



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

**[TÍTULO: INTERVENÇÃO NA MELHORIA DA SAÚDE FAMILIAR
NO MUNICÍPIO DE JOÃO CÂMARA**

]

[ALUNO: ISLAYDY LÓPEZ HERNÁNDEZ]

NATAL/RN
2018

**[TÍTULO: INTERVENÇÃO NA MELHORIA DA SAÚDE FAMILIAR
NO MUNICÍPIO DE JOÃO CÂMARA]**

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: Maria Betânia Morais de Paiva]

[

DEDICATÓRIA

Quero dedicar o Trabalho de Conclusão de Curso a todas aquelas pessoas que estiveram do meu lado dando seu apoio incondicional, que ajudaram quando mais fiquei precisando.

Em fim dedico meu trabalho a minha família, esposo e amigos especiais.]

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, que fica longe mais promoveu toda minha jornada acadêmica. A meu esposo Cayo Cesar Martins por ficar o tempo todo do meu lado e contribuindo na realização das tarefas e do TCC em geral.

A minha mãe, por todo o apoio, compreensão e carinho, sem os quais não teria concluído este projeto.

A todos os meus amigos, em especial a Yaudelin, que levarei para sempre no coração pela sua ajuda e compreensão.

A facilitadora Maria Betânia Morais de Paiva que ensinou e orientou ao longo do curso.

E a Deus, nosso pai por ter colocado todas estas pessoas no meu caminho e me ajudar a ter fé e acreditar que ia conseguir os projetos propostos na minha vida.]

RESUMO

[Este trabalho de Conclusão de curso foi realizado no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS), na Unidade Básica de Saúde (UBS) 12 do município João Câmara do Rio Grande do Norte. Diante desta perspectiva, o presente trabalho retrata o desenvolvimento de atividades realizadas por uma equipe multiprofissional. As atividades foram executadas por meio de seis (6) microintervenções com o objetivo de buscar melhorias para os profissionais e pacientes que utilizam o serviço diariamente. Para alcançar o objetivo proposto eram realizadas, a cada microintervenção, reuniões onde os profissionais da UBS traçavam planos favoráveis ao atendimento junto à comunidade assistida. A realização das microintervenções proporcionou aos profissionais conhecer melhor a realidade local além de buscar estratégias de enfrentamento para as situações problemas identificadas. No desenrolar das atividades foram utilizadas várias estratégias como palestras educativas, formação de grupos de convivências e abordagem às famílias, A análise dos resultados foram avaliados nas realizações das microintervenções em parceria com a equipe de saúde na busca pela satisfação dos usuários e atendimento integral.

Palavras – Chaves: Assistência Integral à Saúde, Estratégias Locais, Atenção Primária à Saúde .]

SUMÁRIO

[APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	13
CAPÍTULO 3	18
CAPÍTULO 4	23
CAPÍTULO 5	27
CAPÍTULO 6	32
CAPÍTULO 7	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	50
ANEXOS	52

APRESENTAÇÃO

[O trabalho trata-se das estratégias dos profissionais da saúde no melhoramento da Atenção Primária nas Unidades Básicas da Saúde (UBS). Trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas no território.

O estudo foi realizado no PSF 12, Valentim do município João Câmara do estado do Rio Grande do Norte. O PSF fica no território rural, com uma estrutura confortável, composto por uma equipe de saúde acolhedora. Quando cheguei ao Brasil fui escolhida para trabalhar nessa UBS e foi uma benção de Deus porque fui bem acolhida pela equipe e pacientes, consegui fazer ações e estratégias de saúde que tiveram resultados positivos nas comunidades. Melhoraram os estilos de vida, diminuíram os fatores de risco, conseguimos desmamar pacientes em uso de ansiolíticos, fumantes e em uso de drogas.

As experiências vivenciadas na realização das microintervenções foram elaboradas com a finalidade de promover melhoras nos estilos de vida da população, diminuir os fatores de risco de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), desmamar pacientes em uso de ansiolíticos, fumo, drogas, incentivar as mulheres em idade fértil ao uso de preservativos e de comprimidos anticoncepcionais. Foi uma satisfação a realização do trabalho pelos resultados obtidos.

Desse modo, convido a todos a ler o trabalho em sua íntegra e ver opções que podem servir de experiências exitosas no desempenho do trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) .

CAPÍTULO I: [

TÍTULO: DISLIPIDEMIA: UM INIMIGO SILENCIOSO

COLABORADORES: Denise Vicente e Vercia Lima

A Unidade Básica de Saúde (UBS) N12 encontra-se localizada no Povoado de Valentim, município Joao Câmara, estado Rio Grande do Norte. A Equipe Básica de Saúde (EBS) trabalha numa zona rural, e considerando a tipificação das unidades em 1, 2, 3, 4 segundo o dimensionamento, infraestrutura e ambiência, esta se classifica em UBS tipo 1 (GIOVANELLA, 2015). Está composta por uma equipe de trabalho completa que inclui médica, enfermeiro, 1 técnica de enfermagem, dentista, técnica de saúde bucal, e 5 agentes comunitários de saúde (ACS) que no dia a dia trabalhamos com muito amor, responsabilidade e compromisso para levar saúde a todas as pessoas que precisam.

