 12 equipes. Diferenças não apenas influenciadas pelas características populacionais, mas também (e muito) por diferentes processos de trabalho. Especificamente em relação à asma, se observam equipes onde apenas 20-30% das crianças com asma estão em acompanhamento regular e equipes que conseguem manter 80-90% das crianças em acompanhamento contínuo e conseqüentemente com sua doença melhor controlada, com menos idas a emergência e menor número de internações.

Quando ações sistemáticas e não apenas pontuais são realizadas, a vigilância é facilitada e requer menos tempo, além de diminuir o demanda espontânea por intercorrências evitáveis. A vinculação maior das famílias não apenas com a Equipe, mas com determinados profissionais, certamente melhoraria não somente a adesão às consultas regulares, mas também facilitaria a vigilância à saúde em geral. Chama a atenção da residente e também a nossa, o fato de que muitas crianças (a “maioria”, disse ela) não estarem vinculados a um médico específico, mesmo apresentando uma doença crônica. Outra questão bem importante e que merece o nosso questionamento é a forma de fazer o contato, a busca ativa e o sucesso da abordagem da residente (“de 53 agendados, 50 vieram a consulta e dos 3 que não vieram, 2 eram irmãos”).

A motivação, o entendimento da situação, a valorização da experiência acumulada da equipe, a busca de parcerias, a facilitação de acesso, o registro das informações foram passos essenciais e muito bem traçados pela futura médica de família e comunidade. O que nos enche de orgulho, nos motiva e nos retroalimenta. Parabéns Luciana e Equipe!!!