



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

**MICROINTERVENÇÕES NAS GRANDES ÁREAS DE ATUAÇÃO DO MÉDICO DA
SAÚDE DA FAMÍLIA, SEUS DESAFIOS E CONQUISTAS**

FRANCISCO NOLACIO DE AQUINO FILHO

NATAL/RN
2018

MICROINTERVENÇÕES NAS GRANDES ÁREAS DE ATUAÇÃO DO MÉDICO DA
SAÚDE DA FAMÍLIA, SEUS DESAFIOS E CONQUISTAS

FRANCISCO NOLACIO DE AQUINO FILHO

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

A minha família que, com muito carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelos dons que me foram dados, pelo seu cuidado e por me capacitar à realização de mais um trabalho e cumprir mais um desafio da minha vida profissional.

A minha família, pelo apoio e carinho.

Ao meu orientador pela dedicação e atenção.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde engloba a maior parte da população, assim sabemos da importância de estratégias e intervenções para que se possa melhorar um sistema complexo e de grande demanda, este trabalho tem como objetivo inicial a realização e construção de microintervenções na unidade de saúde básica formulando ações que visem atuar na prevenção e no agravamento de diversas patologias que apresentam uma maior porcentagem global nos atendimentos. A metodologia aplicada foi de natureza qualitativa, com procedimento técnico de pesquisa-ação. Essas microintervenções foram realizadas durante um período de planejamento de cada módulo no sistema do AVASUS, plataforma de educação a distância da UFRN na especialização de saúde da família, com duração de um mês para cada módulo. Entre esses estavam a formação de grupos educativos e multiprofissional na prevenção de doenças crônicas visto seu grau de impacto na saúde do indivíduo na economia e na saúde pública além de intervenções nas estratégias de acolhimento que por sua vez é uma premissa fundamental do SUS e outros agravos como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, doenças crônicas, saúde sexual, saúde mental, crescimento e desenvolvimento da criança. Esperamos assim, que haja uma mudança no modelo de atendimento na UBS e que por sua vez possamos melhorar a qualidade da saúde com informações e criação dos grupos de atuação diminuindo os agravos de doenças crônicas e prevenindo doenças.

Palavras-chave: Microintervenção. Saúde Mental. Doenças Crônicas. Saúde Sexual. Acolhimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
CAPÍTULO I: AÇÕES NA UNIDADE BÁSICA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	9
CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA FUNDAMENTAL NA QUALIDADE DA SAÚDE BÁSICA.....	14
CAPÍTULO III: SAÚDE SEXUAL COMO PARTE FUNDAMENTAL NO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	19
CAPÍTULO IV: DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA MÉDICA.....	23
CAPÍTULO V: ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO VOLTADAS PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	28
CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRÔNICAS – DESAFIOS NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA UBS.....	31
CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APENDICE A - APÊNDICE A – CONTROLE DE PACIENTES DE SAÚDE MENTAL.....	43
ANEXO A - CONTROLE DE DADOS DE PACIENTES.....	45

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde Cristalino Leite e na Unidade do Sítio Jardim, ambas situadas na zona rural do município de Dr. Severiano, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Trata-se de um Projeto da especialização pelo Programa Mais Médicos, sendo realizado na plataforma virtual do *avasus*, a qual encontra-se vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O objetivo principal é o estudo das grandes áreas de atuação do Médico da Família, assim como, as práticas e ações necessárias à melhoria dos serviços prestados, para tanto, torna-se necessário a identificação das potencialidades e dificuldades encontradas em cada intervenção. Com a finalidade de torná-las em práticas permanentes, com o intuito de melhorar as ações que ainda não obtiveram êxito, e fortalecendo as ações bem sucedidas.

A metodologia aplicada foi de natureza qualitativa, quanto ao procedimento técnico utilizado, configura-se como uma pesquisa-ação. Referente à pesquisa-ação (refere) declara que tal modelo tem como característica a interação entre pesquisador e grupo ou população pesquisada. Pressupondo uma ação planejada de caráter social, educacional, técnico, etc., sendo que simultaneamente a coleta de dados sobre o investigado, se interfere alterando essa determinada realidade.

Na Unidade do Sítio Merejo, a principal, a equipe é composta por sete profissionais, sendo: um Médico, uma Enfermeira, uma Dentista, uma Auxiliar de Dentista, três Agentes de Saúde, uma Técnica em Enfermagem e uma Recepcionista.

Deste modo o presente estudo envolveu a realização mensal de módulos compostos por vídeos, textos e gráficos dos diversos temas abrangentes da Saúde da Família, as atividades desenvolvidas na plataforma são compostas por 3 eixos, o primeiro foi o eixo investigação em atenção primária a saúde, o segundo eixo foi o itinerário formativos na atenção primária e o terceiro gestão em atenção primária. As microintervenção estavam compondo o eixo I e II, que eram realizadas após cumprimentos de atividades teóricas, que por sua vez tinha 4 atividades as quais eram divididas no decorrer de 4 semanas. Entre estes realizamos no final de cada uma, ações de micro intervenções, onde se teve o objetivo de por em prática o que vimos na teoria e realizar melhorias no sistema como um todo, fazendo assim com que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam alcançados. Nas intervenções escolhemos um atividade para ser posta em prática.

A primeira intervenção realizada teve como foco a atenção as pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade, realizando-se uma palestra educativa com ações, com a participação dos vários profissionais da saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis têm assumido na atualidade valores crescentes dos indicadores de morbimortalidade e representando 70% do total atual de patologias no território nacional, moldado, as discussões sobre a promoção da saúde, passando-se a associá-la a medidas preventivas sobre o ambiente físico e estilos de vida, não estando mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias com base no modelo biomédico, historicamente usado (MEDINA et al., 2014).

A segunda intervenção o tema abordado o acolhimento, com a realização de uma oficina de capacitação para os membros da equipe. A atividade foi realizada na própria unidade de saúde, oferecendo como material de apoio, o material da própria especialização, com uso de multimídia, devido a falta de estratificação da demanda.

Já o terceiro tema da nossa micro intervenção foi a saúde sexual com educação sobre os diversos tipos anticoncepcionais, as doenças sexualmente transmissíveis e o planejamento familiar. A quarta tivemos como escopo a atenção a saúde mental, com relato de um dos pacientes acompanhado pela equipe de saúde, além da elaboração de ficha de acompanhamento. A quinta intervenção discutiu-se a atenção a saúde da criança, com a criação de ações multiprofissionais em dias pré-estabelecidos pela agente e a educação individual, visando a manutenção da saúde, como exemplo, o aleitamento materno estimulado. E a última intervenção foi sobre o controle das doenças crônicas não transmissíveis, consolidando a ação com busca ativa dos paciente e abordagem multidisciplinar, o que culminou com a criação de grupos de ações.