Atualmente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica de Saúde (PMAQ-AB) tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (PINTO, et al, ANO). Situa a avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (CARDOSO et al, 2015). A autoavaliação é o ponto de partida para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e para que fosse possível em nossa realidade utilizamos o instrumento de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e Qualidade – AMAQ (SICHELERO; MEDEIROS, 2011).

Nossa EBS fez a reunião para realizar uma nova autoavaliação no dia 28 de abril às 14 horas, na sala das ACS por ser um local amplo, onde identificamos situações que não dependem de equipe e sim da gestão, como problemas com equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos e os problemas que se dependem exclusivamente do nosso fazer cotidiano que diz respeito à organização de processo de trabalho, atenção integral a saúde e Programa de Saúde na Escola (PSE). Nesse sentido, foram debatidas as questões que dependem de nossa intervenção de forma clara e objetiva e considerou-se como prioritário e factível para resolver com os recursos que temos na própria UBS, sem intervenção de outras instâncias a ineficiência das ações para os usuários que se encontravam com quadro

de dislipidemia no território, pois é uma doença prevalente que está afetando a saúde de muitas pessoas.

Com a identificação do problema decidimos traçar um objetivo e meta, para fazer todas as ações necessárias para diminuir o número de pacientes com dislipidemia na comunidade local. Nesse sentido, se faz necessário a realização de um diagnóstico na perspectiva de pesquisar e procurar identificar os fatores condicionantes e determinantes que está afetando nossa comunidade e UBS, sejam doenças, fatores de risco, maus hábitos alimentares, questões relativas a esgotamento sanitários, condições de higiene, etc.

Em nossa UBS a coleta da informação dos atendimentos dos profissionais realizados pela médica, enfermeiro, dentista é feita manualmente, pois não temos Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Contamos com as fichas de atendimento individual que recolhe os dados gerais dos pacientes, como número de cartão SUS, data de nascimento, sexo, tipo de consulta: programada/agendada, local de atendimento, peso, altura, diagnóstico. Enfim, muitos dados importantes que logo são preenchidos no prontuário individual. Outra forma de monitorar os indicadores do PMAQ são os livros para melhor registro e controle (PINTO; SOUZA, 2012). Por exemplo, os livros de programação das consultas de gestantes, de puericultura, de pacientes hipertensos, diabéticos, tabagistas, alcoolistas, pacientes com transtornos mentais, puérperas, registro das visitas domiciliares e o livro de exames preventivos. Esses registros permitem um maior controle e avaliação do cumprimento dos indicadores estabelecidos pelo PMAQ.

Portanto, ao identificar o problema da grande quantidade de usuários com dislipidemias, decidiu-se fazer a microintervenção. Com ações como, por exemplo, criações de estratégias para diminuir as dislipidemias, consultas individuais, grupos de caminhadas, palestras, rodas de conversa, atendimento compartilhado com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando melhorar a qualidade de vida de esses pacientes e seus familiares.

A equipe teve dificuldades para reunir a maior quantidade de pessoas e realizar a roda de conversa em virtude da distância entre as microáreas, mas pactuamos além de outras estratégias, agregar aos poucos os pacientes no território.

Nesse contexto, percebemos que os pacientes ficavam impressionados quando (EBS) falava das dietas incentivando o uso de alimentos de preços acessíveis e muitas vezes produzidas pela própria comunidade. Ao final dos encontros eram realizadas perguntas sobre o que se tinha tratado no dia para ter um melhor feedback em relação ao entendimento dos usuários sobre as causas das dislipidemias e as formas de tratamento. Através dos diálogos equipe-comunidade, ficou clara a necessidade de adesão de um profissional nutricionista no quadro da UBS, pois, a presença do profissional apenas no quadro do NASF, não consegue ser tão objetivo quanto o trabalho realizado diariamente com a comunidade.

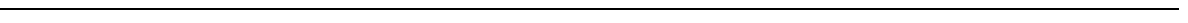
Com a identificação do problema decidimos traçar um objetivo, metas e estratégias para fazer todas as ações necessárias para diminuir o número de pacientes com dislipidemias. Por isso, decidimos realizar a microintervenção para ajudar aos pacientes e seus familiares e procurar uma melhor preparação e conduta para atuar com o problema assinalado.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão	Criar ações para diminuir o número de pacientes com transtorno no metabolismo dos lipídeos (CID 10 E78.0)
Descrição da situação problema para o alcance do padrão	Criações de estratégias para diminuir as dislipidemias.
Objetivo\meta	Reduzir o número de pacientes com CID 10 E78.0
Estratégias para alcançar os objetivos e metas	1'-Reunião com ACS para identificar os usuários com (CID 10 E78.0)2- Palestras e reuniões de grupo com (CID 10 E78.0)
Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento das atividades)	1-Atividades em grupo 2- Orientações individuais
Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	1-Local 2-Material e insumos necessários
Resultados esperados	1-Diminuir quantidade de pacientes com CID 10 E78.0

	2-Diminuir a idade do início de pacientes com CID 10 E78.0
Responsáveis	ESF, NASF e SMS
Período	Três meses
Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados	1-Prestação de contas na audiência pública 2-Reunião mensal para avaliar os níveis alcançados

A Microintervenção tem uma grande importância já que nos facilitou recuperar as informações suficientes para elaborar este trabalho, dar seguimento e prioridade as dificuldades encontradas e assim, poder reduzir o quadro desses agravos e melhorar o bem-estar das pessoas com dislipidemia. Para isso criamos opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivos a prática de atividade física na UBS o em outros espaços do território, como Academia de Saúde]



CAPÍTULO II: [

TÍTULO: ACOLHIMENTO NO POSTO DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO DE USUÁRIOS.

