



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

**MELHORIAS NAS QUALIDADES INTEGRATIVAS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA MARLENE RICARDO EM CURRAIS NOVOS/RN**

LEONARDO PEREIRADOS SANTOS

NATAL/RN
2018

**MELHORIAS NAS QUALIDADES INTEGRATIVAS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA MARLENE RICARDO EM CURRAIS NOVOS/RN**

LEONARDO PEREIRA DOS SANTOS

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 Moraes de Paiva

DEDICATÓRIA

À Ana Paula minha esposa, a meu filho Arthur Francisco e meus pais dona Zuleide e Sr. Luiz. Com amor e gratidão.



AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me contempla com saúde e sabedoria diária, a minha facilitadora que tem contribuído diariamente sem medir esforços e também a minha equipe de saúde os quais tenho muito apreço.

RESUMO

Este trabalho discorre em melhorias integrativas na equipe de saúde Marlene Ricardo, orientados pelo programa AVASUS que compõe uma avaliação multiprofissional de amplo aspecto e analisando seu conteúdo buscamos aperfeiçoar o atendimento na equipe, neste sentido buscamos demonstrar nossa realidade de atendimento e com embasamento das normas do ministério da saúde atentaremos em observar as deficiências e adequar de maneira satisfatória nossa rotina, assim entende-se que é uma das formas em organizar o serviço de saúde, na busca de integralidade, proporcionando ao usuário resolutividade diante do problema apresentado, envolvendo os profissionais de forma responsável no processo de cuidar. Diante do exposto, apesar de todas as dificuldades encontradas entre concordâncias e discordâncias dois trabalhos que realizamos apresentaram resultados satisfatórios, destaco aqui o atendimento a demanda espontânea que era conflituosa entre a Equipe de Saúde da Família (ESF), usuários e secretaria de saúde no qual atualmente está muito mais acessível após mudanças orientadas pelo curso de especialização e com ambas as partes satisfeitas e o outro trabalho é voltado a estimular atividade física, terapia comportamental e interação entre equipe e usuários que consiste na horta comunitária embora não está completamente concluída por falta de apoio da gestão, esperamos concluir por nossos próprios meios nos próximos meses. Esperamos a cada dia juntos melhorar o desempenho da equipe e desenvolver novos trabalhos que venha beneficiar nossa população que se encontra tão fragilizada.

Palavras chaves: Estratégia de Saúde da Família, Equipe multiprofissional, Serviços de Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	13
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	21
CAPÍTULO 5	25
CAPÍTULO 6	30
CAPÍTULO 7	36
00 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	40
ANEXOS	42

APRESENTAÇÃO

Este trabalho realizado pela equipe de saúde Marlene Ricardo está composto por várias obras construídas a partir de microintervenções destinadas a identificar as falhas e deficiências da unidade com base nas condutas do Ministério da Saúde (MS).

Estudo realizado na cidade de Currais novos/RN área de risco de extrema pobreza onde pessoas de poder socioeconômico baixo convivem com tráfico de drogas e prostituição infantil. Venho do estado Rondônia onde a situação de vulnerabilidade social de uma forma geral não é diferente da que estou convivendo até o momento e por meio das microintervenções foi possível desenvolver novos trabalhos na Unidade Básica de Saúde (UBS), uns com êxito; outros sem sucesso e pretendo junto com minha equipe oferecer o melhor que o Sistema Único de Saúde (SUS) disponha para essa população.

Nossas microintervenções foram realizadas com o objetivo de melhorar e adequar a unidade de saúde de acordo as normas preconizadas pelo MS, embora as dificuldades se façam presentes no cotidiano das práticas. No entanto, para se alcançar o objetivo é necessário o empenho de todos da equipe, em algumas situações a participação da gestão e dos usuários é fundamental para alcançarmos os objetivos em médio e longo prazo.

Convido a todos que assim como eu sinta o desejo de maximizar o atendimento para os usuários do SUS façam a leitura deste trabalho que foi desenvolvido por toda uma equipe multiprofissional.

