



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

RELATO DAS MICRO INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UBS RUBIM BRITO
ARONOVICHT NA ARÉA 090 EM MACAPÁ

ISABELA MARQUES DE FARIAS

NATAL/RN
2018

**RELATO DAS MICRO INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UBS RUBIM BRITO
ARONOVICHT NA ARÉA 090 EM MACAPÁ**

ISABELA MARQUES DE FARIAS

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: Cleyton Cezar Souto Silva

Dedico este trabalho aos meus pais, minha irmã e meu marido, aqueles que sempre estiveram ao meu lado dando amor, apoio e principalmente incentivo para nunca desistir de um sonho mesmo com tantas pedras pelo caminho.



RESUMO

Durante o presente trabalho serão descritas a experiência que vivenciei durante o ano de 2018 atuando como médica em uma Unidade Básica de Saúde no município de Macapá. Nesse período desenvolvi várias atividades em prol da melhoria da atenção básica. Essas atividades tiveram como tema programas básicos e de maior importância a vivência na Atenção Primária a Saúde. A cada capítulo um tema de relevância será abordado e irei descrever minha experiência ao solucionar problemas, aprendizados e elaborar planos junto a equipe para melhorar a atenção básica. Também irei relatar os principais resultados obtidos, como a melhora no pré-natal masculino, a difícil tentativa de implantar a demanda espontânea nos atendimentos, a conscientização da equipe sobre a necessidade de uma melhor atenção a saúde mental entre outros que serão especificados em detalhes.

Palavras chave: Atenção básica, saúde da família, AMAQ.

SUMÁRIO

1-APRESENTAÇÃO -----	07
2-CAPÍTULO I: EM PROL DE UMA ATENÇÃO BASICA EFICIENTE -----	08
3-CAPÍTULO II: MUDAR É PRECISO -----	12
4-CAPÍTULO III: PAI SE FAZ PRESENTE-----	17
5-CAPÍTULO IV: QUEBRA DE PARADIGMAS-----	21
6-CAPÍTULO V: CRIANÇA TAMBEM REQUER ATENÇÃO-----	26
7-CAPÍTULO VI: MUDANÇA EM TODOS OS CONTEXTOS -----	30
8-CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE-----	34
9-CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	42
10-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	43
11-APENDICES -----	46
12-ANEXOS-----	48
12.1-ANEXO 1-----	49
12.2-ANEXO 2-----	50
12.3-ANEXO 3-----	51
12.4-ANEXO 4-----	52

APRESENTAÇÃO

Durante o ano de 2018 me desafiei a viver uma nova experiência e me mudei da minha cidade natal Goiânia para a capital Macapá através do Programa Mais Médicos para o Brasil. De início confesso que passei por um choque de realidade, apesar de ser uma capital, Macapá tem ares de cidade interiorana e tudo na cidade funciona como em um interior. O que me conquistou com maior relevância no município foi a receptividade do povo, a vontade em ajudar e a falta de malícia. Macapá é considerada uma das cidades mais violentas do país mas para quem vive aqui, as estatísticas não são assim tão evidentes. Ainda se pode andar pelas ruas com tranquilidade, deixar portas e janelas abertas, não ter medo de assaltos a carro, coisas que há tempos abri mão em Goiânia. Sem olhar as estatísticas eu diria que é uma das cidades com menor índice de criminalidade porque aqui, assalto a civis não é algo comum. Ao chegar passei por um sorteio onde fui muito abençoada, fui selecionada para trabalhar na Unidade Básica de Saúde Rubim Brito Aronovicht a beira do rio Amazonas, onde além da paisagem bonita, nunca me faltaram condições de trabalho e muito menos aconchego. Nesta unidade realizei diversas microintervenções sobre orientação do meu curso de Especialização, todas objetivando melhoria da Atenção Básica. Estas microintervenções foram descritas em seis relatos de experiência.

Este trabalho é constituído por seis relatos de experiência onde descrevo como foi, durante o ano de 2018, a minha vivência como médica da Estratégia de Saúde da família 090, e também estudante da Especialização em Saúde da Família.

Durante o ano fui desafiada algumas vezes a refletir junto a minha equipe sobre diversos parâmetros da Atenção Primária a Saúde e correlacionar com nosso dia a dia de trabalho. Recebi a cada módulo da especialização uma proposta para discussão com a equipe e fui desafiada a elaborar estratégias para melhorar nossa atuação com base nos déficits levantados durante os momentos de reflexão. Essas estratégias incluíram ações educativas, dinâmicas, construção de cartilhas e instrumentos, entre outros.

A cada capítulo conto uma destas experiências e para a construção das reflexões utilizei artigos e livros médicos além de conhecimentos prévios e aprendizados em debates com a equipe.]

CAPÍTULO I: Em prol de uma atenção básica eficiente

Neste primeiro relato irei contar a vocês sobre a experiência que vivi, juntamente a toda a minha equipe, ao aplicar a AMAQ em nossa realidade profissional analisando sob diferentes pontos de vista os diversos indicadores que buscam a melhoria da atenção básica. Serão relatados os principais pontos desse processo, tanto negativos quanto positivos, além da descrição do processo de criação de nossa matriz de intervenção e de nosso novo instrumento que irá nos auxiliar a coletar os dados necessários para atendermos os indicadores do PMAQ.

Confesso que já no primeiro momento tivemos um impasse, ao solicitar a presença das agentes de saúde para uma reunião extra, que estava fora de nosso cronograma de reuniões, algumas se mostraram indispostas e a situação ficou ainda pior quando relatei que precisava do apoio delas para aplicação da AMAQ. Fui questionada sobre a necessidade da aplicação da AMAQ neste momento, já que elas haviam aplicado este instrumento recentemente para a realização do terceiro ciclo do PMAQ no final de 2017. Expliquei que o instrumento pode ser aplicado a cada seis meses caso a equipe considere viável e que esta aplicação neste momento, me auxiliaria no aprendizado do conteúdo de minha especialização. Assim mesmo, elas se mostraram descontentes com nossa reunião e só cederam porque expliquei a importância desta para minha formação e posterguei a atividade para a data da nossa próxima reunião já programada.

Essa resistência ocorreu porque as agentes de saúde do meu município de atuação estão em atrito com o prefeito, já que este não liberou e não tem previsão de quando irá liberar, a bonificação financeira pelo sucesso do terceiro ciclo do PMAQ. Recentemente as agentes realizaram uma paralização de suas atividades para reivindicar o bônus que lhes foi prometido. Outro motivo para a indisposição é que infelizmente na região de nossa UBS não contamos com linhas de ônibus, nem mesmo nas proximidades, e a grande maioria das agentes de saúde, contrariando o ideal, não residem em sua área de atuação.

Resolvido o impasse da data do encontro, nos reunimos em uma manhã onde discutimos cada indicador da AMAQ e chegamos a um consenso (nota) para cada um deles. Em nossa discussão concluímos que a atenção básica em Macapá exerce bem seu papel de porta de entrada preferencial ao SUS, a gestão municipal mantém a UBS sempre abastecida dos insumos necessários para seu bom funcionamento, está sempre atenta a situação de saúde para assim planejar suas decisões e constantemente realiza capacitações para suprir as

necessidades educacionais dos profissionais da ESF. Em contraposição, o município não investe no plano de carreira dos técnicos e enfermeiros, deixa muito a desejar quando necessitamos encaminhar nossos pacientes para atenção especializada ou quando necessitamos de um exame diagnóstico rebuscado, como uma tomografia computadorizada ou endoscopia.

Nosso debate foi rico e consideravelmente importante para meu crescimento profissional na atenção básica e melhor conhecimento da área, já que comecei minha atuação nesta equipe há apenas quatro meses. Ao final da discussão da AMAQ concordamos em elaborar um novo instrumento (anexo 1), que se enquadre melhor aos indicadores do PMAQ, esse será aplicado em nosso dia a dia e será usado por nós para a realização das estatísticas e avaliação do nosso trabalho na atenção básica.