COLABORADORES: Cayo Martins, Micarla, Silvana, Vecia, Carlos, Denise

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização que concretiza os princípios básicos do Sistema Nacional de Saúde – SUS (BREHMER; VERDI, 2010). Esta diretriz deve estar presente de forma transversal em toda Unidade Básica de Saúde (UBS). No encontro com o outro, em qualquer local da UBS, é necessária, aos profissionais de saúde, uma postura de escuta, de cordialidade e de predisposição para resolver os problemas trazidos pelos pacientes (PIMENTEL; BARBOSA; CHAGAS, 2011).). Esta temática é de suma importância para analisar e melhorar o trabalho da equipe tornando o atendimento mais objetivo, rápido e humanizado.

A proposta da atividade além de discutir, no coletivo, a respeito do acolhimento, procura melhorar o acesso do usuário à UBS. Pacientes que moram em comunidades muito longe, só conseguem chegar ao posto de saúde de transporte, sendo o mesmo, carro da Secretaria de Municipal de Saúde (SMS).

Esta intervenção permitiu esclarecer o trabalho e importância de cada profissional no contexto da UBS, visando, sobretudo oferecer uma boa atenção à comunidade geral. Foram realizadas primeiramente reuniões entre os profissionais objetivando a pontuação de melhorias na logística do atendimento, por exemplo: como deveria ser a triagem na recepção, quais pacientes deveriam ter preferência, a possibilidade de ser aferido sinais vitais dos pacientes pelo técnico de enfermagem e enfermeiro, auxiliando o trabalho do médico e o calendário de cada comunidade a ser visitada.

Após as reuniões dos profissionais da UBS, foram realizadas encontros, na própria unidade, com líderes comunitários para que houvesse incentivo à presença dos usuários da comunidade em dois eventos previamente marcados, na recepção da unidade, para que os mesmos discorressem sobre o tema: “A unidade que eu quero”.

Nas reuniões em que o usuário pontuava seus anseios, foram destacados pontos como a necessidade da maior presença da equipe em comunidades mais distantes, o tempo de espera para os atendimentos e até mesmo uma maior cordialidade dos profissionais que compunham a recepção.

Para atender as necessidades que encontramos, foi acordado com apoio da SMS:

- Que seria disponibilizado um transporte para a UBS que levaria maior parte da equipe para as comunidades mais distantes melhorando a qualidade do atendimento domiciliar.
- O tempo máximo de espera para atendimento na unidade ficou acordado em 10min.
- A equipe de enfermagem deve fazer a coleta imediata de dados dos usuários que comparecem ao atendimento como: Pressão arterial, Frequência Cardíaca, Saturação de Oxigênio e queixa principal. Após a coleta desses e outros dados, de importância clínica, é realizada a triagem e logística do atendimento sempre em comunicação direta com o médico.
- Musicoterapia na sala de recepção;
- Pacientes que se deslocam ao posto para renovação de receita médica devem sempre procurar o agente comunitário de saúde, com antecedência, para que o mesmo entrasse em comunicação com o médico para agilizar esta demanda e diminuir o volume de espera na recepção. Porém, esta estratégia, é uma orientação na tentativa de reeducação do usuário não impedindo de o mesmo ir direto à UBS.

Na realização do microintervenção percebemos alguns problemas que ocorrem durante o processo do acolhimento como o esquecimento de realizar alguns registros importantes: aferição de pressão arterial, verificação a temperatura e avaliação de dados antropométricos. Ao percebermos este problema, fizemos uma apostila de revisão em conjunto com os profissionais e foi esclarecido as dúvidas. A apostila fica sempre disponível na unidade ao acesso de qualquer profissional permitindo uma melhor orientação no desempenho das funções.

A microintervenção foi muito satisfatória, ofertando conhecimentos e esclarecimentos acerca de muitas dúvidas existentes relativas aos diferentes modos de

acolher. Dessa forma, todos tiveram a oportunidade de aprender um pouco mais sobre essa área de conhecimento tão importante no atendimento ao paciente e assim, contribuir na melhora da organização e divisão do trabalho na equipe.

A partir da experiência percebemos que o acolhimento é a porta de entrada para um bom desempenho do serviço prestado, o qual a cada dia está ganhando maior importância no contexto da Atenção Básica. Além disso, nos incentivou a sermos mais organizados no planejamento e desenvolvimento de uma tarefa a ser realizada, dessa forma trabalhamos como uma equipe mais unida e fortalecemos nossa ligação direta com a comunidade que estamos atendendo, atuando dentro da ética profissional.

Dessa maneira possibilitando e mantendo o respeito entre todos, de forma igualitária para que a realização desse serviço seja satisfatória é necessário ter uma formação de qualidade, possuir ou adquirir princípios de solidariedade, espírito público, sentimento prático, sem preconceito, com respeito e tolerância aos outros. O acolhimento não funciona sozinho, é um trabalho que necessita do envolvimento de toda a equipe de trabalho.