]

CAPÍTULO I:

TÍTULO: A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO FERRAMENTA DE AMPLIAÇÃO DA ABORDAGEM CLÍNICA

COLABORADORES:

ENFERMEIRA: GISLAYNE

TÉCNICA DE ENFERMAGEM: THALITA

VACINADORA: NATALIA

ACS'S: SRA. DAGUIA, SRA. FRANCISCA, GICELIA, ANA, CASSIA JACKELINE

RECEPCIONISTA: SRA. Ana

ASG: DONA LUCIENE E MARIO

VIGIA: SR. MIGUEL

Este Relatório de processo autoavaliativo foi realizado juntamente com os profissionais da Equipe de Atenção Básica (EAB) Marlene Ricardo, sem muita motivação, pois mesmo após reuni-los e explicado qual é o objetivo podendo ser aplicado na unidade alguns mostraram resistência e desinteresse por diversos motivos o qual não cabe expô-los nesse momento, já que não ajudaria em nada o desenvolvimento desse relato.

A reunião realizada com os membros que demonstraram interesse foi direcionada em realizar autoavaliação e planejamento de ações da equipe guiado pelos critérios do manual de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) que é percebida como o ponto de partida da melhoria da qualidade dos serviços, pois entendemos que processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar outras estratégias da fase de desenvolvimento. Por meio da presença do médico, enfermeira, técnica de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliar de Serviço Geral (ASG) e recepcionista, foram identificados os pontos de debilidade que necessitam ser adequados de acordo com as normas do AMAQ.

O MS recomenda que sejam considerados cinco momentos distintos para o processo de auto avaliação (BRASIL, 2016), no entanto, devido dificuldades encontradas de comunicação com nossos superiores nos limitando a resolver o que está em nosso alcance sem a dependência de gestores, nessa direção contamos com três Momentos do Processo Autoavaliativo.

- **Momento III** – Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores, coordenadores, equipes/profissionais, comunidade, entre outros.
- **Momento IV** – Elaboração da matriz de intervenção e de construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e inter setoriais, orientadas para a melhoria da organização e para a qualidade dos serviços da Atenção Básica.
- **Momento V** – Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município.

A autoavaliação foi realizada a partir da mais recente e já impressa, pois o processo de autoavaliação no devido presente só é possível a cada 6 meses.

O resultado das pontuações e classificação conforme critério do AMAQ foi o disposto na tabela abaixo.

Tabela 1 – Resultado das Pontuações e Classificações dos Critérios Avaliados

Subdimensão	Pontuação	Classificação
H – Infraestrutura e Equipamentos	62%	Satisfatório
I – Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	71%	Satisfatório
J – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica	90%	Muito Satisfatório
K – Organização do Processo de Trabalho	98%	Muito Satisfatório
L – Atenção Integral a Saúde	89%	Muito Satisfatório
M – Participação Controle Social e Satisfação do Usuário	100%	Muito Satisfatório
N – Programa Saúde na Escola	81%	Muito Satisfatório

Após todo processo, os participantes identificaram os seguintes pontos que necessitam de adequações para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica da Saúde.

1. **3.4** A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e de equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades
2. **3.15** A Unidade Básica de Saúde disponibiliza de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.
3. **3.16** A Unidade Básica de Saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/ insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.
4. **4.52** A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica
5. **4.57** A equipe atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde dos educandos por meio de avaliação das condições de saúde.

A matriz de intervenção foi confeccionada visando o aperfeiçoamento do atendimento clínico nas demandas com maiores números de atendimentos na UBS e para tanto foi escolhido o item **4.52**. A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica, visto ser um ponto não menos importante da unidade e causador de busca diárias de medicamentos como anti-inflamatórios não esteroides (AINES) para dores crônicas, que trazem grandes prejuízos à saúde.

O objetivo da Matriz de Intervenção será realizado em um período de 360 dias o quadro abaixo mostrara os detalhes e objetivos durante esse período.

Quadro 1 – Matriz de Intervenção

Descrição do padrão: 4.52 – A equipe utiliza as práticas e complementares como forma de ampliação de abordagem clínica

Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A equipe não oferece tratamento alternativo para dor crônica; Não há orientação de tratamento alternativo; Não são utilizadas ferramentas de classificação de risco e vulnerabilidades.