Com a implantação do SUS com bases fundamentadas na universalidade e equidade, que por sua vez, norteia a criação de micro intervenções, estas tem importância estratégica. Com a universalidade a saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado em garantir-lhe por meio de elaboração de políticas públicas, por sua vez a equidade, princípio da justiça social, orienta o investimento maior nas populações mais vulneráveis, no nosso caso a zona rural de uma pequena cidade no interior do Rio Grande do Norte demonstra isto na prática visto a dificuldade de acesso a saúde que eram maiores há um período atrás.

CAPÍTULO I: AÇÕES NA UNIDADE BÁSICA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Após responder a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), conseguimos mensurar alguns déficits presentes na Estratégia Saúde da Família (ESF) na unidade ESF 2 Cristalino Leite da Silva, no município de Dr. Severiano-RN. Entre esses, escolhemos intervir no indicador “4.29 Atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco”.

As doenças crônicas apresentam impactos na qualidade de vida do paciente e na economia, e requer recursos constantes na saúde pública. Nesse sentido, o diabetes encontra-se com uma relação direta ao excesso de peso produzindo diversos desfechos desfavoráveis em saúde (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2015). A prevalência de DM aumentou acentuadamente em todo o mundo nos últimos anos: em 1985, eram cerca de 30 milhões casos, elevando-se para 382 milhões em 2013, com previsão para 592 milhões em 2035. Por sua vez, esse aumento é mais significativo para o DM 2, possuindo relação com obesidade e sedentarismo, numa representação de 90% do número total de diabéticos (BRASIL, 2006; IDF, 2013; WILD, 2004).

O diabetes, pertence ao grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos apresentados como via comum à hiperglicemia decorrente de disfunções na ação/secreção da insulina (SBD, 2015). Focaremos, nesse caso, no diabetes “tipo 2”, no qual observamos que esse quadro faz parte de uma síndrome maior que, frequentemente, apresenta múltiplos fatores de riscos cardiovascular associados, como hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, configurando a síndrome metabólica.

Além disso, sabemos as complicações que a longo prazo, as doenças crônicas causam, por exemplo, o diabetes é responsável por retinopatia, uma das principais causas de cegueira em indivíduos entre 25 e 74 anos nos países desenvolvidos. Normalmente, ela ocorre em quase 95% dos DM tipo 1 e em 60% dos pacientes dos DM tipo 2 após o mesmo período (FONG DS et al., 2003 apud ESTEVES, J., et al., 2008).

O descontrole da DM pode levar à lesão glomerular, provocando a nefropatia diabética que, por sua vez, é a causa mais comum de insuficiência renal crônica terminal nos EUA e Europa. Sendo assim, ela é um importante fator de risco para HAS e doenças do aparelho circulatório, contribuindo para o aumento da morbimortalidade (PINTO et al., 1997).

O comprometimento do sistema nervoso periférico pode ocorrer em até 50% dos pacientes diabéticos tipo 2; os estudos DCCT e UKPDS demonstram relação direta com a hiperglicemia. Assim, segundo Sambataro et al. (2014 apud BUENO; BATISTA; THOMAZELLI, 2016), o pé diabético é a principal causa de amputação de membros inferiores não traumática em nosso país. Visto isso, podemos ter noção da importância de mudanças de hábitos corriqueiros e melhorar esses indicadores de saúde.

Pacientes com DM apresentam maior risco cardiovascular comparado com a população saudável, apresentando até o dobro de casos (SELVIN et al., 2004 apud SIQUEIRA; ALMEIDA-PITITTO; FERREIRA, 2007), além de aumentar em 3 (três) vezes a mortalidade por acidente vascular encefálico (AVE), segundo Stamler et al. (1993 apud SIQUEIRA; ALMEIDA-PITITTO; FERREIRA, 2007). Vale ressaltar que, no famoso estudo Framingham, o DM é um fator independente de risco para infarto agudo do miocárdio (IAM) e AVE.

Além do acréscimo no número de DM e hipertensos pelo mundo devido ao aumento da população idosa e às taxas de obesidade e sobrepeso (DEEDWANIA, 2011), observamos alguns traços nos padrões dietéticos e nutricionais da população brasileira em todas as classes sociais e faixas etárias, caracterizando uma redução nas prevalências dos déficits nutricionais e acentuando aumento de sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

No Brasil, a principal ferramenta que nos traz estes dados advém da análise de dois inquéritos nacionais, realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 1974/1975 e em 1989 (PINHEIRO et al., 2004). Diversos estudos epidemiológicos demonstram a relação de associação entre diabetes e hipertensão, evidenciando uma prevalência de duas vezes a presença de hipertensão em pacientes diabéticos em comparação aos não diabéticos (FREITAS, 2012). Além do mais, a hipertensão acomete mais de 40% dos pacientes com diabetes (SOWERS, 2001; EPSTEIN 1992), e essa ocorrência deve guiar a abordagem destes pacientes e o seu tratamento, visto que a obesidade é um importante fator de risco para diversas patologias, como DM, HAS, dislipidemia, apneia do sono, câncer, osteoartrite e distúrbios psicossociais. No mais, vale lembrar que os riscos atribuídos à obesidade começam a se elevar a partir de um IMC de 25 kg/mg² (WHO, 1998).

Devido à importância do tema e a uma percepção dessa carência no cuidado continuado aos pacientes com hipertensão, diabetes e obesidade, planejamos a abordagem

inicial com flexibilidade nas possíveis mudanças que possam ocorrer com a ação já em andamento, visando o melhor para uma saúde mais completa. Para isso, reuniu-se a equipe da unidade com os profissionais médicos, enfermeiro, agentes de saúde, técnico de enfermagem e nutricionista. Nesse encontro, dividiu-se inicialmente as responsabilidades básicas de cada integrante, ficando os agentes comunitários de saúde responsáveis pela pesquisa de dados pelo e-SUS dos números de hipertensos e diabéticos cadastrados até o momento e cada agente realizou visitas para divulgação do evento. A enfermagem, por sua vez, juntamente com o auxiliar de enfermagem, ficou responsável pela aferição da PA, da circunferência abdominal, do peso, da altura e do cálculo de IMC. Por sua vez, a nutricionista ficou encarregada por realizar palestras educativas sobre alimentação saudável em relação a cada comorbidade, enquanto o médico organizava palestras educativas (uso de fitoterápicos, dietas cetogênicas), rever as medicações dos pacientes e introduzir uma terapêutica voltada para mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares, estimulando assim um resultado satisfatório dos pacientes.

Na primeira reunião, foram elaboradas algumas informações gerais sobre o cronograma da ação, que será realizado inicialmente uma vez por mês na quadra poliesportiva, próximo à unidade básica, visto que iremos ter mais espaço para acomodar os pacientes e também para realizar as atividades físicas. Nessa reunião, a nutricionista abordou a questão sobre a alimentação mais saudável dando exemplos práticos; o médico realizou renovação de receituário e, juntamente com os auxiliares, foi medido os parâmetros antropométricos.