O desenvolvimento do trabalho foi substancial para um contato mais estreito com a comunidade. Espera-se que a equipe da unidade do PSF12 Valentim, tenha toda a preparação e capacitação para fazer um bom acolhimento. As mudanças no serviço começaram desde que fizemos a microintervenção. Cada integrante da equipe de trabalho entendeu como fazer um bom acolhimento, principalmente corrigindo em grupo dificuldades individuais, contribuindo assim para um melhor nível de atenção em saúde.

]



CAPÍTULO III: [
TÍTULO: ATENÇÃO À MULHER NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO,
CONSULTAS DE PRÉ- NATAL E PUERPÉRIO.

COLABORADORES: Micarla, Silvana, Vecia, Carlos, Denise, Cayo Martins

Além de nossa ESF de trabalho, contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrado por psicóloga, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. Ainda é importante destacar o trabalho do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que é integrado por enfermeiro, psiquiatra, psicólogo e assistente social, para o qual são encaminhados todos os usuários que precisam do atendimento especializado. Com minha chegada nesta UBS o trabalho foi organizado da melhor maneira para obter um bom atendimento a população.

Foram colocados em prática projetos e objetivos principais da Atenção Primária à Saúde (APS) promovendo prevenções, tratamento e reabilitações. Esta UBS presta assistência para várias comunidades e assentamentos.

Por ser de difícil acesso da população em nossa UBS, o atendimento é itinerante, sendo realizado em colégios de duas comunidades, duas vezes por semana. O total de pessoas atendidas em nossa UBS é de 1300 pessoas, distribuídas em 107 famílias. Atualmente, temos um total de 350 mulheres em idade fértil, 90 adolescentes, 260 adultas, 12 grávidas, dessas 6 são adolescentes, e 4 puérperas.

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada prioritária da mulher no sistema único de saúde além de coordenar o cuidado das redes de atenção. Possibilitar o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e coordenação do usuário na rede são responsabilidade das equipes que atuam nesse nível de atenção.

Planejamento Familiar é um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos e também a prevenir gravidez indesejada. Todas as pessoas possuem o direito de decidir se terão ou não filhos e o estado tem o dever de oferecer acesso a recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem a prática do planejamento familiar. O termo planejamento reprodutivo é priorizado ao incorporar

mulheres em união conjugal, mas também mulheres com vida sexual sem parcerias estáveis e as que se preparam para iniciar sua vida sexual, considerando-as sujeitos na esfera das políticas de saúde no que concerne à sexualidade e reprodução. Nessa direção busca-se subsidiar a discussão de políticas públicas voltadas à atenção integral à saúde da mulher, em especial ao evidenciar algumas lacunas no debate entre demandas contraceptivas e reprodutivas das usuárias e o atendimento em planejamento reprodutivo recebido na unidade que frequentam, no intuito de garantir seus direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2004).

Nossa unidade possui medidas que auxiliam no planejamento, como a distribuição gratuita de métodos anticoncepcionais, distribuição de camisinhas, além de expandir as ações educativas sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva tanto para homens como para mulheres. A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (BRASIL, 2005).

As DST's afetam homens e mulheres de todas as idades, etnias e classes sociais. Adolescentes e adultos jovens são os mais acometidos, pois eles têm relações sexuais mais frequentemente, com parceiros variados e ainda não estão cientes da importância de preveni-las com o uso da camisinha.

Nossa unidade tem a característica de ter uma população com pouco acesso à educação de qualidade, nossa equipe faz intervenção com toda a população sem restrição de idade ou sexo; sobre diversidade sexual, relação de gênero e prevenção de todos os DST's. Nessas intervenções falamos sobre diversos assuntos entre os quais destacamos o retardo do início da vida sexual, visto que quanto mais jovem a pessoa tem sua primeira relação sexual, terá mais chances de contrair DSTs. O risco se eleva com o tempo, à medida que a quantidade de parceiros sexuais aumenta. Retardar o início da vida sexual ativa pode ajudar a evitar DST.

Usar preservativo sempre que tiver relação sexual é uma das medidas mais importantes de prevenção das DST's. O preservativo não oferece proteção completa, porém diminui a chance de contraí-las. Outros métodos anticoncepcionais como diafragma, pílula anticoncepcional, Dispositivo Intra Uterino (DIU) e implantes hormonais não protegem contra DST.

Nossa equipe realiza exames a toda pessoa com vida sexual ativa, especialmente se tiver mais de um parceiro sexual, para o diagnóstico precoce de DST. Quanto mais cedo ela for detectada, mais fácil será o tratamento. É feita notificação, tratamento adequado e encaminhamento para serviços especializados a todo caso diagnosticado de (Vírus da Imunodeficiência Humana) HIV e outras DST's.

Pré-natal e Puerpério é outro problema a tratar na atenção básica de saúde em nossa unidade e considerada uma das atividades mais importantes de tantas outras realizadas pela ESF. Trazemos essa informação, pois um bom acompanhamento da gestante e a puérpera resultam na melhoria direta de indicadores de saúde que o país tanto luta para melhorar: mortalidade materna e infantil.

Os ACS fazem pesquisa e levantamento periódico das gestantes de sua área inclusive adolescentes.

O pós-parto trata-se de um momento delicado que envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais tanto no cotidiano quanto nas relações sociais. É necessário apoio e proteção a essa mulher por ser um período de ansiedade despertada com a chegada do bebê, além das frustrações em razão das expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade.