Objetivo/meta: Inserir as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação de abordagem clínica/encaminhar os pacientes para complementar o tratamento.

Estratégias para alcançar objetivos/metabolos	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Capacitação dos funcionários	Encontro para capacitação em tratamentos alternativos	Profissionais capacitados, auditório.	Minimizar as complicações causadas pela automedicação	Médico	60 dias	Exposição de impressões em reunião técnica mensal
Comunicar os usuários da unidade	Comunicação/Panfletagem com usuários através dos ACS	Panfletos; ACS	Reduzir de forma significativa complicações gastrointestinais (ex: Úlcera Gástrica)	Médico Enfermeira; Técnica de enfermagem; Direção da unidade.	120 dias	Exposição de impressões em reunião técnica mensal
Inserir as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação de abordagem clínica/encaminhar os pacientes para	Encaminhamento para Unidade Especializada	Fichas de referências	Proporcionar tratamento alternativo como forma de ampliar a abordagem clínica para um melhor resultado do tratamento	Médico; Enfermeira	180 dias	Nº de praticas integrativas realizadas em determinado período

complementar o tratamento							
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--

A segunda parte da reunião consistia em estabelecer uma ferramenta para registrar e monitorar os indicadores de qualidade do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ). Estes indicadores são: média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante; percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea; percentual de atendimentos de consulta agendada; índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; razão de coleta de material citopatológico do colo do útero; cobertura de primeira consulta odontológica programática; percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida; percentual de encaminhamentos para serviço especializado; razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas; percentual de serviços ofertados pela EAB; percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal e índice de atendimentos realizados pelo Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF).

FIGURA 1- Painel de monitoramento de indicador.

 UBS - HUGO PORFÍRIO DA MOTA 		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
INDICADOR													
Nº de Atendimentos Médicos													
Nº de Atendimentos de Enfermeiros													
Nº de atendimentos de demanda espontânea													
Nº total de atendimentos													
Nº de atendimentos de consulta agendada													
Nº de Diabéticos atendidos no mês													
Nº de Hipertensos atendidos no mês													
Nº de Obesidade atendidos no mês													
Nº de Depressão atendidos no mês													
População residente													
População feminina residente entre 25 e 64 anos de idade													
Nº de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero													
Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida													
Encaminhamento para serviço especializado feito pelo médico													
Número de nascidos vivos													
Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista													
Número de primeiras consultas odontológicas programáticas													
Número de óbitos neonatais com até 6 dias													
INDICADORES DO PMAQ													
Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante													
Percentual de atendimentos de demanda espontânea													
Percentual de atendimentos de consulta agendada													
Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada													
Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero													
Cobertura de primeira consulta odontológica programática													
Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida													
Percentual de encaminhamentos para serviço especializado													
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas													

<http://rotadeimpacto.blogspot.com.br/2017/02/painel-da-sala-de-situacao-baseado-nos.html>

A equipe de atenção básica Marlene Ricardo não dispõe de painel ou qualquer outro forma de registro dos indicadores do PMAQ a partir do SIS, em comum acordo entre a equipe usaremos esse modelo proposto pela UBS – Hugo Porfirio da Mota pois contempla os requisitos do PMAQ.

Nesse terceiro e último momento após todo o processo ser concluído podemos ver com mais clareza a importância da autoavaliação, pois nos permite fazer análise de nossos próprios atos com relação ao trabalho que desempenhamos e ver em detalhe o que mais precisa de nossa atenção para melhorar o atendimento em nossa unidade, muitas vezes é algo que passa despercebido, porém fazendo esse trabalho de tempos em tempos permite corrigir nossos erros, as adversidades aconteceram no princípio desta microintervenção, pois nem todos se mostraram colaboradores, porém crescemos como equipe ao realizar essa experiência, esperamos continuar crescendo e melhorando nosso atendimento a cada autoavaliação.