A parte mais difícil desta atividade foi a escolha de um indicador para a realização da matriz de intervenção. Após muito debater, concluímos que a distância física e a dificuldade de transporte dos pacientes entre nossa área e UBS, devido à falta de transporte público que nos contemple, é o principal ponto que devemos intervir. Essa distância prejudica significativamente nosso trabalho e a eficiência de nossa equipe pois, muitos pacientes não retornam para entrega de exames, consultas rotineiras, alguns deixam inclusive de usar as medicações contínuas por falta de renovação de receitas. Montamos portanto nossa matriz com base nesse parâmetro, traçamos como meta a realização mensal de atendimentos médicos e de enfermagem em uma das microáreas, atendendo assim as seis micro áreas ao final de seis meses.

Essas consultas serão realizadas em espaços públicos adequados (igreja, quadras de esporte, escolas, entre outros) onde buscaremos construir um consultório provisório dando privacidade aos pacientes e onde também será possível a realização de aferição de pressão arterial, medidas antropométricas, medição de glicemias e entrega de algumas medicações básicas. O nosso prazo estipulado será de seis meses, encerrando-se em trinta e um de novembro de 2018 e a eficiência de nossa intervenção será analisada de acordo com os números de doentes crônicos acompanhados e em tratamento adequado, redução dos casos de AVC e diminuição dos acidentes com idosos em nossa área. Serão responsáveis pela intervenção a médica e a enfermeira da equipe.

Sob meu olhar esta micro intervenção foi engrandecedora para toda equipe e principalmente para nossos pacientes. Nossa equipe se viu mais unida, mais consciente de nossas falhas, mais estimulada a realizar melhorias e de quebra, relembramos juntos cada

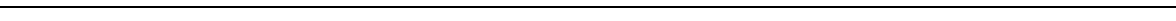
ponto do PMAQ, que jamais deveria ser esquecido em nosso dia-a-dia. Pude perceber em cada membro de nossa equipe o semblante de conscientização, a vontade em alcançar melhorias e a “luz do estímulo”. Meu papel nesses seis meses será, dentre tantos outros, o de manter essa “luz acesa”. Acredito que o impacto desta intervenção será significativo havendo redução na incidência de doenças crônicas e suas consequências, controle das doenças prevalentes, redução do número de pacientes omissos ao tratamento, uma população mais consciente e comprometida com sua saúde e uma equipe mais atenta as necessidades dos seus pacientes, mais comprometida, mais unida, mais proativa! Como forma de agradecimento pela presença de todos em nossa reunião e principalmente buscando reforçar a união de nossa equipe, preparei um café da manhã reforçado para recebe-los.

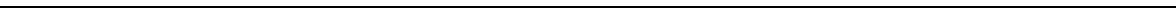


Figura 1: Reunião de equipe.2018



Figura 2: Café da manhã.2018





CAPÍTULO II: Mudar é preciso!

No contexto da atenção básica temos dois termos que se contrapõe, acolher e triar. Pelo dicionário de língua portuguesa Aurélio o termo acolher representa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; abrigar (-se), amparar (-se)” já o termo triar significa “escolher, selecionar”. No dia-a-dia da atenção primária esses termos representam muito bem seus respectivos significados e infelizmente a triagem, que possui um caráter excludente, ainda predomina em relação ao acolhimento. Tornando assim a recepção do paciente pouco acolhedora, fria e quase mecânica (SOLLA,2005).

Na tentativa de humanizar o atendimento, tornar a atenção básica mais resolutiva e satisfatória aos pacientes, a Política Nacional de Humanização do SUS vem incentivando a substituição da retrograda triagem pelo acolhimento a demanda espontânea e programada. Desta forma o paciente não irá mais encarar a atenção básica como aquela que só o atende quando se encontra saudável necessitando apenas de avaliação rotineira, renovação de receitas, mas também como aquele serviço que é capaz de lhe acolher em momentos de enfermidade e quando esse sentir necessidade, aumentando assim o vínculo do paciente com a equipe e a atenção básica em si (BRASIL,2011).

O acolhimento exige sabedoria, empatia, ética e vontade em ajudar o próximo. É necessário agir com resolubilidade para com o usuário e entender que “dor” não é algo passível de comparação. Deve-se tratar todos os pacientes independente de sua enfermidade, respeitando a ordem de gravidade, pois para cada ser as doenças geram um grau de sofrimento diferente, e isso precisa ser respeitado. (TRINDADE,2010)

O acolhimento deve ser fundamentado na responsabilização, deve-se haver um compromisso com o paciente. Isto inclui a elaboração de propostas de atendimento entre a equipe que acolhe, a rede de serviços e gestores. Transmitindo ao usuário, quando necessário, informações a respeito de outros serviços de saúde, para que assim haja seguimento da assistência sem jamais perder o vínculo com a atenção básica (ABBÊS,2015).

Diferentemente da triagem, o acolhimento não é apenas uma etapa do processo. Ele deverá ser realizado por todos os profissionais e em todos os momentos na escala de atendimento. Consiste em atender a população com empatia e solidariedade independente de horário ou profissional específico. Porém não se trata apenas em atender bem, deve-se conhecer o paciente, criar um certo grau de intimidade, levar em consideração sua subjetividade, seus anseios e problemas, o que ocorre diferentemente de uma triagem, que

necessita de um local e profissional definido para aquela função e muitas vezes carece de empatia. (GOMES,2011)

O acolhimento é capaz de levar acessibilidade a todos oferecendo-lhes uma resposta positiva e um atendimento humanizado. A equipe responsabiliza-se por aquele indivíduo e forma-se um vínculo entre o serviço e o usuário. Esse pode ser usado como ferramenta para se estabelecer confiança, solidariedade gerando um bem-estar físico e psíquico. Procura-se responder as necessidades da população de acordo com sua demanda, considerando os aspectos sociais, culturais e econômicos dos usuários. Acolher vai além de uma triagem, indo ao encontro de atividades como a escuta, análise dos problemas e queixas referidos, e busca resolução por meio de intervenções capazes de solucionar a demanda. (BECK, C.L.C; MINUZI, D.;2008)

Existem duas vertentes do acolhimento, demanda espontânea e demanda programada. No acolhimento a demanda espontânea o paciente comparece a UBS quando achar necessário e mesmo sem agendamento será atendido. Ele será acolhido por um profissional que irá lhe ouvir e orienta-lo conforme sua necessidade e serviços ofertados na unidade. Caso seja necessário atendimento médico, este será atendido de acordo com a gravidade do caso, sendo que casos mais graves serão atendidos primeiro respeitando o princípio da equidade. (BRASIL,2011)

Com o intuito de humanizar ainda mais o atendimento de minha equipe, procurei tomar conhecimento sobre a demanda espontânea. Conclui que para obter êxito toda a equipe deveria trabalhar em conjunto já que as mudanças deveriam ocorrer em todas as etapas do atendimento. Então fiz um levantamento de ideias e durante nossa reunião de equipe propus ao grupo a mudança em nosso atendimento. Para a equipe a proposta não era uma novidade e logo surgiram críticas e diálogos pessimistas. Isso por que a médica anterior a mim já havia tentado esta mudança e o resultado foi frustrante.

Quando a equipe aplicou anteriormente a demanda espontânea tudo virou uma enorme bagunça e inclusive houveram desentendimentos entre os membros da equipe e destes com os funcionários da UBS. De início a demanda era pequena e os poucos pacientes que apareciam eram aqueles que foram até a UBS marcar consulta. Com o tempo o movimento aumentou bastante e apareciam inúmeros usuários solicitando consulta. O problema era que minha equipe era a única atendendo por demanda espontânea e assim os pacientes deixavam de consultar com a equipe que atendia sua área e passavam a se consultar

com nossa equipe. Os membros acabaram sobrecarregados e decidiram suspender e retornar ao modo de atendimentos agendados.

Como a experiência anterior de meus colegas não foi nada agradável e eles apresentaram forte resistência a minha proposta, solicitei que todos estudassem sobre o tema e em nossa próxima reunião iríamos discutir novamente os prós e os contras. Chegada a data do novo encontro a equipe estava mais maleável. A grande maioria demonstrou ter se aperfeiçoado no tema e aceitaram realizar uma nova tentativa.