Nós realizamos visita puerperal tão logo que a mulher chegue da maternidade para avaliar seu estado de saúde, orientar e apoiar a família para a amamentação, orientar os cuidados com o recém-nascido, identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las, orientar o planejamento familiar e planejar a próxima consulta.

Após este módulo nossa equipe está organizada para este acompanhamento e eu proponho transformar a realidade de nossa comunidade, melhorar a capacitação de toda equipe da unidade com relação a manejo do planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério,

melhorar a disponibilidade de métodos anticoncepcionais, aumentar as intervenções com toda a população.

]



CAPÍTULO IV: [

TÍTULO: A SAÚDE MENTAL EM NOSSA EQUIPE DE TRABALHO.

COLABORADORES: Cayo Martins, Denice Vicente, Relva, Silvana, Lucia

A atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), configura um campo de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade. A Atenção Primária em Saúde (APS) deve ser também, o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Atualmente, a articulação entre a Política de saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado. Isso porque, dependem da efetivação dessa articulação a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços, com garantia de continuidade de atenção. Na Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, destaca-se que as equipes de atenção básica, por sua proximidade com famílias e comunidades, se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

O campo de intervenção da Equipe de Saúde da Família (ESF) é sempre composto pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. Nessas relações a questão de saúde mental também se apresenta, trazendo para a um novo contexto de atuação antes restrito a família, ao tratamento médico e a internação psiquiátrica. Existe a necessidade de refletir sobre as questões de saúde mental na dinâmica das equipes de saúde, o que pode ocorrer por meio da discussão de casos, da organização coletiva de atendimento humanizado a essa demanda e do trabalho em equipe. Para tanto, a capacitação contínua do profissional é necessária, pois é de suma importância para as práticas de saúde, especialmente quando se leva em conta que a chegada de usuários com sofrimento psíquico

nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é bastante frequente e a ESF é quem dá a atenção, fazendo o primeiro diagnóstico (BRASIL, 2003).

O profissional que atua na APS encontra-se em muitas situações de saúde mental, por exemplo, o abuso de comprimidos ansiolíticos. Pela quantidade de pessoas em consumo, nossa equipe fez a microintervenção abordando em esse tema. O abuso de substâncias ansiolíticas não afeta somente a uma pessoa, mais afeta também as famílias, pode criar conflitos pela dependência, pode trazer como consequência suicídio.

Minha equipe em parceria o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e os componentes do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) do município João Câmara constitui uma equipe multiprofissional que procurar estabelecer uma aproximação na questão da saúde mental, a fim realizar melhor trabalho e prestar um atendimento humanizado. Todos os profissionais e equipamentos envolvidos zelam pelo cuidado e manutenção do indivíduo em seu ambiente social em estruturas que favoreçam a desmistificação do sofrimento psíquico, promovam a inclusão social e o consequente, aumento do poder de contratualidade social do usuário e o melhor tratamento para o paciente doente.

Com relação à proposta da microintervenção de selecionar um caso de pessoa atendida na minha área de abrangência que necessite de uma atenção integral em saúde mental na perspectiva de elaborar uma linha de cuidado, identifiquei a situação que se segue:

M.C.F. 55 anos, agricultor, casado, pai de dois filhos menores de idade, reside no povoado de Ladeira Grande, zona rural do município de Joao Câmara e área do PSF 12. O paciente é quem sustenta a casa, pois a sua esposa não trabalha. Ele chegou à consulta queixando-se de muita ansiedade porque foi demitido do trabalho há aproximadamente 1 mês e que não conseguia dormir. Então, a sua esposa deu a ele um comprimido de Clonazepam e só assim, conseguia dormir. Desse modo, solicitou que fizesse uma receita do remédio, pois estava convencido que só assim ficaria bom. Durante a avaliação o paciente se apresentava muito ansioso. Foi prescrito chá de camomila e marcamos outra consulta para dentro de dois dias. Fiz uma reunião com a ESF informando do que estava acontecendo e que precisava da cooperação de todos para ofertar o melhor acompanhamento possível. Após a reunião ficou decidido que iríamos solicitar apoio ao NASF e ao CAPS. E assim foi feito, porém, não obtivemos o devido apoio, pois a grande demanda de psicologia e

psiquiatria impediu que o paciente tivesse um rápido acesso a estes profissionais. Após um grande período de espera o paciente foi atendido pelos profissionais de saúde mental, do NASF e do CAPS, e assim, obteve melhora no seu quadro clínico.

Depois de feita a microintervenção a equipe ficou mais preparada na atenção o e acompanhamento de pacientes com doenças mentais. Foi um grande desafio para a equipe e identificamos a necessidade de melhorar o controle e atenção de pacientes com uso abusivo de ansiolíticos na comunidade local, em virtude da longa espera do apoio de profissionais da saúde mental. A experiência abriu espaço para a exploração de novas possibilidades, técnicas e intervenções nas famílias que tem um paciente com esse tipo de transtorno. O caminho para alcançar este objetivo só é possível em curto prazo e de maneira sustentável, por meio de uma atenção primária forte, que integrada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados, fortaleça o cuidado em saúde mental na perspectiva da integralidade.