CAPÍTULO II:

TÍTULO: APERFEIÇOAMENTOS DA EQUIPE PARA IMPLANTAR O ACOLHIMENTO

Em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) Marlene Ricardo até o momento não tivemos problemas como o caso de dona Valentina proposto no início do módulo na situação problema. Estamos trabalhando com o sistema ofertas de vagas por meio das famosas fichas, porém um pouco melhorado com algumas semelhanças com o Acesso Avançado (AA). Na realidade local, nos preocupamos em garantir o acesso e a continuidade do cuidado aos nossos usuários.

Nesse processo de organização, não fazemos distinção de urgência, emergência ou mesmo, uma consulta que não é nem uma das opções anteriores, mas que não pode esperar o dia seguinte. Na rotina diária, avaliamos a necessidade de cada um de forma individual e procuramos resolver o problema daquele dia.

Eu, médico da unidade, deixei bem claro sobre esse ponto desde minha chegada à UBS, mesmo antes mesmo de saber o que era acesso avançado. Também deixei bem claro sobre os maus tratos e humilhações dos usuários, como por exemplo, gritar com os pacientes dizendo que não tem mais atendimento ao invés de acolher, se temos paciente com febre, diarreia, vômito, cadeirantes, idade avançada, portador de deficiência mental entre outros, são atendidos de acordo com as necessidades daquele usuário. Na chegada de usuário que necessite de um laudo médico, por exemplo, porém que não pode esperar, também é atendido sua necessidade, os pacientes que não são atendidos no dia são remarcados com um prazo de no máximo 48 horas.

Nessa perspectiva, aumentamos a quantidade de distribuição de fichas de forma considerável de 25 fichas diária para 35 – 40 fichas por dia e não limitamos a quantidades de urgência que devemos encaixar. No entanto, queremos melhorar cada vez mais, então, estamos estudando a estratégia de AA para implantar na nossa unidade, embora saibamos que, inicialmente, será um grande desafio, já que envolve uma grande mudança no processo de trabalho de toda equipe com implicações diretas no acesso dos usuários aos serviços.

Esta estratégia já está sendo estudada desde janeiro de 2018, após uma loco regional que tivemos na região. Porém, para conseguirmos o objetivo de iniciarmos a implantação do acesso avançado em nosso cenário, faremos bom uso das informações e ferramentas

disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família no eixo II que discorre sobre os Itinerários Formativos na Atenção à Saúde, no módulo referente ao Acolhimento à Demanda espontânea e Programada e que será aplicadas pela Equipe de Atenção Básica (EAB), Marlene Ricardo (JK2) com base nos pontos citados pelo Programa de Educação Permanente em Saúde da Família referente à Microintervenção, a saber:

- 1) Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento;
- 2) Divulgação/empoderamento da população em relação às mudanças;
- 3) Estudo do perfil da demanda espontânea e programada da sua área;
- 4) Primeiros dias de implantação do acolhimento;

O objetivo da equipe Marlene Ricardo será cumprir com o quesito relativo ao aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento, pois estamos cientes que para um trabalho bem feito devemos ter primeiro conhecimento e um perfeito entendimento do tema proposto.

Nessa direção, usaremos o livro recomendado pelo Ministério da Saúde, Acolhimento a Demanda Espontânea, como fonte de pesquisa. Será realizada reunião inicial que terá o seguinte fluxo: comunicar a implantação do acesso avançado, distribuição do caderno Acolhimento à Demanda Espontânea para estudo entre os membros da equipe, determinar o tempo que levará para se estudar e discutir entre a equipe os temas expostos abaixo:

- **Acolhimento na atenção básica**

- 1) O que é o acolhimento
- 2) Por que acolher demanda espontânea
- 3) Apresentar dimensões constitutivas de acolhimento
- 4) O mecanismo como sistema de ampliação e facilitação do acesso
- 5) O acolhimento como dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe

- **Reorganização do processo de trabalho**

- 1) Fluxos dos usuários na UBS
 - 2) Modelagens de acolhimento
-

-
- 3) Avaliação de risco e vulnerabilidade
 - 4) Gestão das agendas de atendimento individual
 - 5) O acolhimento em diferentes realidades e modalidades de atenção básica
 - 6) Ofertas de cuidado e desmedicalização.