Nessa experiência, foi observado que a metodologia de grupos pode ser implantada de forma a obter êxitos, fortalecendo vínculos de pacientes com quadros clínicos semelhantes, além de fortalecer o trabalho em equipe dos profissionais da saúde básica. Apesar dessa evolução na criação de grupos terapêuticos, podemos notar a dificuldade da adesão à prática de atividades físicas e à prática da alimentação saudável devido à variedade de produtos com alto teor calórico e ricos em carboidratos e a influência cultural dos pacientes.

No entanto, apesar dessa constatação, os pacientes estão cientes que necessitam mudar hábitos e que aprendem juntamente com os profissionais que os benefícios irão ser maiores com essas práticas. Com a implantação desse grupo, espera-se uma melhora do quadro clínico dos pacientes, diminuindo a ocorrência das principais complicações e

melhorando a saúde como um todo do indivíduo, a partir da criação de uma educação permanente com grande impacto sobre a morbimortalidade.

CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA FUNDAMENTAL NA QUALIDADE DA SAÚDE BÁSICA

Após análise das propostas presentes neste módulo da especialização e levando em consideração a possibilidade de realizar a intervenção, optamos pelo aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento. Devemos inicialmente entender a dimensão do acolher que significa “dar acolhimento; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; aceitar; admitir” (FERREIRA, 1999). O Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), apresentando como proposta assegurar à atenção integral à população e ampliando as condições de direito e cidadania, além de ser instrumento de transformação da forma de produzir e prestar serviços à população (HECKERT, 2009).

O acolhimento possibilita a criação de uma rede de encontros, ajudando na formação do vínculo. Como ação técnico-assistencial, busca garantir ao usuário direito ao acesso universal, buscando ouvir todos que procuram o serviço, assumindo uma postura para acolher, escutar e dar respostas. Logo, requer responsabilização e resolubilidade orientando o que poderá ser feito no momento e quando for necessário orientar o acesso à outros serviços (BRASIL, 2003).

Acolher tem o foco naquele que usa o serviço e não na sua doença; assim, muda-se a percepção do cuidado do usuário, que era centrada no médico, e passa a ser focada na equipe multiprofissional. Desse modo, é necessário que o profissional tenha capacitação técnica e mudança na abordagem ao usuário, e mais comprometimento com o processo saúde/doença da população (SANTOS, 2007).

Apesar dos avanços obtidos ao longo dos anos da existência do SUS e com a criação da Estratégia em Saúde da Família (ESF), o acolhimento surge como ponte na resolução de problemas decorrentes do modo de organização dos serviços. Para o acolhimento ocorrer, não se pressupõe hora ou profissional específico para realizá-lo. A fundamentação do acolhimento, desse modo, se diferencia da triagem, visto que proporciona aos usuários uma resposta imediata a sua demanda no momento que procura o serviço. Logo, por ser um tema fundamental no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS), esse tema deve ser abordado; ele é importante como ponto chave no planejamento do trabalho das equipes de saúde, pois traz benefícios, organização e eficácia para os profissionais e usuários (MOTA, 2009).

Assim, essa microintervenção teve como proposta oferecer um aperfeiçoamento à equipe. Reunimos os agentes comunitários de saúde, duas auxiliares de enfermagem e a recepcionista (a enfermeira não pode comparecer nessa reunião devido a incompatibilidade na agenda), e na ocasião, abordamos o conhecimento sobre o acolhimento e suas diretrizes com material de apoio baseado no AVASUS e no PNH, entre eles, exemplos que estão presentes nas atividades do AVASUS, que por sua vez, com o esquema de vídeo, deixou a reunião mais dinâmica. Houv também a elaboração do plano de atuação do fluxograma de atendimento ao usuário já existente na unidade, definindo que a escuta inicial será feita na recepção pela auxiliar de enfermagem, visto que a enfermeira participa da gestão, mas não está presente todos os dias no atendimento. O ideal seria contar com a presença da enfermagem, facilitando assim o fluxograma; no entanto, em reuniões posteriores, será abordado esse assunto e avaliará como poderá ser resolvido essa lacuna que foge da competência médica.

Outro ponto importante a ser abordado é a adequação logística da UBS, potencializando a utilização de todos os ambientes e promovendo a sua sinalização, segundo o fluxo do usuário definido previamente; por exemplo, possuímos uma área de reunião na UBS que poderá ser usada para atividades de inclusão no acolhimento. Nesse sentido, foi estabelecido a necessidade do uso do protocolo de classificação de risco, que apesar de já haver essa ferramenta exposta, ela não é colocada em prática. Um dos pontos que os profissionais alegam é que o fluxo em alguns dias na unidade é pequeno; entretanto, foi acordado que devemos seguir o que for pré-estabelecido para gerar harmonia e efetivar o planejado.

Na reunião, discutimos sobre os pontos favoráveis à implantação do acolhimento como a não exclusão do paciente quando busca o atendimento. Como instrumento, propôs-se uma nova ficha de atendimento mais completa, com várias variáveis epidemiológica do paciente, podendo essa ser preenchida por todos os profissionais, promovendo desse modo a escuta, mesmo que o paciente não seja atendido naquele momento pelo médico.

Tomou-se como exemplo uma situação corriqueira que ocorre em nossa comunidade, quando se encerra o expediente da manhã e chega um paciente solicitando visita domiciliar devido a febre de um parente que mora na mesma casa. Nesse caso, poderão ser manejados melhor a partir do acolhimento, pois os profissionais já estão cansados, e além do mais, o paciente não necessita de um atendimento imediato, ficando a cargo da recepção explicar e

acolher de forma que os usuários entendam a lógica, postergando aquela queixa para o período da tarde, evitando atrasos na agenda pré-estabelecida.

Com o objetivo da implantação da intervenção serão realizadas reuniões quinzenais envolvendo todos os profissionais da ESF e demais funcionários da UBS para discussões sobre as possíveis melhorias que possam ser desenvolvidas. Usar-se-á para promover o debate, nestas reuniões, documentos do Ministério da Saúde, temas multiprofissionais das diversas áreas e um momento para que os profissionais tenham um tempo para melhorar o vínculo da equipe.

Durante esse processo, observou-se certa dificuldade para que a comunidade entenda que nem tudo que eles trazem de queixas necessita a rigor de uma avaliação médica. Dependendo da demanda de atendimentos de um determinado dia, os outros profissionais podem e devem acolher este paciente e no tempo oportuno será feita a consulta mediante queixa.

Além disso, ainda ocorrem diversas consultas domiciliares desnecessárias. Isso faz com que trabalho se torne cada vez mais exaustivo, uma vez que a unidade se encontra na zona rural, atrasando várias vezes os horários e as agendas, e muitos profissionais, por hábitos, ainda mantêm o objetivo no modelo-doença, deixando o indivíduo em segundo plano.