No momento em que o significado atribuído ao ansiolítico for reconstruído, ou seja, quando ele não for mais visto como “a força” que elas precisam para suportar os seus sofrimentos cotidianos, é possível que os usuários possam mudar de posição em relação à percepção dos seus sofrimentos. Isso significaria uma tomada de consciência, no sentido de entender e procurar alternativas para os problemas que os fazem adoecer, tornando-se verdadeiros sujeitos de mudanças e de transformação.

]



CAPÍTULO V

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A CRIANÇA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 12

COLABORADORES: Cayo Cesar Martins, Denice Vicente, Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Quando uma mulher fica grávida chega um período de acontecimentos e expectativas não só para a gestante, mas também para toda família. Cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento (DE BEM; WAGNER, 2006). Os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) têm que avaliar o contexto familiar, social, ambiental, o relacionamento e disposição dos pais para o cuidado da criança.

A equipe de saúde deve ainda compreender e orientar os pais sobre a formação de vínculos e o fortalecimento da parentalidade (DEMOTT, 2006). Os laços afetivos formados, em especial entre pais e filhos, influenciam o desenvolvimento saudável do bebê e determinam modos de interação positivos, que possibilitam o ajustamento do indivíduo aos diferentes ambientes de que ele irá participar (DESSEN; POLONIA, 2007).

A Equipe de Saúde da Família (EBS) fez uma reunião e respondeu ao questionário que se segue:

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	

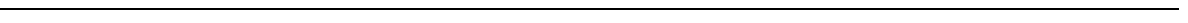
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Nossa UBS tem uma ESF que faz acompanhamento à criança, pais e família satisfatoriamente. Ficamos atentos para as necessidades do serviço como os insumos, materiais de expediente, fichas de registros, materiais de trabalho. Com relação à saúde da criança realizamos o acompanhamento multiprofissional em equipe envolvendo médica, enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dentista na perspectiva de cumprir os critérios preconizados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Criança (PNAISC).

No desenvolvimento da microintervenção e pesquisa da atenção a crianças no posto de saúde, achamos algumas dificuldades, como foram: atraso na vacinação de duas crianças porque as mães não levaram os filhos ao posto, para resolver o impasse a equipe concordou em vacinar essas crianças no domicílio, também tivemos dificuldades com a questão da pesagem dos bebês devido a problemas na balança por aproximadamente duas semanas. Durante esse período foi utilizada a balança de adultos e ajustado o peso da criança reduzindo o peso do acompanhante.

Aprendemos com a realização da microintervenção que temos que ficar atentos a todos os aspectos relacionados à saúde da criança para que possamos ofertar um atendimento integral a esse ciclo de vida. Nessa direção, é necessário o fortalecimento do trabalho em equipe e a corresponsabilização dos atores envolvidos.

]



CAPÍTULO VI: [

TÍTULO: CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

COLABORADORES: Cayo Martins, Denice Vicente, Relva, Silvana, Lucia

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade, incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral na maioria dos países de nosso continente, incluindo o Brasil.

O Diabetes Mellitus (DM), ou diabetes, assim como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma DCNT. Diabetes e hipertensão estão em constante associação devido à frequência em que ocorrem e por serem consideradas problemas de saúde pública no Brasil e no Mundo. Estas doenças apresentam aspectos em comum como origem, fatores de risco, complicações e formas de tratamento. As duas são as doenças com maior incidência e prevalência na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Nessa direção a microintervenção do módulo de “Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na “Atenção Primária à Saúde” deve se nortear pelas prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Novamente, vamos fazer algumas perguntas e refletir sobre elas. Para isto, fomos norteados pelo questionário que se segue:

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	A primeira consulta começa no primer dia que que identifica –se que o paciente está com HTA , não precisa		O paciente que detecta-se com Diabetes Mellitus não precisa agendar consulta para ser tratado e levar acompanhamento	

diabetes na unidade de saúde?	esperar por uma consulta agendada.			
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		X		X
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X		X	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?		X		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		X	
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em	X		X	

função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		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
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos	X		X	

considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	X		X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?		X		X

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	X. A equipe faz fala educativa, encaminha para Nutricionista. Fazem acompanhamento para identificações de riscos de doenças crônicas secundárias.	

Se SIM no item anterior, quais ações?

QUESTÕES	SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X	
Oferta ações voltadas à atividade física	X	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o	X	

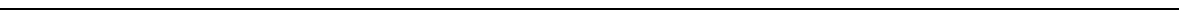
acompanhamento deste usuário na UBS		
Encaminha para serviço especializado	x	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	x	

As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas com a finalidade de dar suporte e apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Podem ser estruturadas a populações ou a indivíduos, a partir da estratificação de risco, para que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos outros setores possa ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com custo-efetividade e qualidade assistencial. Essas medidas precisam ser efetivas, seguras e aceitas pelos indivíduos e seu custo deve ser possível tanto para os serviços de saúde como para as pessoas em termos emocionais, físicos ou sociais (ROSE, 2010).

A equipe quando identifica um paciente com uma doença crônica, no momento faz a primeira consulta de avaliação, indica exames para confirmar o diagnóstico, se precisar medicamentos na hora são indicados, avalia fatores de risco, vulnerabilidade, incorporamos o paciente em programas de educação saudável com a finalidade de trabalhar a dieta e estilos de vida, no caso da necessidade de perda de peso em função da obesidade, pode se implementar ações com a família e comunidade, encaminhamos o paciente a consulta com psicologia, nutricionista e agendamos consultas para avaliação e controle da doença. Todas as ações são feitas com o objetivo de melhorar o estado de ânimo do paciente e evitar a aparição de complicações ou descompensação da doença.