Espera-se que esse momento de educação permanente contribua de maneira significativa para a qualificação da equipe e iniciar a operacionalização de implantar a estratégia do AA em nosso território e assim cumprir com todos quesitos que impõe o ministério de saúde.



CAPÍTULO III:

TÍTULO: MOBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O INCENTIVO DO ALEITAMENTO EXCLUSIVO NO TERRITÓRIO

COLABORADORES:

ENFERMEIRA: GISLAYNE

TÉCNICA DE ENFERMAGEM: THALITA

ACS'S: SRA. DAGUIA, SRA. FRANCISCA, GICELIA, ANA, CASSIA JACKELINE.

Este novo relato de experiência tem o objetivo de realizar no primeiro momento, uma autoreflexão para melhor atenção do grupo de usuários no que diz respeito ao planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, direcionado pela lista de perguntas que norteiam nossa reflexão que seguem abaixo discriminadas:

1. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

1.1 Promovemos ações educativas, para homens e mulheres, Sobre a decisão de ter filhos ou não?

Infelizmente não é uma realidade em nossa UBS, pois se trata de uma população de nível sócio econômico baixo onde os mesmos não tem esse pensamento de planejar a importante decisão de ter filhos. Sempre procuram o serviço com amenorréia de 2 ou 3 meses ou com exames de gravidez positivos. Entretanto, orientamos famílias constituídas com 3 ou mais filhos, para sempre repensarem a possibilidades de terem mais filhos, e ofertamos contraceptivos disponíveis na unidade.

1.2 Ofertamos métodos contraceptivos básicos à população? Abordamos adequadamente a necessidade de utilizá-los?

Sempre que uma vez a pessoa busca a unidade com dúvidas sobre qual método usar, ou se está tendo algum problema com o método atual e deseja mudar ou nos casos de visita puerperal, ofertamos os métodos adequados de acordo com o perfil de cada paciente e orientamos a forma correta de uso, bem como, voltar à unidade em caso de dúvida.

1.3 Discutimos conteúdos sobre diversidade sexual, Relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs?

Não abordamos temas polêmicos com grande diversidade de pensamentos, porém as DST's são enfatizadas na hora da escolha do anticoncepcional e nas escolas com palestras.

1.4 A equipe realiza notificação e encaminhamento Adequados dos casos diagnosticados de HIV?

Sempre, uma vez apareça reagente no teste rápido solicitamos sorologia para HIV 1 e 2 se for soro positivo encaminhamos para o centro especializado de nossa cidade.

1.5. Tratamos adequadamente as DSTs diagnosticadas?

Os tratamentos para DSTs é feito segundo os protocolos do Ministério da Saúde (MS), caso refratários ou sem boa resposta ao tratamento fazemos o encaminhamento para especialista e infelizmente, não existe contra referência. Os pacientes sempre vêm do retorno e a grande maioria não sabe seu diagnóstico e porque está tomando a medicação. Desse modo, ficamos com o que eles consegue lembrar e continuamos o acompanhamento.

1.6. Discutimos saúde sexual em grupos (jovens, gestantes, idosos)?

Falamos sempre que temos oportunidade, por meio de orientações para jovens e gestantes, são explicados do que se trata, complicação e forma de prevenção, não contamos com mesmo apoio para grupo de idosos porém, é algo a ser pensado.

2. PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

2.1 Fazemos busca ativa das gestantes da Unidade? Inclusive adolescentes?

É orientado e cobrado dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) esse trabalho de grande importância, já que as intercorrências podem trazer grandes consequências para mãe, feto.

2.2 Fazemos levantamento periódico das gestantes do bairro, Incluindo as que fazem pré-natal em serviço privado?

Não de forma periódica, porém as que não comparece no pré-natal averiguamos o porquê da ausência.

2.3 Preenchemos adequadamente a caderneta da gestante?

Sim, sempre e quando traz todos exames solicitados no primeiro e terceiro trimestre

2.4 Solicitamos TODOS os exames complementares recomendados?

Não, solicitamos todos exames recomendado pelo MS

2.5 Tratamos as DSTs, quando diagnosticadas?

Sempre, e agendamos retorno para acompanhamento, além de investigar as demais DST's.