Apesar dessas dificuldades iniciais, estamos emprenhados para que todos mudem algumas crenças da assistência à saúde e assim poderemos ter realmente um ambiente de trabalho eficaz, voltado para a saúde e não para a doença. Espera-se ter resultado com essa implantação do acolhimento nos seguintes tópicos: qualificação dos serviços de saúde; ampliação do acesso aos diversos serviços oferecidos na UBS; aumento do vínculo entre comunidade e ESF; aumento da resolubilidade dos serviços; aumento do rendimento profissional de todos os profissionais; e potencialização das habilidades de cada profissional.

CAPÍTULO III: SAÚDE SEXUAL COMO PARTE FUNDAMENTAL NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

O estudo deste módulo avalia a importância da educação reprodutiva em seus mais diversos pontos, pois além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, podemos fornecê-los diversos meios para contribuir com sua autonomia, levando em consideração as vantagens ou desvantagens de cada método e esclarecendo sobre as consequências em não ter um planejamento familiar.

Objetiva-se discutir sobre saúde sexual em grupos, mais especificamente, com mulheres em idade reprodutiva. Assim, visamos promover ações educativas com o tema Educação Sexual e que englobem um público mais amplo com relação à divulgação dos diversos meios que existem para garantir um planejamento reprodutivo responsável.

Torna-se essencial a realização e aplicação desta ação no intuito de diminuir os índices de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez de riscos (em faixa etária irregular), gravidez indesejada, dentre outras. Para além de garantir os direitos sexuais e reprodutivos, que são legitimamente reconhecidos pelos direitos humanos; nossa experiência visa refratar uma sociedade que valoriza um estilo de vida responsável e, consequentemente, saudável.

O conceito chave para o resultado de cada gestação são as ações de planejamento familiar, como o espaçamento que se dá entre um filho(a) e outro(a), assim como a limitação da quantidade desejada desses(as) filhos(as), podendo até adiar a gravidez em mulheres jovens, que, em um número expressivo, ainda enfrentam essa nova realidade na fase da adolescência. Consequentemente, tais medidas precavidas impactam diretamente na saúde e bem-estar, bem como reduzindo problemas de mortalidade materna e infantil, e abortos inseguros, que são causas de 12,5% da mortalidade materna global (MARIUTTI et al., 2005).

Diante do entendimento com relação à heterogeneidade que constitui cada indivíduo, nos baseamos no segundo princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) para reforçar a necessidade de garantia da equidade. Dessa forma, enfatiza-se a importância de se fazer repercutir em todas as áreas, classes sociais e demais esferas da sociedade as informações relacionadas à educação sexual que impactam a vida da população.

A proposta de microintervenção deu-se por algumas etapas. Primeiramente, os pontos principais foram destacados como pauta para uma primeira reunião de sensibilização

com a nossa equipe, orientando e esclarecendo o recorte dessa ação que tinha como direcionamento o grupo das mulheres que estivessem no período fértil para reprodução.

A segunda etapa foi a visita e entrega de convites para o público alvo, e para isso, estabelecemos a quinta-feira (21 de junho), no período vespertino para a realização da microintervenção. Foi utilizada a sala de reuniões com recursos de multimídia, separamos anticoncepcionais hormonais orais, injetáveis mensais, injetáveis trimestrais, anticoncepcional de emergência e camisinha masculina e feminina para exposição, além do uso de recursos de mídia do AVASUS para facilitar a compreensão por parte dos participantes e favorecer a dinâmica em grupo.

Nesse momento, discutiu-se sobre a importância do planejamento familiar, os métodos existentes e suas peculiaridades, como também o uso correto da camisinha masculina e feminina. Abordou-se também sobre a definição de infertilidade do casal, visto que muitos planejam ter filho e desconhecem o número ideal de relações e o período em que as mulheres ficam férteis. Esclarecemos sobre como realizar este cálculo com base no ciclo menstrual, por exemplo: se tiver 28 dias de ciclo, subtrair 18 para obter o primeiro dia do período fértil e subtrai 11 para o último dia.

Assim, deve-se concentrar o número de relações nesse período, além de evitar os fatores que interfiram na migração espermática por meio do trato genital feminino. Apesar dessas mudanças e após um período de 12 meses, sem sucesso, progredimos para avaliações adicionais, tanto para as mulheres como para os homens, visto que a infertilidade masculina pode representar de 30% até 50% do problema (BRASIL, 2013).

Durante o curso da microintervenção, teve-se como desafio o trabalho em equipe, mas com as experiências anteriores, fortalecemos os vínculos e ela está mais adaptada a uma realidade que antes era quase que distante das práticas da nossa unidade, a promoção da saúde. Nesta intervenção, como proposta de melhoramento para práticas futuras, poderíamos abordar além das mulheres em período fértil, também as adolescentes e pré-adolescentes e o público masculino, uma vez que, na prática médica, há grupos que frequentam menos a UBS.

Sendo assim, com a intervenção, esperamos uma educação e uma mudança a longo prazo de práticas ditas perigosas, minimizando o número de novos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e, conseqüentemente, que a população exerça sua cidadania e participem ativamente destas ações educativas, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os números de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejadas.

Apesar do planejamento familiar ser prática preconizada pelo Ministério da Saúde, ainda assim, ocupa um papel secundário no serviço onde a maior ênfase está no ciclo gravídico-puerperal. Portanto, esperamos uma mudança na consciência dos usuários e dos profissionais da saúde na efetivação dessa prática.

CAPÍTULO IV: DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA MÉDICA

A maioria da população recebe atendimento por meio do SUS através da UBS. Muitos destes atendimentos estão relacionados à casos de saúde mental. Nesse sentido, destaca-se a importância de práticas médicas nessa área devido a sua complexidade, grau de ocorrência e danos provocados na sociedade.

Durante a análise deste módulo, elaborou-se uma planilha (Apêndice A) conjuntamente com os agentes de saúde e técnico de enfermagem. Nessa planilha, estão contidos alguns dados que a partir de então deverão fazer parte das visitas domiciliares dos agentes para efetivar atualizações, bem como estar presente no prontuário. Nas planilhas estão contidas informações pessoais, tais como: nome completo, idade, sexo, ocupação, escolaridade, uso de drogas lícitas ou ilícitas, uso de medicações, início do tratamento, acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra, patologia prévia, diagnóstico atual, presença de suporte familiar, estado civil e internações psiquiátricas. Dessa forma, teremos dados dos pacientes do território com transtornos mentais, tanto os que usam medicações quanto os que não fazem tratamento medicamentoso ou psicológico, mas que ingerem algum psicotrópico.