Tivemos dificuldades na identificação precoce de pacientes com doenças crônicas porque muitos deles tinham sintomas há muito tempo e não frequentavam às consultas do médico ou enfermagem, então muitos já tinham outras doenças secundárias associadas como complicações cardíacas, perda da visão, transtorno no metabolismo dos lipídeos sem tratamento ou acompanhamento.

Com a realização da microintervenção com a finalidade de prevenção e controle das DCNT nas comunidades atendidas pelo ESF12 foram elaboradas intervenções comunitárias com as famílias de pessoas saudáveis e doentes; ações para modificar os hábitos dietéticos; encorajamento dos pacientes com DM e HAS para tomar os remédios adequados; realizar o acompanhamento na UBS com regularidade e já conseguimos observar muitas mudanças na atenção, avaliação e acompanhamento de pacientes que chegam ao serviço com diagnóstico de HAS ou DM. Melhoramos no agendamento das consultas de pacientes, mudou a forma de acesso para as consultas com nutricionista do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF). Organizamos o processo de trabalho da equipe na perspectiva de promoção da prática de atividades físicas, assim como fortalecer a modificação no estilo de vida desfavorável, pois essas ações são feitas com o objetivo de promover saúde e o bem estar do paciente.]



CAPÍTULO VII: [

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde	Ao identificar o problema da grande quantidade de usuários com dislipidemias, decidiu-se criar estratégias para diminuir o problema de saúde, através de consultas individuais, grupo de caminhadas, palestras, rodas de conversa, atendimento compartilhado com NASF, visando melhorar a qualidade de vida destes pacientes e seus familiares. A equipe teve dificuldade para reunir a maior quantidade de pessoas e realizar a roda de conversa em virtude da distância entre as microáreas, mas pactuamos além de outras estratégias, agregar aos poucos os pacientes no território.	Ajudou a recuperar as informações suficientes para elaborar este trabalho e dar seguimento e prioridade as dificuldades encontradas, e assim poder erradicá-las para melhorar o bem-estar das pessoas com dislipidemia. Para isso criamos opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivos a prática de atividade física na UBS e em outros espaços do território, como a Academia de Saúde.	Identificar casos de pacientes novos com dislipidemia, pela pesquisa de fatores de risco na incidência e prevalência do transtorno do metabolismo dos lipídeos.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	A intervenção foi realizada na unidade de saúde PSF Valentim que faz	A intervenção permitiu esclarecer o trabalho e importância de cada profissional no contexto da UBS,	Aumentar a quantidade de demandas livres nos postos de saúde, após de conseguir um agendamento organizado e programado das consultas nas UBS.

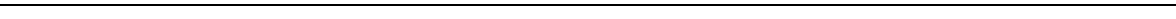
	<p>parte do município de João Câmara, no Rio Grande do Norte. Foram realizadas encontros, na própria unidade, com líderes comunitários para que houvesse incentivo à presença dos usuários da comunidade em dois eventos previamente marcados, na recepção da unidade, para que os mesmos discorressem sobre o tema: “A unidade que eles estavam querendo.</p>	<p>visando, sobretudo oferecer uma boa atenção à comunidade geral. O desenvolvimento da atividade foi substancial para um contato mais estreito com a comunidade. As mudanças no serviço começaram desde que fizemos a microintervenção.</p>	
<p>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério</p>	<p>Foram colocados em prática projetos e objetivos principais da Atenção Primária à Saúde (APS) promovendo prevenções, tratamento e reabilitações. Falamos sobre diversos assuntos entre os quais destacamos o retardo do início da vida sexual. A equipe realizou exames a toda pessoa com vida</p>	<p>Trazemos informação, pois um bom acompanhamento da gestante e a puérpera resultam na melhoria direta de indicadores de saúde que o país tanto luta para melhorar: mortalidade materna e infantil. Os ACS fizeram pesquisa e levantamento</p>	<p>Transformar a realidade das s comunidades, melhorar a capacitação de todas as equipes com relação ao manejo do planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, melhorar a disponibilidade de métodos anticoncepcionais, aumentar as intervenções com toda a população.</p>

	sexual ativa, especialmente se tiver mais de um parceiro sexual	periódico das gestantes de sua área inclusive adolescentes.	
Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	<p>Com relação à saúde da criança realizamos o acompanhamento multiprofissional em equipe envolvendo médica, enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dentista na perspectiva de cumprir os critérios preconizados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Criança (PNAISC).</p> <p>No desenvolvimento da microintervenção e pesquisa da atenção a crianças no posto de saúde, achamos algumas dificuldades, como foram: atraso na vacinação das crianças porque as mães não levaram os</p>	<p>Aprendemos com a realização da microintervenção que temos que ficar atentos a todos os aspectos relacionados à saúde da criança para que possamos ofertar um atendimento integral a esse ciclo de vida. Nessa direção, é necessário o fortalecimento do trabalho em equipe e a responsabilização dos atores envolvidos.</p>	<p>Cadastrar as crianças pela idade, fatores de risco, histórico familiar.</p>