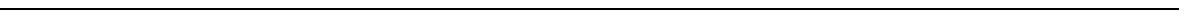
Planejamos a aplicação da demanda espontânea da seguinte maneira. Em um primeiro momento divulgamos a mudança através das agentes de saúde para que assim os pacientes entendam melhor o funcionamento do novo tipo de atendimento. Na segunda etapa começamos a aplicação do novo acolhimento. O primeiro contato com o paciente ficou a cargo dos técnicos de enfermagem. Esses estão responsáveis por receber o paciente, ouvir sua queixa e encaminhá-lo para o serviço que irá suprir suas necessidades. Em casos mais básicos o atendimento poderá ser realizado pela enfermeira e casos mais específicos são atendidos pela médica.

A segunda etapa foi iniciada há uma semana. Nesses primeiros dias o movimento foi pequeno, mas os pacientes já estavam cientes do novo funcionamento. Até o momento os atendimentos foram principalmente de pacientes doentes crônicos que necessitavam de renovação de receituário, infecções respiratórias, picos hipertensivos e acompanhamento pré-natal. Com esse início de experiência já foi possível notar que não será um processo fácil já que alguns pacientes não compreendem que deverá ser respeitada uma prioridade de acordo com a equidade e em alguns casos precisamos atender de forma programada em outro período.

Acredito que para o processo de mudança funcionar serão necessárias algumas reuniões periódicas para que todos da equipe possam relatar as falhas identificadas e em conjunto possamos elaborar estratégias de correção. O processo não será fácil e continuará causando estranheza por algum tempo, porém, com persistência e à medida que a satisfação dos usuários for perceptível ganharemos incentivo para permanecer na tentativa. A divulgação anterior a implementação da mudança foi essencial para a melhora desta nova tentativa e serviu para mostrar a equipe que com um pouco mais de dedicação poderemos atingir nossos objetivos.



Figura 2:Segunda reunião em equipe.2018



CAPÍTULO III: Pai se faz presente

Apesar de vivermos em tempos modernos onde a maioria dos paradigmas foram quebrados, onde quase tudo é aceito, nossa sociedade ainda guarda resquícios patriarcais. O machismo de tempos passados se encontra nas entrelinhas de nosso dia-a-dia e por mais que a humanidade tenha se tornado cada vez mais crítica e igualitária, a cultura patriarcal está em suas raízes e se desvencilhar disso é um processo lento. O homem ainda é visto como uma figura autoritária, inabalável, responsável pelo sustento da família, pelas normas e pelo comando da casa, enquanto a mulher é vista como uma figura submissa, responsável pela educação e cuidado com os filhos e tarefas domésticas. (BRASIL,2016)

Neste cenário a mulher é vista como a única responsável pelo pré-natal e o pai se abstém a ponto de em alguns casos, permanecer na sala de espera do consultório enquanto a gestante adentra para realizar a consulta pré-natal. Essa ausência é justificada pela influência negativa das questões de gênero sob a paternidade. A sociedade e o próprio indivíduo, que assume o papel de pai, ainda encaram a figura paterna como naturalmente incapaz de cuidar e de se responsabilizar pela saúde dos filhos. (FREITAS *et al.*, 2009; OLIVA; NASCIMENTO; SANTO, 2010; PESAMOSCA; FONSECA; GOMES, 2008; CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

Podemos encontrar diversos reflexos dessa linha de pensamento retrograda, que incentivam a ausência paterna durante as consultas pré-natais. A começar pela recepção dada ao pai no momento da consulta, muitas vezes este não recebe a atenção que deveria e assim se sente excluído e desnecessário; a própria gestante por sentir-se envergonhada ou por tratar com indiferença a presença do parceiro; o horário das consultas incompatível com o horário de trabalho; a visão errônea de que somente homens frágeis frequentam estabelecimentos de saúde; entre outros. (OLIVEIRA *et al.*, 2009)

Diversas são as consequências negativas dessa ausência tanto para o pai quanto para mãe e filho. O homem acaba perdendo o processo de preparação para a chegada do filho, sente-se menos responsável pela criança, a mãe sente-se desamparada emocionalmente e sobrecarregada de responsabilidades e para a criança o vínculo paterno demorará mais a ocorrer. (BENZAZZI, A.S.T.; LIMA, A.B.S.; SOUSA, A.P;2011.)

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a orientar que o cuidado na atenção pré-natal, perinatal e puerperal deverá ser centrado na família e não apenas na figura da gestante, preconizando assim uma atenção global onde a família é o alvo. Na

tentativa de integrar o pai neste momento o Governo Federal Brasileiro pelo artigo VII, inciso XIX, e pelo artigo X, parágrafo I, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e pela Constituição Federal criou a licença paternidade de cinco dias após o parto e autorizou a presença paterna no hospital ou maternidade no momento do parto e como acompanhante pós-parto. Além disso incluiu em sua Política Nacional Integral a Saúde do Homem o incentivo a participação do pai em todo o processo reprodutivo. (BENAZZI, A.S.T.; Lima, A.B.S.; Sousa, A.P;2011.)

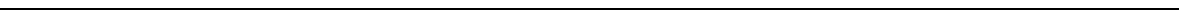
Ciente dessa realidade e com o incentivo da reflexão proposta pela terceira micro intervenção, decidi analisar com mais critério a realidade da UBS onde trabalho. Notei que o cenário descrito é bem semelhante ao meu ambiente de trabalho. Infelizmente pouquíssimos pais já estiveram presentes nas consultas pré-natais que realizei. Após tomar consciência desse fato cheguei à conclusão de que falta principalmente incentivo de toda equipe e instrução das mães e pais.

Em um primeiro momento aproveitei a reunião de equipe já programada para conscientizar todos sobre a importância da presença paterna desde o início da vida da criança, mesmo quando ela ainda é um pequeno embrião. Muitos confessaram que a falta de incentivo aos pais passava despercebida tanto quanto os malefícios causados por esta ausência. Para realizar esta reunião me baseei na cartilha do Ministério da Saúde intitulada “Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde” do ano de 2016. Após instruir a equipe discutimos métodos para conscientizar pais e mães e chegamos à conclusão de que a melhor forma seria entrar em contato com as gestantes de nossa área e solicitar que as mesmas viessem para uma ação educativa, acompanhadas de seus parceiros, que aconteceria no dia 15 de junho pela manhã e teria como tema o pré-natal e o papel do pai neste período. Como método de persuasão utilizamos um banquete de café da manhã, distribuição de medicações e a garantia de declarações de comparecimento para os pais que estariam em horário de trabalho.

Chegada o dia da ação fomos surpreendidos com o número de presentes. Das 15 gestantes esperadas, todas estavam presentes e dos 15 pais esperados 11 deles compareceram. Primeiro realizamos uma curta palestra utilizando como base teórica a cartilha citada acima e alguns artigos sobre o tema, que estarão citados nas referências ao término deste relato. Distribuimos cartilhas com informações pertinentes e contamos com a presença e breve orientação de uma psicóloga que discutiu sobre os fatores emocionais envolvidos. Ao final abrimos um momento de diálogo para que todos retirassem suas

dúvidas sobre pré-natal e questões relacionadas. Também utilizamos a ocasião para conscientizar os pais sobre os cuidados com a saúde do homem, a importância das consultas de rotina e vigília com a própria saúde. Para encerrar confraternizamos com todos através de um café da manhã reforçado e abri uma lista para os pais que tivessem interesse em se consultar logo após a ação para verificação do estado de saúde e solicitação de exames de rotina.

Concluo com esta experiência que na maioria dos casos não falta interesse por parte dos pais. O que de fato falta é incentivo e instrução. Muitos pais relataram que acreditavam se tratar de um momento íntimo da gestante e não uma consulta familiar, algumas gestantes confessaram não ter ciência da importância da presença do parceiro, confirmando minhas suspeitas. A grande maioria demonstrou-se comprometida com a mudança e na última semana que se sucedeu a ação os pais estavam presentes durante as consultas pré-natais. Para que essa conscientização se mantenha, toda equipe está comprometida em solicitar deste o agendamento da primeira consulta pré-natal a presença paterna. Médica e enfermeira também irão conversar com a família durante as consultas, enfatizando a todo momento a importância da presença da figura masculina na consulta.