Isso é importante pelo fato que em nossa comunidade os pacientes têm hábitos de usar medicações dos vizinhos quando sentem que estão “sem sono” ou muitas vezes escutam que o vizinho ou algum familiar está usando um medicamento psicotrópico, e o paciente relata ter sintomas semelhantes e acaba por vir solicitar receituário auto declarando diagnóstico.

No município de Dr. Severiano-RN, no qual a nossa equipe de saúde atua, há três unidades de saúde básicas, sendo que atuamos na zona rural, enquanto outra equipe participa do NASF na cidade, dando cobertura para todas as outras UBS existentes. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por um psicólogo, um fonoaudiólogo e um nutricionista. Nossa UBS conta com o grupo de apoio do NASF, sendo o atendimento psicológico por meio da procura direta do paciente ou através do encaminhamento pelo médico da unidade.

O atendimento pela psicóloga abrange os casos menos graves, tais como depressão leve, ansiedade crônica, entre outros agravos frequentes. Os casos mais complexos e graves, além do atendimento psicológico, ocorrem nos serviços especializados com psiquiatra, por meio de fichas de referências preenchidas pelo médico, as quais são encaminhadas à

secretaria municipal de saúde e a partir de então é agendado o atendimento de acordo com a pactuação do município.

Em relação à contra referência, essa ocorre de forma precária apenas com informações do próprio paciente ou familiar, ocasionando perda da continuidade do tratamento, visto que o paciente não entende muitas vezes o que foi proferido pelo médico especialista durante a consulta; assim, fica notável lacunas em relação ao tempo de tratamento, diagnóstico do transtorno mental e a medicação usada. A comunicação com tais serviços ocorre por intermédio do sistema SISREG, ligação telefônica ou por *e-mail*.

O CAPS situa-se na cidade-pólo da região, Pau dos Ferros-RN, que conta com algumas especialidades, entre essas, a psiquiatra, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem. O encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ocorre por meio do psicólogo ou do psiquiatra e os pacientes frequentam em média três vezes por semana a unidade.

Durantes os atendimentos, observa-se alguns pacientes com transtornos mentais e escolhemos um, J.A., do sexo masculino: pardo, agricultor, casado, sem patologias prévias, nega uso de álcool ou drogas e que desconhece antecedentes familiares de doenças mentais. O paciente buscou atendimento inicialmente relatando fobias de forma geral, sensação de medo e agonia iniciada há alguns anos. Afirmou também que já sentiu dormência em mãos, sensação que o coração estava acelerado e morte iminente. Refere ter iniciado um tratamento medicamentoso anterior, mas não lembrou o nome da medicação, devido ao medo de ficar dependente e por ter melhorado o quadro, abandonou o medicamento após poucos meses.

Durante a consulta, ele relata ter passado por um médico com os mesmos sintomas há um mês e iniciou o tratamento com paroxetina 20mg e clonazepam 0,5mg, e nesta consulta, o paciente veio ao atendimento para a renovação de receituário. Durante o atendimento, disse estar se sentindo “fraco”, apresentava impotência sexual juntamente com os sintomas referidos. A partir de então, iniciamos o plano terapêutico, começando com uma breve introdução do quadro, explicando as possíveis causas e os efeitos que o paciente pode manifestar.

Incentivamos o paciente a não abandonar a medicação por conta própria e dar continuidade com o tratamento. O paciente é encaminhado ao NASF para a abordagem psicológica, além incentivar a prática de atividades físicas, como um ótimo resultado no combate ao sobrepeso presente nele, melhorando a sua resistência cardiovascular e o nível de ansiedade. Outra abordagem terapêutica recomendada ao longo da consulta foi o

abandono do benzodiazepínico, devido aos seus efeitos adversos provocados pelo o uso contínuo a longo prazo, tais como insônia e depressão, e o substituindo pelo fitoterápico ansiolítico Calman® para melhorar o sono, juntamente com fitoterápico androgênico tribulus terrestre na dose de 1g dia.

Após um período de aproximadamente um mês, o paciente retorna para a consulta, mas ainda não tinha passado na psicóloga. No entanto, apresentou melhora de todo o quadro anteriormente descrito, principalmente na atividade sexual e controle da ansiedade, uma vez que iniciou a prática de atividades físicas, mais especificamente a prática do futebol toda semana com os colegas; ele explicou que prefere jogar bola ao invés de caminhar.

Todas essas mudanças foram alcançadas após um período curto de tempo, e reforçamos que o tempo médio de tratamento medicamentoso para o transtorno que ele apresentava (ansiedade crônica) é por volta de um ano. Já as atividades físicas que ajudam na melhora da qualidade de vida devem ser mantidas *ad aeternum*, e foi recomendado a adoção de hábitos saudáveis alimentares, tendo ele confirmado a melhora clínica após mudanças simples. Houve então, a renovação do receituário com a troca do Paroxetina (20mg) por Sertralina (50mg), e o paciente mencionou ter feito o abandono do benzodiazepínico sem efeito colateral.

Contudo, após pôr em prática o que se foi debatido, é fato que temos uma demanda muito maior do que o número de profissionais envolvidos e a abordagem em saúde mental requer um período mais extenso durante toda a anamnese, já que muitas doenças orgânicas simulam quadros semelhantes aos que os pacientes trazem, necessitando desta forma uma capacitação frequente de toda a equipe e um maior número de profissionais, ou uma agenda compatível com a qualidade do atendimento, caso contrário, não ocorreria melhora no quadro geral dos pacientes nem dos profissionais.

A construção da ficha espelho não trouxe grandes desafios, uma vez que os agentes da equipe já tinham trabalhado com instrumento semelhante, apesar de haver falta de consenso ao preenchimento dela, pois eles justificam que já trabalharam demais, ficando um clima desconfortável após a discussão desse assunto.

Outro desafio presente desde o início das atividades nesta unidade é com relação ao uso dos benzodiazepínicos, pois há uma população grande que faz uso e uma boa parte não quer fazer o desmame. Apesar de com muito esforço termos conseguido algum êxito em algumas abordagens, porém, existem pacientes que não acatam as recomendações por

acreditarem que estão bem, logo não precisam fazer mudanças na medicação ou até mesmo cessar o uso.

Espera-se que com algumas alterações pontuais possamos mudar crenças limitantes que os pacientes e familiares trazem e assim respeitar o período de tratamento e a dose certa. O importante é levar uma abordagem não apenas medicamentosa para esses transtornos, visto que o tratamento do paciente com transtorno mental vai muito além, mas também a necessidade da ajuda tanto da família quanto de todos os profissionais envolvidos.

CAPÍTULO V: ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO VOLTADAS PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Na Unidade de Saúde Básica (UBS) Cristalino Leite, localizada na zona rural, Sítio Merejo, do município de Doutor Severiano, foi a instituição aonde efetivou-se a maior parte da experiência prática de trabalho diário e, portanto, foi o ambiente elegido para narrar o andamento das etapas efetivadas neste estudo.