	filhos ao posto,		
Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	<p>Minha equipe em parceria o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e os componentes do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) do município João Câmara constitui uma equipe multiprofissional que procura estabelecer uma aproximação na questão da saúde mental, a fim realizar melhor trabalho e prestar um atendimento humanizado. Todos os profissionais e equipamentos envolvidos zelam pelo cuidado e manutenção do indivíduo em seu ambiente social em estruturas que favoreçam a desmistificação do sofrimento psíquico,</p>	<p>Depois de feita a microintervenção a equipe ficou mais preparada na atenção e acompanhamento de pacientes com doenças mentais. Foi um grande desafio para a equipe e identificamos a necessidade de melhorar o controle e atenção de pacientes com uso abusivo de ansiolíticos na comunidade local, em virtude da longa espera do apoio de profissionais da saúde mental.</p>	<p>Uma tomada de consciência, no sentido de entender e procurar alternativas para os problemas que os fazem adoecer, tornando-se verdadeiros sujeitos de mudanças e de transformação. exploração de novas possibilidades, técnicas e intervenções nas famílias que tem um paciente com esse tipo de transtorno. O caminho para alcançar este objetivo só é possível em curto prazo e de maneira sustentável, por meio de uma atenção primária forte, que integrada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados, fortaleça o cuidado em saúde mental na perspectiva da integralidade.</p>



	<p>promovam a inclusão social e o consequente, aumento do poder de contratualidade social do usuário e o melhor tratamento para o paciente doente.</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>A UBS realizou uma tabela onde avaliava o atendimento aos pacientes com doenças crônicas . Fazendo especificação em pacientes com HTA e DM.</p>	<p>Tivemos dificuldades na identificação de pacientes com doenças crônicas precosmente porque muitos deles tinham sintomas fazia muito tempo e não assistiam as consultas do médico ou enfermagem, então muitos já tinham outras doenças secundarias, afetação cardíaca, perda da visão, transtorno no metabolismo dos lípidos sem tratamento, insuficiência cardíaca. Com a realização da microintervenção observamos muitas mudanças como foram a atenção, avaliação e acompanhamento desde a primeira vez</p>	<p>Técnicas de promoção da pratica de atividades físicas, assim como a modificação no estilo de vida desfavorável pois tuas essas ações são feitas com o objetivo de promover saúde e o bem estar do paciente.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		que chegara um paciente a consulta efora diagnosticado com HTA ou Diabetes Mellitus. Melhoramos no agendamento das consultas de pacientes com doenças crônicas, mudo o aceso para as consultas com Nutricionista do CAPS.	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



]



CONSIDERAÇÕES FINAIS

[Realizar intervenções na atenção primária é reajustar e fortalecer a base do sistema de saúde. Fato é: vivemos um momento crítico na saúde brasileira a qual é, em seu cerne, formada por uma medicina de cunho medicamentoso sendo deixada de lado a atenção primária. Trabalhos como este, realizados diretamente com a população por meio de micro intervenções objetivando melhoras no conhecimento das doenças e da formação estrutural do sistema de saúde é de suma importância para termos resultados cada vez mais sólidos expressos nos indicadores de saúde.

É satisfatório fazer parte de uma evolução de uma UBS e saber que população atendida contribuiu de sua forma e possui hoje maior conscientização de seu papel e de sua própria saúde. Uma das maiores dificuldades encontradas por nossa equipe, por mais absurdo que fosse, foi há existência em massa de pacientes portadores de doenças crônicas que ao menos sabiam o nome de suas patologias. Quem dirá de suas contraindicações e cuidados.

Podemos afirmar que a evolução, após as microintervenções, atingiu de maneira positiva a própria equipe da UBS melhorando o atendimento tanto tecnicamente quanto no plano de humanização do atendimento. Aos profissionais que sonham em um sistema de saúde melhor: iniciem pelas suas próprias unidades.

]

REFERÊNCIAS

- BOUSQUAT, A. et al . Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 8, e00037316, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2018. Epub Aug 21, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00037316>.
- BOUSQUAT,A; GIOVANELLA, L; Fausto, MCR et al . Tipologia da estrutura das unidades **Cad. Saúde Pública** ,v.33, n.8 2017.
- BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, Nov. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- DE BEM, L. A.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.
- DEMOTT, K. et al. Clinical guidelines and evidence: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2006
- DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, jan./abr. 2007.
- GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT; A.; Fausto ,M.C.R. et al. **Novos caminhos: tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras**. Brasília: Região e Redes; 2015.
- LOPES, C.; ANDREZA, V.; NASCIMENTO, C.et al. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [en linea]
-

Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessário**. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Brasília, DF. Brasil, (2003). Acesso: de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/>.

PIMENTEL, Adriana de Freitas; BARBOSA, Ruth Machado; CHAGAS, Marly. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 38, p. 741-754, Sept. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300010>.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 2, aug. 2012. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>>. Acesso em: 21 July 2018.

Pinto, Hêider Aurélio, Sousa, Allan Nuno Alves de e Ferla, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate [online]**. 2014, v. 38, n. spe [Acessado 21 Julho 2018], pp. 358-372. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>.

ROSE, 2010 G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SICHELERO, Fernanda; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. AVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ). **Revista Destaques Acadêmicos**, [S.l.], v. 3, n. 3, set. 2011. ISSN 2176-3070. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/114>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004. 24