CAPÍTULO IV: Quebra de paradigmas

Nas últimas décadas vivenciamos em nosso país o contexto da Reforma Psiquiátrica. Em contraposição a maioria dos movimentos psiquiátricos anteriores onde o doente psiquiátrico era visto como desprovido de cidadania e incapaz de cuidar de si próprio, portanto deveria ser tutelado pelo Estado e recluso em manicômios, a Reforma Psiquiátrica em curso enxerga o “louco” como um cidadão como todos os outros. Nesse novo contexto o doente deve ser incluso na sociedade, imponderado e tratado socialmente como um indivíduo qualquer apto ao trabalho e ao convívio social e apenas com a ressalva de não abandonar seu tratamento e acompanhamento de sua patologia. (PINTO; THIAGO ROCHA,2018)

Diferente do ocorrido em tempos passados onde a privação do convívio social era a base do tratamento, atualmente o convívio social é um dos principais patamares do plano terapêutico e a reclusão só deve ocorrer em casos graves onde todos os outros tratamentos não surtiram o efeito desejado. O tratamento atual consiste na inclusão no mercado de trabalho, no empoderamento do doente, na realização de dinâmicas, esportes, atividades em grupo, no conhecimento do paciente sobre sua condição entre outros. Esta é uma das grandes controvérsias médicas onde em questão de décadas houve uma mudança radical e inversão total de conceitos psiquiátricos relativos ao tratamento dessas condições. Em pouco tempo o “louco” mudou seu status de escória social para a de um cidadão singular que deve receber mais atenção, maior cuidado e até mesmo maior afeto. (PINTO; THIAGO ROCHA,2018)

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2013) 700 milhões de indivíduos em todo o mundo sofrem de doenças mentais, desses um terço não realiza acompanhamento médico e muito não tem sequer ciência de sua condição mental. Isso se deve em grande parte ao preconceito que ainda está entranhado em nossa cultura em relação as doenças mentais. Muitos indivíduos sofrem calados e até mesmo tentam esconder os sintomas. Felizmente este cenário vem mudando a medida que a ciência e a medicina progredem seus conhecimentos e aperfeiçoam as estratégias terapêuticas.

Com as quebras de paradigmas que ocorreram, a Atenção Primária a Saúde (APS) ganhou papel de destaque no novo plano terapêutico. A APS se tornou uma forma indireta de rastreio desses pacientes, um excelente “método” de diagnóstico precoce e orientação da população leiga, um “instrumento” terapêutico mais humanizado e acessível ao povo. Além disso a APS é capaz de realizar um acompanhamento longitudinal mais eficaz que a atenção

especializada. Na grande maioria dos casos esse nível de atenção a saúde, contando com o apoio multiprofissional, consegue ser resolutivo sendo necessário encaminhar para atendimento especializado apenas casos mais complexos, porém, sem jamais deixar de ser responsável pelo paciente e continuar o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde onde se iniciou o primeiro atendimento. (BRASIL,2013)

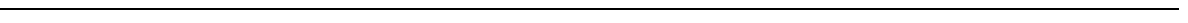
Ao estudar este módulo, da Especialização em Saúde da Família, sobre o Programa de Saúde Mental e realizar as reflexões solicitadas no tutorial desta micro intervenção pude concluir que até o presente momento trata-se da maior deficiência de nossa equipe. Infelizmente estamos deixando a desejar em inúmeros quesitos do PMAQ. Não realizamos nos últimos anos ações educativas voltadas aos pacientes em tratamento psiquiátrico, a maioria dos pacientes referenciados não retornam para continuação do cuidado, não temos registro do quantitativo de usuários de crack e nem mesmo do número de pacientes em uso de medicações psiquiátrica e suas especificações relevantes, o registro de pacientes com doenças mentais em nossa área deixa a desejar e uma porcentagem significativa de nossa equipe desconhece totalmente ou apresenta dúvidas importantes na inclusão ou exclusão dos pacientes no programa. Confesso que me assustei com a ignorância da equipe em relação ao tema por se tratarem de profissionais de saúde que estão há anos exercendo a profissão, mas não me deixei desanimar. Indaguei a equipe sugestões para melhoria desse cenário e nosso primeiro passo foi construir o instrumento de registro (ANEXO 2) solicitado por esta micro intervenção buscando atender os critérios exigidos pelo PMAQ e satisfazer nossa necessidade de registro destes pacientes. Temos também pontos positivos, nossa equipe sempre está em contato próximo aos pacientes e para aqueles que procuram atendimento no Programa de Saúde Mental a consulta é agendada e realizada praticamente no mesmo dia, nos casos mais complexos realizo visitas domiciliares para atendimento médico mais acessível a estes pacientes.

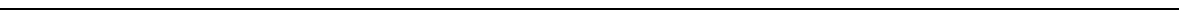
Durante o processo de realização da atividade também procurei obter informações sobre o funcionamento do aparato de Saúde Mental do SUS no município em que atuo. Em Macapá possuímos uma unidade de cada um dos seguintes tipos de CAPS: CAPS i, CAPS ad e CAPS III. Também contamos com o apoio psiquiátrico do Hospital das Clínicas de Macapá. Em conversa com a coordenadora de um dos CAPS presentes no município soube que apenas o CAPS ad está regularizado perante ao Ministério da Saúde em todo o estado e nossa unidade CAPS III está em processo de documentação. Nosso CAPS III conta com 3000 usuários cadastrados, não fica ativo 24 horas, conta com atendimento de dois

psiquiatras e acolhe pacientes por demanda espontânea e encaminhamentos. Temos também uma grande falha no município, nosso CAPS III está sobrecarregado com pacientes depressivos de grau leve que poderiam estar em tratamento apenas na UBS.

Como solicitado escolhi um de meus pacientes para a realização do Plano Terapêutico Singular (PTS). O paciente em questão A.B.M é do sexo feminino tem 23 anos e apresenta um quadro depressivo grave. O quadro se iniciou há dois anos através de uma depressão pós-parto e três tentativas de suicídio. A paciente foi ao consultório para uma consulta de puericultura acompanhada de marido e filho, no momento da consulta apresentou-se chorosa e bastante ansiosa com um simples quadro gripal de seu filho. Indaguei a paciente sobre seus sentimentos e está juntamente ao marido me relatou todo o histórico depressivo e as tentativas de suicídio logo após o parto, a paciente também relata que durante o puerpério não sentia apego pela criança, mas com o tempo o amor pelo filho prevaleceu. Durante estes dois anos a paciente realizou tratamentos particulares com um psiquiatra e fez uso de vários antidepressivos com boa aceitação do tratamento e mantendo um quadro melancólico. Logo após termino da consulta a paciente retornou ao meu consultório desacompanhada para ter mais privacidade aí então, a paciente me confessou que há 6 meses deixou de usar as medicações por conta própria sem o conhecimento dos familiares e desde então apresenta piora progressiva. Diante desta situação grave orientei a paciente de forma amigável e acolhedora, retornei suas medicações e discuti o caso com a psicóloga do NASF e a coordenadora do CAPS III onde elaboramos um PTS para esta paciente. Concordamos em realizar uma avaliação com médico psiquiatra através do CAPS III, consultas semanais com a psicóloga e consultas medicas comigo a cada 15 dias. Também discutimos com a paciente atividades esportivas para auxilio no tratamento. No momento estou aguardando a conta referência do CAPS.

Através da atividade deste módulo e debate com a equipe chegamos ao acordo de realizar no próximo mês uma ação com nossos pacientes psiquiátricos, preencher rigorosamente o instrumento construído e nos empenhar em melhorar nosso Programa de Saúde Mental. Também foi acordado que a equipe irá realizar o estudo de alguns artigos que recomendei para melhorar o conhecimento sobre o tema e o acolhimento ao doente mental. Em nossa próxima reunião irei debater com a equipe o básico para melhora de nossas atividades.