A experiência que realizamos trata-se do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) das crianças e adolescentes do nosso território de atuação, onde organizamos o agendamento mensal de consultas que contam com o envolvimento dos profissionais das mais diversas especificidades da grande área da saúde. Dessa forma, cada profissional (médico, nutricionista, dentista e fonoaudiólogo) realizaram acompanhamento de duas formas; primeiramente, explorando o coletivo através de sensibilizações, realizadas pelas agentes comunitárias de saúde nas visitas domiciliares, assim como também na própria UBS após cada consulta. Ademais, palestras descrevendo a importância de manter a caderneta de vacinação em dia; frequentar as consultas regularmente; a importância de manter o aleitamento materno até, no mínimo, dois (2) anos; a progressão alimentar conforme a faixa etária; orientações sobre cuidados gerais para evitar acidentes domésticos (não deixar fios a mostra nas partes acessíveis da casa, utilizar sempre as bocas da parte de trás do fogão para cozinhar na presença de crianças, etc.); incentivar brincadeiras que promovam a estimulação precoce desde a infância, possibilitando o aprimoramento de aquisição do controle motor, bem como a capacidade de esperar, de falar e de procurar soluções aos problemas (TREMBLAY, 2008).

Por outro lado, surge a ação individual, onde cada profissional (médico e enfermeiro) atende o paciente nas consultas de CD, as quais realizamos: anamnese e exame físico—peso, comprimento e/ou altura e perímetro cefálico (este último até os 2 anos); informações sobre hábitos alimentares; informações sobre vacinas (se está em dia e quando será a próxima); prevenção de acidentes; identificação de problemas ou sinais de perigo segundo idade, vulnerabilidade familiar e de políticas de atenção; outros cuidados para uma boa saúde, marcando retorno de forma imediata ou agendada.

Obtivemos um grande aliado em nossas ações, a implantação do prontuário eletrônico, facilitando a inclusão de dados e evitando a perda deles, tendo em vista serem fundamentais no seguimento do processo de avaliação. Com isso, objetivamos manter a

saúde das crianças e adolescentes através de ações preventivas, controle de danos, como também nos agravos já instalados mediante ações individuais e coletivas.

Apesar dos avanços constatados a cada etapa realizada, sem tirar o mérito das experiências exitosas que aqui descrevemos, destacamos algumas dificuldades na execução do (CD) na prática médica, por exemplo: a enfermeira responsável pela criação da agenda, que deveria ser mediante à avaliação do médico, tem retardado essa transferência das consultas médicas, pré-natal e CD, por falta de determinação e organização na definição do agendamento. Além disso, existe uma falha que tem se repetido na aferição das medidas antropométricas, que comprometem o diagnóstico médico e, conseqüentemente, seu acompanhamento.

Dessa forma, mediante as experiências narradas e as parcerias estabelecidas, notamos o quão se torna importante a realização de mais atividades que obedeçam a uma sequência cronológica e a rotinas organizadas por meio do agendamento, as quais se mostraram muito mais eficaz, pois resultou na satisfação profissional e também dos pacientes que sentem os benefícios alcançados com mais praticidade e rapidez, o que é essencial para quem está à espera de atendimento. Desse modo, com a continuidade dessa microintervenção, esperamos uma afinidade maior entre pais e filhos, prevenção de violência contra menores, e futuras gerações mais saudáveis e atentas aos cuidados básicos com a saúde. Como proposta de melhoramento, sugerimos a redução do número de pacientes por consulta, o que possibilitaria a realização de um trabalho realizado com maior atenção, assim como, a disponibilização de cursos de formação continuada, pensando em evitar erros básicos e essenciais na definição da prática médica e do sistema de atendimento à saúde pública, no geral.

CAPÍTULO VI: DOENÇAS CRÔNICAS – DESAFIOS NA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA UBS

Nossa equipe realiza consultas para pessoas com hipertensão e diabetes, tanto por livre demanda como também no hiperdia, que acontece as quartas-feiras, no período vespertino; normalmente o tempo esperado é de um dia da suspeita clínica do paciente até a consulta médica. Para confirmação do diagnóstico, solicitamos exames complementares para estratificação de risco dos usuários, e além destes exames, em alguns casos, realizamos medidas da circunferência abdominal, calculamos o IMC e fazemos um questionamento em relação aos hábitos alimentares, à prática de atividade física e a respeito de vícios.

Há aproximadamente um mês, foi implantado em nossa unidade de saúde o prontuário eletrônico, que permitiu mais eficácia no registro dos usuários com diabetes de maior gravidade. Anteriormente a essa implantação, havia dados destes pacientes, porém eram incompletos e desatualizados sobre as complicações decorrentes da doença e ou medicações usadas; registros estes, mantidos pelos agentes de saúde em folhas espelho.

Os pacientes com complicações cardiovasculares com hipertensão, dependendo do grau de sua comorbidade, são referenciadas para especialistas, e em alguns casos, até com mais de uma especialidade. Temos uma dificuldade nas contra referências, visto que muitos pacientes não sabem relatar seus diagnósticos, as modificações feitas na medicação e até mesmo dúvidas sobre qual procedimento cirúrgico foi realizado, atrasando o acompanhamento que, em vários destes casos devido a algumas comorbidades e idade avançada, são feitas visitas em domicílio. Os pacientes com doenças crônicas possuem o hábito de solicitar exames nas suas consultas corriqueiras, desta forma, não temos um déficit nos exames, mas sim, um excesso, tornando os profissionais da saúde reféns de práticas não condizentes com a real necessidade do paciente, e muitos destes clientes estão mais preocupados em fazer exames do que nas mudanças no estilo de vida, que é proposto com certa frequência nas consultas médicas.

Após a implantação do prontuário eletrônico, nossa equipe tem uma facilidade maior em manter os dados atualizados, uma vez que a perda de folhas e suas anotações não será mais um problema. Por esse novo meio, foi possível perceber melhora na dinâmica de manutenção das informações que dizem respeito às doenças de caráter crônico, pois mantemos uma atualização periódica dos registros, acrescentando as complicações que ocorrem ao longo do tempo com os portadores de tais doenças, evitando assim, a fragmentação ou

perda de dados importantes que vão sendo incorporadas desde o diagnóstico até o tratamento.

Em nossa prática, realizamos busca ativa dos pacientes diabéticos e hipertensos para que realizem periodicamente exames e para medidas educativas, tanto com o NASF como em consultas individualizadas. Em nossa unidade, não possuímos diapasão e monofilamento para realização de exame do pé diabético com regularidade; apenas nos casos de parestesia, improvisamos o uso de objeto pontiagudo para realizar o teste. Também não possuímos oftalmoscópio para realizar o exame do fundo de olho, e delegamos essas avaliações quando encaminhamos os pacientes para consulta com oftalmologista, apesar de ser uma atividade da unidade básica.