2.6 Orientamos quanto aos cuidados nutricionais na gestação? Estimulamos hábitos de vida saudáveis?

Durante a gestação o cuidado é dobrado afinal são duas vidas, além de orientação nutricional é feito encaminhamento para nutricionista. Hábitos de vida saudável são feitos para todas idades, inclusive estamos com um novo grupo para idosos, no qual contamos com ajuda do educador físico para enfatizar a atividade física.

2.7 Orientamos sobre a importância de retornar para a consulta de puerpério?

Não, pois o mesmo é feito pela enfermeira no domicílio, caso necessite o médico também reforça essa última consulta.

2.8 Orientamos sobre amamentação?

Esse é um grande desafio em nossa área pois além da falta de vontade, inventam inúmeras desculpas de que não tem leite, o bebê não pega, além do mais tem a influência das avós que estimulam o uso de mamadeiras e chás antes dos 6 meses de idade

Após respondermos esse questionário conseguimos identificar áreas que necessitam ser melhoradas em nossa unidade, no entanto faremos um breve exposto da área com maior deficiência identificada pela equipe. Trata-se do quesito **2.8 Pré – Natal e Puerpério Orientamos Sobre Amamentação**.

Esta temática é justificada pelo grande número de puérperas que temos em nossa unidade que já abandonaram o aleitamento antes dos 6 meses e outras que relatam querer parar com o aleitamento materno, visto que esse é um quesito de extrema importância identificada pela unidade, já que se trata de crianças indefesas que está iniciando o ciclo de vida completamente dependente das pessoas que os rodeia. Desse modo, o desfecho do resto da vida dessas crianças depende muito do que elas consomem durante o início de suas vidas.

Para iniciar a resolutividade dessa temática precisamos primeiro capacitar toda a equipe Marlene Ricardo, formar grupo de aleitamento exclusivo e fazer acompanhamento mensal das mesmas com anotação em prontuários de todo ciclo evolutivo da criança até os 2 anos de idade.

Nossa proposta de intervenção tem como objetivo qualificar a equipe sobre a importância do aleitamento materno com a finalidade de disseminar informações que fortaleçam essa prática com gestantes e futuras mães do território. O movimento de Educação Permanente será operacionalizado em três momentos, a saber: capacitação da equipe; Criação de Grupos de Incentivo ao aleitamento Materno; Avaliação e acompanhamento da ação programática.

Nessa direção, iniciamos o processo de resolução do problema, o tema proposto para capacitação da equipe discorre sobre o aleitamento exclusivo que será ministrado pelo médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio de aulas didáticas, objetivas e ilustrativas, divididas nos seguintes tópicos:

- Como é produzido e retirado o leite materno;
- Para que serve leite materno;
- Componentes nutricionais;
- Leite de vaca x leite materno;
- Benefícios para mãe;
- Benefícios para Recém Nascido (RN);
- Mamilo invertido, fissura mamilar e correção da pega;

O objetivo é fazer com que a equipe composta por enfermeira, técnica e ACS compreendam o tema e ajudem a reforçar a importância deste alimento para o RN e as complicações que trazem para mãe e RN caso não seja empregado ou abandonado.

O grupo inicial tem objetivo de integrar gestantes que iniciarem o terceiro trimestre que, será realizado por meio de médico e enfermeira de forma simples e fácil, porém, de grande importância, tudo sobre o aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade, respondendo perguntas, vendo quais suas dúvidas ou incertezas, explicando o que é verdadeiro e falso, desmitificando tudo sobre leite materno.

A ideia é fazer com essas gestantes quando venham ter seus bebês se sintam capazes, seguras e motivadas para cumprir com seu papel de mãe de tal forma que não aceitem ideias de alimentação e com o passar do tempo esperamos a redução de doenças diarreicas e respiratórias.

De forma mensal os ACS serão responsáveis por cada puérpera de sua microárea, registrando em caderno de atas e acompanhando esse grupo de usuárias, comunicando ao médico ou enfermeira casos que não possam manejar e sempre fazendo busca ativa das usuárias que não fazem o Crescimento e Desenvolvimento (CD) adequado da criança até os dois anos.