CAPÍTULO V : Criança também requer atenção

Considerando o contexto biológico, o termo crescimento refere-se ao aumento da estatura ao decorrer da infância e adolescência. Este é cessado ao término do aumento da altura. Já o termo desenvolvimento é mais amplo englobando o próprio crescimento além de outros conceitos. Desenvolver-se significa avançar patamares, não apenas estruturais, mas também intelectuais, ganho de habilidades, resistência biológica e emocional, dentre outros. (BRASIL,2002)

O crescimento e o desenvolvimento são os principais indicadores das condições de saúde na infância. Nas últimas décadas estando-se ciente dos reflexos da economia, educação, saúde, meio ambiente sob o desenvolvimento e crescimento infantil, buscou-se utilizar-se destes parâmetros para avaliar não apenas a saúde destes indivíduos como também o desenvolvimento do país. Foi estabelecido que o melhor método de acompanhamento destes seria o registro, durante as consultas de puericultura, de forma rigorosa e continua até os dez anos de idade da estatura, peso, índice de massa corporal (IMC) e de marcos do desenvolvimento pré-estabelecidos. (MJ; HOCKENBERRY, WONG; WILSON,2011)

Para registro dos parâmetros citados utiliza-se desde 1984 a Caderneta da Criança (CC). Inicialmente essa servia de instrumento apenas de registro, de 1984 a 2003 a CC sofreu modificações e passou a servir também como meio de instrução dos pais a respeito dos direitos infantis e de alguns marcos do desenvolvimento. Em 2015 a CC passou a ser denominada Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e se transformou em um livreto mais completo e instrutivo para pais e profissionais da saúde. A CSC é distribuída nacionalmente em hospitais e maternidades de forma gratuita pelo Ministério da Saúde aos pais de recém-nascidos e trata-se de um documento que deve ser apresentado em todas as consultas, internações, vacinações da criança. Durante todos os principais atendimentos que a criança for recepcionada em estabelecimentos de saúde a caderneta deverá ser entregue e o profissional de saúde deverá registrar o ocorrido. É de extrema importância que os pais sejam orientados a levarem sempre a caderneta aos atendimentos, a lerem as informações contidas nela e a guardarem com todo cuidado evitando perdas. (BRASIL,2004)

Após o estudo do modulo corrente conclui juntamente a toda equipe, com muito orgulho, que em nossa área de atuação a atenção a criança está sendo realizada de forma invejável. Ao responder o questionário desta micro intervenção (anexo 3) notamos que quase todos os parâmetros estão sendo seguidos com rigor. Felizmente não tivemos dificuldades

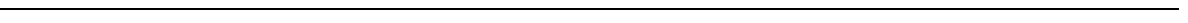
ao responde-lo justamente porque em nossa equipe o programa de Crescimento e Desenvolvimento é um dos que apresenta maior sucesso, e a maioria das agentes de saúde está há muitos anos atuando na equipe e assim possuem grande intimidade com as famílias. Acompanhamos de perto as crianças da área, registramos em ficha espelho os dados da CSC, fazemos buscas ativas na área avaliando se as crianças estão em dia com suas consultas e vacinas, realizamos visitas domiciliares aos recém-nascidos e realizamos ações buscando atingir o público infantil dentre outras medidas.

As consultas de puericultura em nossa equipe são intercaladas entre médico e enfermeiro. Durante minhas consultas médicas enfatizo sempre a importância da caderneta e de sua leitura, a importância da assiduidade nas consultas, de uma boa alimentação, do aleitamento materno no mínimo até os dois anos de idade, da atualização das vacinas e do relacionamento familiar e frequência na escola.

No último dia dezoito, foi um dos dias em que trabalhamos empenhados em prol do público infantil. Utilizamos neste dia uma das escolas de nossa área para realizar uma Ação Social objetivando vacinar o maior número possível de crianças contra o sarampo e poliomielite (respeitando a atual recomendação do Ministério da Saúde). Para atrair as famílias contamos com a apresentação de uma equipe de palhaços, distribuição de lanches e dinâmicas infantis. Também foram realizadas neste dia consultas aos que desejassem, aferição de glicemia e pressão arterial, orientações alimentares e de prevenção de doenças. Nos últimos trinta dias esta foi a segunda ação que realizamos atendendo crianças e familiares e continuamente estamos elaborando atividades assim.

Durante a ação social que realizamos buscando vacinar o maior número de crianças possíveis, pude entrar em contato com diferentes realidades enquanto consultava as crianças e seus pais. A maioria dos pais estava nitidamente preocupada com a adequação do calendário das crianças já que, devido ao surto de sarampo as orientações vacinais sofreram algumas mudanças. Independente de nível de instrução ou classe social, um problema era nítido, a maioria dos pais estava confusa e insegura quanto a necessidade ou não de seu filho receber a vacina e mesmo após minhas orientações notei que muitos ainda não se davam por satisfeitos, principalmente quando seu filho não se encaixava dentre as crianças que iriam ser vacinadas. A falha não estava apenas entre os pais, os técnicos da equipe e a própria enfermeira também se “enrolavam” ao tentar orientar quem procurasse por ajuda e isto acabou aumentando bastante minha demanda já que muitos entravam na fila para se consultar, apenas para retirar dúvidas básicas sobre a vacina.

A ação foi um sucesso porém, ficaram aprendizados. Em um próximo evento desse porte será essencial reunir toda equipe ao menos um dia antes, para que juntos possamos solucionar qualquer dúvida dos integrantes e preparar todos para solucionarem qualquer questionamento que surgir por parte dos pacientes. Também acredito que será extremamente útil colocar cartazes com orientações e dúvidas comuns além de fazer uma breve apresentação no intervalo das dinâmicas explicando sobre o tema abordado no evento. Acredito que a insegurança por parte dos pacientes e funcionários ocorreu devido a um desencontro de informações na mídia sobre o tema e uma falta de posicionamento claro a respeito do tema pelo Ministério da Saúde. Eu mesma ao procurar algum documento oficial no site do Ministério tive dificuldades em encontrar algo esclarecedor sobre o tema. Como ponto positivo, nossa ação conseguiu atingir muito mais do que o quantitativo esperado e isso se deve ao excelente trabalho de divulgação que fizemos. Para uma próxima, esperamos preencher as lacunas que ficaram neste último evento e sermos cada dia mais efetivos em nossos objetivos.



CAPÍTULO VI: Mudança em todos os contextos

Muito se conta sobre a transformação ocorrida na economia, na cultura e na religião após a Revolução Industrial, mas talvez a mudança mais impactante em nossas vidas tenha sido a transformação epidemiológica que nós, profissionais da saúde, chamamos de transição epidemiológica. Essa transição é um processo lento que ainda está em curso em nosso país e em alguns outros países. (ARAÚJO,2012)

A transição epidemiológica é gerada principalmente, mas não somente, pela alteração nas etiologias das principais doenças que acometem a população mundial nos dias de hoje. Tempos atrás, as principais etiologias das doenças eram infecciosas. Morria-se de peste, sarampo, varíola; doenças que em países de primeiro mundo são atualmente apenas relatos em livros. Hoje essas doenças não possuem impacto significativo em países desenvolvidos, na realidade desses a morte vem de forma lenta, silenciosa e saborosa. Ela se esconde em pacotes de snacks, bacon frito, litros de refrigerante e salas de estar com televisão em ultra HD. Isso ocorre porque a revolução industrial mudou toda nossa realidade, com ela veio a informática e a era moderna. Hoje o ser humano se tornou preguiçoso, não é necessário sair à caça pois o jantar pode chegar através de um toque no celular, não é mais necessário sair de casa para se divertir pois o catálogo de filmes é renovado quase todo mês. As doenças infecciosas tornam-se cada vez mais extintas depois do Bayon e da raquete mata insetos, à medida que a sociedade evolui e dia após dia as doenças não transmissíveis assumem o topo. (PRATA,1992)

A medicina procura avançar dia após dia no conhecimento dessas doenças e novas informações são conquistadas todos os dias. O profissional da saúde deve se manter sempre atualizado e vigilante. Em nosso país como ainda estamos em processo de desenvolvimento, em melhoria do saneamento e das políticas de saúde no geral, a transição epidemiológica também não está completa e o povo brasileiro é acometido por uma tripla carga de doenças que é composta por doenças transmissíveis, não transmissíveis e causas externas. Ainda são comuns em consultórios brasileiros doenças como dengue, amebíase, hanseníase, entretanto, cada dia mais elas estão sendo substituídas por doenças como hipertensão arterial e diabetes. Na realidade em que vivo de uma cidade capital, posso afirmar que as doenças não transmissíveis e provocadas por causas externas já é a realidade esmagadora dos meus atendimentos. (ARAÚJO ,2012)