Durante a avaliação dos pacientes é realizada a medição da altura, peso e calculado do IMC; quando identificados valores no intervalo de 25-29, este grupo é orientado sobre mudanças no estilo de vida com dietas hipocalóricas e prática regular de atividades físicas. Felizmente, conseguimos obter melhora de quadros de pré-diabetes e sobrepeso com dietas cetogênicas, apesar de ainda ser uma modalidade relativamente nova na prática médica que demonstrado bons resultados. Por sua vez, os pacientes com IMC maior ou igual a 30 são encaminhados para a nutricionista e alguns casos são orientados para a prática de atividades na academia de saúde, que é monitorada por educadora física do município; apesar de muitos pacientes não realizarem as recomendações, sempre insistimos e mostramos os riscos de má práticas e os benefícios das mudanças.

Entre as ações desenvolvidas nas unidades de saúde do município, a de maior destaque é denominado de Foco 60, que foi planejada com intuito de atender a população que apresenta problemas de sobrepeso e obesidade, sendo realizadas reuniões com palestras educativas e incentivo associado à prática e ao ensino de atividades físicas. Inicialmente, esta ação aconteceu apenas na unidade de saúde central, porém, foi percebido uma baixa adesão da população da zona rural; visto isso, foi planejada a ampliação da ação para a unidade de saúde rural, com o objetivo de reunir o maior número possível de pacientes através do estímulo a uma competição interna para premiar aqueles com resultados mais significativos na perda de peso. Foi incluído vários profissionais nessa atividade, a exemplo, o educador físico, o nutricionista, o enfermeiro, entre outros. Incentivamos o autocuidado, que é fundamental em todas as ações em saúde, e obtemos resultados satisfatórios com objetivo de tirar vários pacientes da rota do IAM, AVC e neoplasias.

Outra atividade que nossa equipe estava disposta a realizar, chegando até mesmo a fazer algumas reuniões, era a prática de educação continuada com paciente no dia do atendimento referente ao hiperdia, consistindo em palestras curtas e objetivas, e visando o fortalecimento e o vínculo entre os profissionais e os pacientes. Esses demonstraram interesse e participação, dando depoimentos e relatando experiências, entretanto; a equipe perdeu o foco e não conseguiu colocar em ação. Com isso, percebemos tanto os pacientes quanto os próprios funcionários da saúde, que ainda veem com a mesma ótica curativa assistencialista, o que gera uma lacuna com total necessidade de preenchimento. Além disso, a dificuldade de conciliar a agenda e a própria dificuldade da gestão de entender que a saúde não se faz apenas com atendimento individualizado, nos faz perceber que levaremos tempo para mudar essa situação, e se não houver esforço, esse tempo pode ser maior, mas não seremos pessimistas, pois a saúde é fundamental e só com a divulgação da verdadeira ciência se rompe velhos paradigmas.

CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Doenças Crônicas	Nesta intervenção, realizamos palestra multiprofissional, com foco em educação, e atividades interativas. Obtivemos uma aceitação considerável por parte da população, e a prova disso são os relatos recebidos positivamente em relação a melhoria de saúde. Vale ressaltar que a palestra foi realizada apenas uma única vez, apesar das inúmeras solicitações de reinvidicação.	Por meio de testemunho, tivemos relatos acerca de perda de peso de alguns pacientes, com a melhoria geral da saúde. Um destes casos, a citar como exemplo, ocorreu com uma paciente que apresentava glicemias de jejum em níveis acima de 126 e com apenas uma dieta, regada de atividades físicas, ela teve o seu perfil melhorado em 1 (um) mês para níveis menores do que 100.	Esperamos continuar com essas palestras, bem como esperamos que elas sejam colocadas como prioridade. Sugerimos a sua efetividade no calendário de todos os profissionais, podendo elas ser trimestralmente ou semestralmente.
Acolhimento	O acolhimento foi realizado com os profissionais da	Após a implantação do E-SUS, pudemos colocar em prática a	Esperamos continuar dispondo dos espaços disponíveis, e tão

	<p>área da saúde, tendo como base as diretrizes cabíveis. O primeiro passo foi a implementação do E- SUS, seguido pelas mudanças de práticas para melhor atender os pacientes.</p>	<p>classificação nos atendimentos dos pacientes, melhorando consideravelmente esse procedimento. Entretanto, para uma melhoria mais efetiva, algumas condutas precisam ser mudadas e outras postas em atividade, a citar: o uso da sala de reuniões e de outros meios, como a televisão, para atender melhor a demanda, com lugar adequado e exibição de vídeos educativos sobre temas diversos.</p>	<p>logo, a partir dessas medidas, extinguir as visitas domiciliares desnecessárias. Vale ressaltar que as reuniões serão mantidas mensalmente.</p>
Educação Sexual	<p>A intervenção sobre educação sexual teve como objetivo reunir as pacientes numa sala equipada com multimídia, onde abordamos os diversos temas da sexualidade feminina, seguido de reuniões.</p>	<p>Além dos vídeos informativos/educativos, as reuniões se mostraram proveitosas, uma vez que dúvidas foram esclarecidas e informações relevantes foram ressaltadas. Destaquemos que a primeira reunião contou apenas com a presença de mulheres, inicialmente.</p>	<p>Com base nas reuniões realizadas, viu-se a necessidade de ampliar o espaço para o público masculino, esse que também deve dispor de questões pertinentes e importantes a respeito de uma educação sexual ativa. Também pretendemos convidar mulheres mais jovens, bem como organizar</p>

			reuniões nas escolas de nível fundamental (anos finais) e médio.
Saúde Mental	Na intervenção da saúde mental, criamos uma planilha com os agentes de saúde para coletar dados, além de implementar o E-SUS, como forma de melhorar essa coleta. Também foi entregue vias de contra referência; infelizmente, um meio que vem apresentando baixos resultados.	Com o advento do E-SUS, pudemos melhorar a coletas de dados dos pacientes. Quanto ao uso das contra-referências, buscamos entregar vias para ser preenchidas pelo especialista; entretanto, a prática não obtive, ou vem obtendo, êxitos, isso porque, muitas vezes, o paciente não entende a importância de dar uma resposta ao atendimento feito por outros médicos, o que, necessariamente, evitaria prescrições desnecessárias.	Sempre nos atendimentos, reforçamos outras terapias, mas temos uma limitação, pois, no momento, há apenas um psicólogo para abranger todas as unidades. Buscaríamos, se possível, a implementação de mais um psicólogo, como manteremos os esforços para manter a prática de coleta de dados pelo E-SUS.
Saúde Infantil	O acompanhamento do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes é fundamental na prevenção de doenças e no diagnóstico precoce.	Obtemos bons resultados quanto ao retardamento do desmame precoce; entretanto, por crenças da população, de que a criança necessita dessa amamentação para ficar mais forte, esse resultado não vem sendo cem por cento.	Precisamos discutir e melhorar as informações acerca da amamentação, alertando sobre problemas no uso do leite de vaca e desmame precoce, além da importância de vacinação nesse período. Infelizmente, os atendimentos médicos no acompanhamento não é sempre colocada na agenda, apesar das inúmeras solicitações, fato