Encerramos este trabalho e esperamos que todos colaborem para ser realizado com sucesso, pois devemos nos conscientizar que tratamos de seres humanos e uma parte da responsabilidade de promoção e educação em saúde cabe a EAB Marlene Ricardo para melhorar a qualidade vida de nossas crianças.



CAPÍTULO IV:
TÍTULO: OS CUIDADOS E DEVERES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MARLENE RICARDO COM OS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

COLABORADORES:

ENFERMEIRA: GISLAYNE

EQUIPE: NASF E CAPS

Neste trabalho desenvolvido pelo médico com a colaboração da enfermeira da Equipe de Saúde da Família (ESF) Marlene Ricardo, sob supervisão da facilitadora Maria Betânia Moraes Paiva, é direcionado para a população em que estamos comprometidos a ajudar e melhorar sua qualidade de vida por se trata de pessoas carentes, muitos, abandonados pelos familiares ou pela sociedade. Desse modo o objetivo desse relato é demonstrar como se oferta o cuidado de pacientes com transtornos psíquicos em nosso território, e como é o fluxo dos mesmos a traves dos órgãos competentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso município de Currais Novos/RN.

O trabalho discorre na seguinte ordem;

- 1) Ficha espelho para atendimento inicial dos usuários com transtornos psíquicos.
- 2) Explicar quais os serviços de saúde mental temos em nosso município e como funcionam
- 3) Selecionaremos um paciente que necessite de atendimento integral pela nossa equipe e construiremos uma linha de cuidado junto com os demais serviços de saúde mental.

Primeiramente como dito anteriormente foi desenvolvido uma ficha espelho usando os critérios: perfil de usuário, identificação pessoal, quais medicações em uso, hábitos de vida e se está sendo acompanhado por algum órgão em comum, a ficha modelo segue a baixo.

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

UNIDADE DE SAÚDE MARLENE RICARDO

FICHA DE ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL

Nome:

Idade:

Telefone:

Endereço:

Cartão SUS:

Primeira consulta: Sim () Não ()

Internação: Sim () Não ()

Em Acompanhamento com NASF: Sim () Não ()

Em Acompanhamento com CAPS: Sim () Não ()

Psicofarmaco em uso:

Uso Regular de Medicação: Sim () Não ()

Uso de Drogas:

Tabagista: Sim () Não ()

Etilista: Sim () Não ()

Outros;

Na composição da rede de saúde mental do município contamos com o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) que junto com a Unidade Básica de Saúde (UBS) Marlene Ricardo compõe a rede de atenção de saúde mental.

O NASF do município de Currais Novos/RN está constituído por duas equipes da modalidade 1 formados por uma composição de profissionais de nível superior entre eles estão psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, educador físico e psicólogo.

Define-se que cada NASF 1 equipe que realize suas atividades vinculadas a no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo, 15 (quinze) Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas.

Entre as atribuições realizadas pelo NASF tem-se o matriciamento em saúde mental realizado de forma sistemática e periódica com as ESF que tem como foco de atuação as atividades em grupo voltado para a questão da saúde mental, diabetes, hipertensão, entre outros.

O CAPS do nosso município do tipo II que atende também a usuários de álcool e drogas ilícitas é composta por uma equipe multiprofissional com 1 psiquiatra, 2 psicólogos, 1 educador físico, 1 professor de terapia ocupacional, 2 técnicos de enfermagem, 1 recepcionista e 1 enfermeiro. Este serviço foi constituído para atender um perfil de pacientes com surto psicótico grave, que não necessita de internação, mas requer uma abordagem multiprofissional com acompanhamento diário no CAPS. Para os pacientes em surto com necessidade de abordagem mais complexa se faz o encaminhamento para o CAPS III, localizado em outro município. No momento o CAPS municipal absorve uma demanda de aproximadamente 250 usuários para realizar o acompanhamento na UBS. No entanto, tais paciente continuam em atendimento no CAPS, pois sentem-se inseguros e temem recaídas.