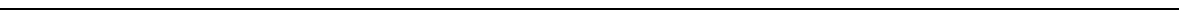
Em minha equipe de UBS a maioria das ações e trabalhos são voltados para doenças não transmissíveis, crescimento e desenvolvimento e saúde sexual e reprodutiva. Isso ocorre porque esses três grandes grupos são os protagonistas do nosso cotidiano. Diversos instrumentos foram criados para facilitar e monitorar nosso trabalho com esses grupos. Enfocando o grupo das doenças não transmissíveis, elaboramos planilhas de monitoramento para cada micro área compostas por: nome do paciente, data de nascimento, patologia principal e associadas, medicações em uso, IMC e data da última consulta. Essas planilhas são preenchidas pelos técnicos de enfermagem após a consulta, como médica eu registro as informações em prontuário, o paciente possui uma carteirinha entregue por nós onde durante consulta eu atualizo as informações e as agentes de saúde também possuem planilhas, como as do consultório, onde registram os pacientes e todas essas informações. Durante as visitas domiciliares das agentes de saúde a pressão de quase todos os membros presentes é aferida para que realizemos uma busca ativa e em alguns casos também aferimos a glicemia capilar. Em todas as consultas médicas estou sempre procurando enfatizar os cuidados preventivos e os bons hábitos de vida, calculo IMC, pergunto sobre atividades esportivas e patologias familiares dentre outros. Nossa equipe também é assídua nos trabalhos sociais e ao menos uma vez ao mês estamos participando de Ações de Saúde que buscam abordar as principais patologias vistas em consultório.

Durante nossa reunião de equipe apresentei aos colegas de trabalho o questionário desta micro intervenção. Discutimos cada tópico e a cada pergunta os integrantes iam relatando sua opinião sobre a efetividade das nossas ações em relação ao tema levantado. Como citei no parágrafo anterior, muito do que foi levantado pelo questionário já é realizado por nós, no entanto estamos falhos em alguns pontos. No momento do debate concluímos que somos falhos ao acompanhar o paciente no processo de realização de exames fora da UBS e de marcação de consultas quando encaminhados; não possuímos grupos de incentivo a atividade física e bons hábitos alimentares e não realizamos exame de fundo de olho.

Responder em equipe o questionário foi algo importante porque todos puderam ver que por mais que nos esforçamos para fazer nosso trabalho de forma eficaz, sempre há pontos que precisamos melhorar e que muitas vezes passam despercebidos porque permanecemos acomodados ao acreditar que já somos eficazes o bastante. Levantamos algumas ideias para resolução dessas falhas, mas todas precisam ser discutidas com mais tempo e com funcionários superiores a nós para serem colocadas em prática. Quanto a

questão dos grupos de atividade física e alimentação saudável estamos trabalhando com a equipe do NASF formas de concretizar esta ideia, quanto a fundoscopia me comprometi em me aperfeiçoar na técnica e teoria e cobrar da secretária de saúde municipal treinamento e equipamento necessário. A falha que mais encontramos dificuldade em elaborar uma solução foi o acompanhamento dos pacientes na marcação de exames fora da UBS e consultas com especialistas, por hora acordamos que as agentes de saúde serão responsáveis por entrar em contato com os pacientes após duas semanas do encaminhamento para obter informações sobre.

Não há como negar a importância desta micro intervenção para nossa equipe. O debate levantado serviu para abrir nossos olhos para questões que muitas vezes são deixadas para depois devido a correria do cotidiano. Discutir com a equipe e fazer com que todos os membros apontem falhas é de extrema importância e mais eficaz do que simplesmente informá-los sobre os planos de melhora. Quando todos discutem, além de mais problemas serem vistos, a aceitação e o empenho do profissional em buscar a melhora é sempre maior.



CAPÍTULO VII: Plano de continuidade

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Em prol de uma atenção básica eficiente	<p>Nosso objetivo nesta micro intervenção era avaliar a aplicação dos principais parâmetros da AMAQ em nossa área de atuação, construção de um instrumento para quantificação no dia a dia desses parâmetros e elaboração de uma matriz com um plano de solução para o parâmetro que estivesse mais aquém do desejado, de acordo com a avaliação de toda equipe.</p> <p>O parâmetro escolhido foi “UBS nas proximidades da área de abrangência”. Tendo em vista as dificuldades para deslocamento dos pacientes, decidimos elaborar como estratégia ações de saúde em cada micro área mensalmente.</p>	<p>Ao aplicar a estratégia de nossa matriz, obtivemos uma melhora significativa no acompanhamento dos pacientes crônicos e controle das principais patologias evitando assim agravos como AVE entre outros. Alguns pacientes que estavam há tempos sem consulta foram até nós quando estivemos em suas micro áreas demonstrando a eficácia de nosso trabalho, porém, alguns empecilhos surgiram em nosso caminho. Algumas vezes tivemos que repetir o atendimento na mesmo micro área antes mesmo de concluir os primeiros atendimentos nas seis micros áreas.</p>	<p>Visto o sucesso de nossa estratégia, toda a equipe concordou em dar andamento em nossas ações. Até fevereiro do próximo ano iremos realizar consultas nas três micro áreas que faltam e a partir de março realizaremos ações de retorno partindo das micro áreas que até o momento só receberam a equipe uma única vez e de forma cronológica onde a micro área que está sem suporte a mais tempo seja a primeira a nos receber. Todo mês uma das micro áreas receberá a equipe. Para evitar imprevistos fizemos um cronograma de meses e colocamos cada ACS que será contemplada com nossa equipe naquele mês. Fizemos o cronograma com base nas férias de nossas agentes e sempre dando um intervalo para que nenhuma região fique mais tempo sem suporte.</p> <p>Prazo para monitoramento: 28/02/2019</p> <p>Responsáveis técnicos: Médica e enfermeira da equipe.</p>

		<p>Isso ocorreu porque três de nossas agentes de saúde prolongaram suas férias com a licença premium dificultando nosso trabalho no tempo estabelecido. No geral os membros de nossa equipe estão satisfeitos com o sucesso de nossa estratégia, entretanto, precisamos nos organizar melhor para que não ocorram mais imprevistos e assim obedeçamos ao prazo. Em uma de nossas reuniões prolongamos o prazo até fevereiro de 2019 e estabelecemos acordos para que imprevistos não atrapalhem o cronograma.</p>	
<p>Mudar é preciso !</p>	<p>Nesta etapa nossa meta era aplicar em nossos atendimentos a demanda espontânea. Em um primeiro momento as agentes de saúde se encarregaram de divulgar aos pacientes como seriam os</p>	<p>Esta talvez tenha sido nossa micro intervenção mais desafiadora e permanece sendo um desafio todos os dias. Desde o início da aplicação da demanda espontânea</p>	<p>Para dar continuidade ao nosso objetivo de forma mais efetiva iremos trocar os antigos informativos da área de espera por cartazes mais esclarecedores para conscientização dos pacientes sobre a demanda espontânea, colocaremos um mapa para que cada paciente localize sua residência e assim sua equipe correta de ESF e</p>