			que precisa ser melhorado, para que haja fluxo e assim possamos mudar o foco quando o assunto é apenas acompanhar doentes.
Doenças crônicas e seus desafios	Assim como as atividades realizadas na primeira microintervenção, que já abrange boa parte dos pacientes com doenças crônicas, nesta buscamos realizar uma busca ativa, com implementação de um sistema eletrônico e o reforço de hábitos saudáveis através de informações pertinentes.	Após a implantação do sistema eletrônico, conseguimos controlar os gastos e o número de exames que eram solicitados de forma descontrolado. Agora, temos os registros dos últimos exames e assim podemos avaliar a real necessidades de novos. Além disso, reforçamos junto com o NASF, os hábitos saudáveis, através dos quais observamos uma maior parcela da população, que antes era sedentária, apresentando algum grau de atividade física, e muitos relatam melhoras nas dores crônicas que sentiam, bem como disposição e sono.	Objetivamos manter a educação continuada nas consultas individuais, como também em grupos educativos, que ocorrem nas quartas-feiras, por meio de banner, TV e material educativo e motivacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia de grupos adotada nas microintervenções foi útil pois aumentou a interação entre pacientes com a mesma condição fortalecendo os objetivos em comum e aproximando os profissionais que em muitas vezes estavam com agendas apenas com tratamento individualizado, observou-se a prática geral de atividades físicas na população. Com a implementação do acolhimento, muitos pacientes começaram a caminhar e a frequentar academia de ginástica, apesar dos avanços foi notável a resistência a quebra dos velhos paradigmas relativos aos maus hábitos.

Observamos certa dificuldade da equipe e dos usuários em compreender que a agenda deve ser mantida e no tempo oportuno será feita a consulta mediante queixa, por diversas causas o modelo biomédico ainda está arraigada na prática, para que haja mudança é necessário continuar com a formação continuada dos profissionais da saúde. Pois assim, a população perde a oportunidade de aprender a autonomia na busca da promoção a saúde, sobrecarregando as unidades. No entanto almejamos uma mudança da postura tanto dos profissionais de saúde, como da comunidade em entender a dinâmica.

Com o objetivo de continuidade e melhoria das práticas futuras na educação sexual, poderíamos expandir o tema para a comunidade mais amplamente, assim provocando um impacto maior na saúde sexual.

Um dos maiores desafios na saúde mental é com relação ao uso dos benzodiazepínicos, pois temos uma parcela considerável que faz uso principalmente idosos e em estado de dependência, não aceitando sugestões para o desmame e em alguns casos a troca, além disso, devemos enfatizar o período de tratamento solicitando o registro do início do uso com o advento do e-sus este ponto ficou mais fácil de controlar como também enfatizar o tratamento não medicamentoso com a ajuda da psicologia no NASF.

O acompanhamento da saúde da criança nos mostra os benefícios na promoção a saúde além disto podemos manter orientações seqüências aos pais ou cuidadores. Assim esperamos que haja um agendamento constante destes pacientes evitando a morbimortalidade.

Entre as ações desenvolvidas nas unidades de saúde do município, a de maior destaque é denominado de Foco 60, que foi planejada com intuito de atender a população

que apresenta problemas de sobrepeso e obesidade, obtemos relativo sucesso e esperamos contar com a contribuição da gestão na continuidade dos projetos.

REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, 19 (Sup. 1): S181-S191, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica).

DEEDWANIA, P.C. Blood pressure control in diabetes mellitus: is lower always better and how low should it go? **Circulation**. v. 123, n. 24, p. 2776-2778, 2011.

EPSTEIN M.; SOWERS JR. Diabetes *mellitus* and hypertension. **Hypertension**, v. 19, n. 5, p. 403-418, 1992.

ESTEVES, J., et al. Fatores de Risco para Retinopatia Diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v, 52, n. 3, p. 431-441, 2008.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saude** v. 21 n.1, Brasília mar. 2012.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface Comun Saúde Educ**. n. 13 (sup1), p. 493-502, p. 2009.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev Brasileira Epidemiol**, v.02, n.03, 2015.

MARIUTTI, M. G. et al. Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 4, n. 1, jan./abr. 2005.

MEDINA, M. G. et al. Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing? **Saúde em Debate**, v. 38, n. SPE, p. 69-82, 2014.

MOTA, P. M. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa de saúde da família**: relato de experiência. (Trabalho de Conclusão de Curso Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2009.

PINHEIRO, A.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade, **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, Campinas, oct./dec. 2004.

PINTO F. M; ANÇÃO M. S; FERREIRA S. R. G. Contribuição da nefropatia diabética para a insuficiência renal crônica. **Braz. J. Nephrol.** São Paulo, n. 19, p. 256-263, 1997.

PITITTO, B. de; FERREIRA, S. R.G. Doença Cardiovascular no Diabetes Mellitus: Análise dos Fatores de Risco Clássicos e Não-Clássicos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 51, n. 2, p. 257-267.

SAMBATARO, M. et al. Prognostic Significance of Circulating and Endothelial progenitor Cell Markers in Type 2 Diabetic Foot. *International Journal of Vascular Medicine*, p. 1-7, 2014. In: BUENO, D. S.; BATISTA, C. R.; THOMAZELLI, F. C. S. Amputação de membros inferiores em pacientes diabéticos – qual é o controle dos fatores de risco? **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 60, n. 3, jul/set. p. 220-229, 2016.

SANTOS, F. Perspectiva da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e saúde coletiva**, v. 12, n. 04, 2007.

SBD SBdD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes**, v.1, 2015.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes. **Diabetes Care**. Alexandria, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 1998.

APÊNDICES

Nome:				
Idade:				
Sexo:				
Ocupação:				
Escolaridade:				
Estado Civil:				
	SIM	NÃO	Se sim, qual:	
Uso de drogas lícitas ou ilícitas:				
Uso de medicação:				
	SIM		NÃO	
Suporte familiar:				
Histórico de internações psiquiátricas:				
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico:				
Patologia prévia:				
Início do tratamento:				
Diagnostico atual:				

APÊNDICE A – CONTROLE DE PACIENTES DE SAÚDE MENTAL

ANEXOS

ANEXO A – CONTROLE DE DADOS DE PACIENTES

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 de até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo a introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuando a partir dos seis meses da criança?	X	
QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/ desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para a atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos no território?	X	
A equipe utiliza caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho de cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes?	X	