	<p>atendimentos a partir de algumas semanas e na segunda etapa partimos para a ação. O primeiro contato com os pacientes ficou a cargo dos técnicos, eles ficaram responsáveis em acolher o paciente, realizar as medidas antropométricas e encaminhar o paciente para a consulta de enfermagem ou consulta médica de acordo com a necessidade avaliada. Em casos menos urgentes quando não houvesse tempo hábil planejamos atender o paciente no próximo turno de atendimentos.</p>	<p>vários obstáculos surgiram. Primeiro pacientes de todas as equipes e inclusive do pronto socorro de nossa UBS começaram a fazer fila para obter atendimento conosco, depois surgiram inúmeras confusões de pacientes que não aceitavam ficar sem atendimento de imediato. A situação amenizou depois que as outras equipes também iniciaram o atendimento por demanda Espontânea e colocamos na área de espera explicações sobre esse tipo de atendimento para conscientização dos pacientes. Outra dificuldade foram os pacientes que pedíamos para retornar no próximo turno. Muitas vezes surgiam pacientes mais urgentes e para não deixá-los</p>	<p>iremos estabelecer dois turnos por semana para atendimento agendado de pacientes menos urgentes que não puderam ser atendidos no momento que compareceram ao posto. Também iremos estabelecer um turno por semana para consultas pré-natal. Infelizmente restringir três turnos por semana foi a forma que encontramos para tentar amenizar a situação e conseguir progredir com a ideia da demanda espontânea. Acreditamos que estas medidas irão auxiliar em boa parte dos problemas e mais tarde, quando a população estiver melhor adaptada ,poderemos rever esses pontos. Prazo para monitoramento:31/07/2019 Responsáveis técnicos: Médica e enfermeira da equipe.</p>
--	--	--	---

		novamente sem atendimento acabávamos sobrecarregados.	
Pai se faz presente	<p>Durante o módulo de planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério nos foi sugerido uma reflexão sobre esses temas e nos deram a opção de levantarmos outros pontos que nos fosse pertinente. No caso de nossa equipe, resolvemos refletir também sobre o pré-natal do homem e foi baseado neste tema que estruturamos nosso micro intervenção.</p> <p>Percebemos que em nossa realidade de trabalho os pais estavam muito ausentes nas consultas pré-natais e após muita leitura tomamos ciência da importância paterna nas consultas. Para tentar resolver a falha elaboramos uma ação educativa com gestantes e pais onde abordamos diversos temas sobre gestação, criação dos filhos e importância da figura paterna durante o pré-natal. Além deste momento de conscientização da família, passamos a abordar sempre o assunto nas consultas</p>	<p>Após a ação educativa realizada já pudemos notar melhora na assiduidade paterna. Diversos pais que jamais tinham comparecido ao pré-natal se tornaram presentes, passaram a tirar dúvidas, a realizar exames pessoais, a se informar sobre eventos da gestação e desenvolvimento fetal.</p> <p>Para as novas gestantes que não participaram da ação nosso trabalho se iniciou desde o primeiro contato com as agentes de saúde que já fizeram a convocação paterna e a orientação dos pais sobre a importância do pré-natal do homem. Desde o início da nossa micro intervenção os resultados foram</p>	<p>Como plano de continuidade planejamos realizar ações educativas semelhantes a cada quatro meses ou quando acharmos que já há um número significativo de gestantes e pais que ainda não participaram de nossa palestra. Por minha conta irei elaborar um panfleto simples com as orientações principais ao pré-natal paterno e entregarei a cada primeira consulta médica pré-natal e estarei continuamente reforçando com as agentes de saúde e enfermagem a necessidade de convocarem o pai para as consultas. Como as medidas tomadas até o momento apresentaram bom resultado, acredito que apenas esses pequenos reforços serão suficientes no entanto, caso seja necessário, irei elaborar levando em conta a opinião de todos os colegas, novas estratégias.</p> <p>Prazo para monitoramento: 31/12/2019</p> <p>Responsáveis técnicos: Médica e enfermeira da equipe.</p>

	e convocar a participação do pai.	nítidos e considero está uma das nossas intervenções de maior sucesso.	
Quebra de paradigmas	Desta vez a tarefa que recebemos foi a de refletir sobre o suporte à saúde mental que nossos pacientes recebem, elaborar uma planilha para controle dos pacientes em uso de medicações psiquiátricas, substâncias entorpecentes dentre outros; procurar nos informar sobre a saúde mental em nosso município e elaborar um plano terapêutico para um de nossos pacientes psiquiátricos.	A saúde mental em nossa área era um dos maiores déficits. Após o estudo do tema pelos membros da equipe, diálogo e reflexões e construção do nosso instrumento de monitoramento pudemos notar uma nítida melhora na atenção da equipe a estes pacientes. Ainda há muito a se melhorar porém o primeiro passo já foi dado e agora os membros da equipe já encaram a saúde mental como parte do nosso trabalho e não mais como pacientes que devem ser encaminhados ao CAPS sem acompanhamento contínuo na UBS.	Para dar continuidade na melhoria do nosso suporte a saúde mental iremos esporadicamente estudar sobre o tema e fazer reflexões durante nossas reuniões para que assim todos solidifiquem a ideia de que também somos responsáveis e capazes de dar suporte a saúde mental, iremos realizar ao menos uma ação a cada seis meses voltada para esse padrão de pacientes, iremos dialogar e explicar aos pacientes sobre a importância de permanecer consultando com nossa equipe e dando continuidade conosco mesmo tendo atendimento no CAPS. Prazo para monitoramento:30/11/2019 Responsáveis técnicos: Médica e enfermeira da equipe.
Criança também requer atenção	O módulo de crescimento e desenvolvimento nos	O programa crescimento e desenvolvimento	Para aperfeiçoar nosso atendimento a esse público em constante desenvolvimento

	<p>propôs uma análise de alguns parâmetros levantados pelo PMAQ para sabermos se o serviço que oferecemos está de acordo com o preconizado. Para facilitar nossa ponderação, nos foi dado uma tabela com perguntas básicas. Por último me foi solicitado que relatasse uma das atividades relacionadas ao tema do modulo que considerássemos exitosa. Em meu relato falei sobre uma ação de saúde que realizamos em uma escola objetivando a atualização do calendário vacinal.</p>	<p>desde antes da micro intervenção sempre foi um dos de maior sucesso em nossa equipe. Porém após nosso momento de reflexão pude notar um empenho maior, e uma seriedade maior no acompanhamento de nossas crianças e adolescentes.</p>	<p>temos como meta elaborar mais ações educativas nas escolas sobre sexualidade, uso de drogas, importância de uma boa alimentação e inclusive importância dos estudos para uma vida melhor. A proposta é de realizar no mínimo uma ação por semestre abordando estes temas.</p> <p>Prazo para monitoramento:30/08/2019 Responsáveis técnicos: Médica e enfermeira da equipe.</p>
<p>Mudança em todos os contextos</p>	<p>Novamente nos foi dado um questionário para reflexão, desta vez o tema abordado eram as doenças crônicas não transmissíveis. Refletimos sobre diversos pontos da atenção ao paciente crônico e compreendemos que por mais que nos esforcemos para atender este público, estamos falhos em diversos pontos. Não conseguimos um acompanhamento efetivo na marcação de exames fora da</p>	<p>Infelizmente a solução dos problemas levantados não depende apenas de nossa equipe. Ainda estamos aguardando o apoio do NASF para a elaboração do grupo de alimentação saudável e atividades físicas, de acordo com eles a partir de fevereiro do próximo ano estes grupos estarão em atividade com o</p>	<p>Enquanto aguardamos o NASF e a prefeitura com o apoio que solicitamos, estamos conscientizando os pacientes sobre a importância da boa alimentação e das atividades físicas, estou finalizando um curso de oftalmologia básica fornecido pela UFMT para me capacitar para a realização do fundo de olho e outros temas básicos de oftalmologia e estamos planejando a criação de um grupo virtual para incentivo diário do seguimento da dieta por alguns de nossos pacientes que foram selecionados.</p> <p>Prazo para monitoramento:30/06/2019 Responsáveis técnicos: Médica e enfermeira da equipe.</p>

	<p>UBS, não possuímos grupos de atividade física e boa alimentação e não realizamos exame de fundo de olho.</p>	<p>apoio de nossa equipe. Quanto aos exames de fundo de olho estou me preparando para realiza-los enquanto aguardo o material solicitado a prefeitura. Em relação ao acompanhamento dos pacientes na marcação de exames fora do posto e consultas com especialistas, nossas agentes de saúde estão realizando o que programamos e por volta de quinze dias após a solicitação elas entram em contato com o paciente para se informar se o mesmo conseguiu o agendamento e em casos negativos a enfermeira da equipe está responsável por tomar medidas que solucionem o impasse e agilizem o processo.</p>	
--	---	--	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades realizadas ao longo deste trabalho foram bastante enriquecedoras tanto para mim quanto especializando, para minha equipe que pode usufruir durante os debates e principalmente para meus pacientes que foram a todo momento nosso foco.

Durante nossa primeira intervenção que esta relatada no capítulo I conseguimos solucionar um problema de muitos pacientes e assim, ajudamos muitas famílias necessitadas que não tinham meios para se locomover até nós. Esta intervenção ainda está em processo, mas seu benefício para os pacientes já é evidente!

Nossa segunda micro intervenção foi de fato o nosso grande desafio! Ainda não conseguimos aplicar totalmente a demanda espontânea em nossa área, mas a cada dia estamos vencendo as dificuldades. Acredito que uma mudança de tamanha proporção demanda tempo e eu e minha equipe estamos empenhados em vencer esta tarefa!

A quarta intervenção foi uma das nossas de maior sucesso! Os pais realmente se empenharam a acompanhar suas mulheres nas consultas pré-natal. Essa tarefa foi de fato fácil, talvez porque uma nova vida sensibiliza toda a família e até mesmo os homens se preocupam com o bem-estar de seus bebês.

A intervenção no módulo de saúde mental é outro desafio para nós. Precisamos ainda conscientizar melhor os pacientes quanto a necessidade de continuar seu cuidado na ESF mesmo tendo suporte no CAPS. Precisa-se também que os funcionários da ESF tenham mais conhecimento quanto a este programa para que assim nosso trabalho seja mais efetivo nesta área.

Após este ano de muito esforço e aprendizado, concluo que a cada micro intervenção cresci um pouco mais como ser humano e como médica. E atentei a detalhes que antes passavam despercebidos e vi que mesmo que façamos o possível para que o suporte ao paciente seja o melhor de todos, sempre haverá pontos para melhorar. Espero que com este trabalho tenha conseguido passar a todos vocês um pouco do que foi minha experiência em 2018 com o PEPSUS e a Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você: Acesso e Qualidade do Programa Nacional do Acesso e da Melhoria (documento síntese para avaliação externa): manual instrutivo. Brasília, 2012d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf . Acesso em: 13 jun.2018.

CHAVES, Lenir Aparecida et al . Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, e00201515, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000205004&lng=en&nrm=iso>. access on 13 June 2018. Epub Feb 19, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00201515>.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al . Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1829-1844, June 2017 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601829&lng=en&nrm=iso>. accesson 13 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.

OLIVEIRA, Sheyla Costa de et al. A PARTICIPAÇÃO DO HOMEM/PAI NO ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 1, maio 2009. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14118>>. Acesso em: 22 jun. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i1.14118>.

PESAMOSCA, L. G; FONSECA, A. D; GOMES, V. L. O. **Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero**. *Rev. Min. Enferm.* V.12, n.1, p.182-188, 2008.

CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. **Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras.** *Esc. Anna Nery [online]*. 2014, vol.18, n.4, pp.662-668. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140094>>. Acesso em 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima.- Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il, 2016.

FREITAS, W. M. F., et al. **Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor.** *Ver Saúde Pública*. V.43, n.1, p.85-90, 2009.

OLIVA, T. A.; NASCIMENTO, E. R. do; SANTO, F. R. do E. **Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 18(3):435-40, jul/set; 2010.

Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *Revista de Políticas Públicas*. 2011 jul-dez;15(2):327-33.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso>. access on 21 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A Saúde Mental pelo prisma da saúde pública. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OPAS/OMS, 2001. p. 1-16.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental.** Brasília, Editora MS, 1ª ed. 2013.

Almeida ACD, Mendes LDC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil --
- Revisão sistemática de literatura. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016; 34(1):122-131.

Souza, J., & Veríssimo, M. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito . *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(6), 1097-1104.

<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, DF: O Ministério; 2002.

Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Brasil - Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde - Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 168-175, June 1992 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200008>.

ARAÚJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>.

APÊNDICES

Matriz:Microintervenção 1

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

<p>▪ Descrição do padrão: UBS nas proximidades da área de abrangência.</p>						
<p>▪ Descrição da situação-problema para alcance do padrão: Área de abrangência muito distante da UBS.</p>						
<p>▪ Objetivo / meta: Levar a equipe para atendimento dentro da área.</p>						
Estratégias para alcançar os objetivos / metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento das atividades)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizações de ações na área	Atendimento médico e de enfermagem	Equipe completa e recursos humanos	Atendimento da população da área pela equipe	Enfermeira + Médica	31/10/18	Número de pacientes alcançados e de casos AVC + acidentes
Realização de exames	Realização de exames que podem ser feitos fora da UBS	Recursos humanos + materiais	Exames realizados periodicamente	Enfermeira + Técnicos	31/10/2018	Controle de doenças crônicas

CONTROLE MENSAL DE ATENDIMENTOS

ITENS	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	5ª SEMANA	TOTAL
Nº total de atendimentos totais						
Nº de consultas por demanda espontânea						
Nº de consultas agendadas						
Nº de atendimentos de HAS						
Nº de atendimentos de DM						
Nº de atendimentos saúde sexual e reprodutiva						
Nº de atendimentos de saúde mental						
Nº de atendimentos de pré-natal						
Nº de atendimentos de puerpério						
Nº de atendimentos de RN na primeira semana de vida						
Nº de atendimentos de puericultura						
Nº de atendimentos de homens de 10 a 49 anos						
Nº de atendimentos por asma						
Nº de atendimentos por DPOC						
Nº de atendimentos por arboviroses						
Nº de atendimentos de desnutridos						
Nº de atendimentos de tabagistas						
Nº de atendimentos de usuários de drogas (não legalizadas)						
Nº de encaminhamentos para serviços médicos especializados						
Nº de encaminhamentos para NASF						
Nº de encaminhamentos para nutrição						
Nº de atendimento de urgência e emergência						

Microintervenção IV

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento para avaliação dos critérios da AMAQ

CONTROLE MENSAL DE ATENDIMENTOS

ITENS	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	5ª SEMANA	TOTAL
Nº total de atendimentos totais						
Nº de consultas por demanda espontânea						
Nº de consultas agendadas						
Nº de atendimentos de HAS						
Nº de atendimentos de DM						
Nº de atendimentos saúde sexual e reprodutiva						
Nº de atendimentos de saúde mental						
Nº de atendimentos de pré-natal						
Nº de atendimentos de puerpério						
Nº de atendimentos de RN na primeira semana de vida						
Nº de atendimentos de puericultura						
Nº de atendimentos de homens de 10 a 49 anos						
Nº de atendimentos por asma						
Nº de atendimentos por DPOC						
Nº de atendimentos por arboviroses						
Nº de atendimentos de desnutridos						
Nº de atendimentos de tabagistas						
Nº de atendimentos de usuários de drogas (não legalizadas)						
Nº de encaminhamentos para serviços médicos especializados						
Nº de encaminhamentos para NASF						
Nº de encaminhamentos para nutrição						
Nº de atendimento de urgência e emergência						

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

<ul style="list-style-type: none"> Descrição do padrão: UBS nas proximidades da área de abrangência 						
<ul style="list-style-type: none"> Descrição da situação-problema para alcance do padrão: Área de abrangência muito distante da UBS. 						
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo / meta: Levar a equipe para atendimento dentro da área. 						
Estratégias para alcançar os objetivos / metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento das atividades)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizações de ações na área	Atendimento médico e de enfermagem	Equipe completa e recursos humanos	Atendimento da população da área pela equipe	Enfermeira+ Médica	1 x ao mês em área de cada ACS	Número de pacientes alcançados e de casos de AVC + acidentes em idosos
Realização de exames	Realização de exames que podem ser feitos fora da UBS	Recursos humanos+ materiais	Exames realizados periodicamente	Enfermeira+ Técnicos	1 x ao mês na área por cada ACS	Controle de doenças crônicas

Anexo 3: QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO EM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Anexo 4: Questionário para microintervenção em Doenças crônicas não transmissíveis

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?	5 dias		5 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			X	
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			

A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	X			
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		X
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	X		X	
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X

FOTOS EQUIPE



FIGURA 1: REUNIÃO DE EQUIPE.2018



FIGURA 2: CAFÉ DA MANHÃ.2018



FIGURA 3:SEGUNDA REUNIÃO DE EQUIPE.2018