Além do mais o CAPS conta com um grupo de tratamento alternativo denominado TERAPIX que inclui tratamento com terapia ocupacional, auriculoterapia, yoga, acupuntura, antes dos usuários iniciarem esses tratamentos são acolhidos e feitos uma triagem para ver o perfil de cada pessoa e se encaixa para o tratamento no local.

Também são realizados momentos de interação entre os CAPS com atividades em grupo promovendo saúde através da música, dança, jogos esportivos na perspectiva de se inserir os pacientes ao contexto social em que vivem.

Nesse terceiro momento será exposto o acompanhamento que está sendo feito com um usuário da unidade, para preservar a integridade das pessoas, os nomes aqui citados são fictícios.

Mario é um adulto jovem irmão mais velho de Maria, uma adolescente especial, pois nasceu com hidrocefalia e precisou fazer uma derivação ventrículo peritoneal quando bebê, ambos convivem com a mãe separada de seu marido, Mario, no entanto começou a desenvolver um quadro de depressão junto com uma fobia social, quase não se alimentava, era de pouca conversa e passava a maior parte do tempo trancado em seu quarto, não dava ouvidos para o que a mãe falava sempre muito triste e através do ACS

da área fomos fazer uma visita e realmente foi constatado que estava como mencionado. A partir desse momento acolhemos Mario com muita cautela, escutamos as poucas palavras que tinha para falar, no entanto conseguimos um vínculo, orientamos a mãe sobre o cuidado que deve e medicamos Mario, marcamos retorno com 30 dias para nova avaliação. No dia da reavaliação já foram observados alguns sinais positivo em relação ao tratamento, uma vez que o paciente já estava se alimentando, com mais interação persistindo ainda o medo de sair de casa. No seu depoimento refere-se a sua casa como o lugar mais seguro e que estando ali nada vai acontecer e se sair pode acontecer algo grave inclusive morrer. Diante da realidade avaliada foi mantida a medicação por mais 30 dias e como não houve uma resposta favorável em relação a fobia social, mudamos a medicação para duas drogas mais fortes e conduta expectante por mais 60 dias, caso não melhore será agendado uma visita domiciliar com o psiquiatra para avaliação geral do paciente. Desse modo, vale destacar que o caso relatado consistiu na situação mais difícil de ser enfrentada na minha área de atuação, pelo fato da pessoa não sair de sua casa.

Desse modo como potencialidade posso afirmar que a experiência vivenciada tem contribuído para crescimento e aprendizagem acadêmica, destacando a humanização do atendimento realizado pela ESF. A experiência de aproximação com o CAPS e NASF foi bastante proveitosa, pois demonstraram disponibilidade para comunicação e estreitamento dos laços profissionais e se colocaram à disposição para novos contatos.



CAPÍTULO V:**TÍTULO: MELHORIA DO ATENDIMENTO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PARA MENORES DE 6 MESES****COLABORADORES:****ENFERMEIRA: GISLAYNE****TÉCNICA DE ENFERMAGEM: THALITA****ACS'S: SRA. DAGUIA, SRA. FRANCISCA, GICELIA, ANA, CASSIA JACKELINE.**

Dando início nesta temática de Atenção à Saúde da Criança levando em consideração aspectos relativos ao Crescimento e Desenvolvimento (CD) realizada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) Marlene Ricardo direcionado as crianças menores de 2 anos um público vulnerável que em alguma situações sofrem maus tratos, agressões físicas e verbais, podemos constatar que a abordagem à saúde da criança requer um olhar mais ampliado visto que são dependentes das pessoas que as rodeiam. Nesse sentido, demonstramos as ações realizadas de acordo com as recomendações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB na tabela a seguir;

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	SIM	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	SIM	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	NÃO	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	SIM	

Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	SIM	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	SIM	
Crescimento e desenvolvimento	SIM	
Estado nutricional	SIM	
Teste do pezinho	SIM	
Violência familiar	SIM	
Acidentes	SIM	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	SIM	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	SIM	
Com baixo peso	SIM	
Com consulta de puericultura atrasada		NÃO
Com calendário vacinal atrasado		NÃO

A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	SIM	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?		NÃO

Nossa UBS realiza o acompanhamento de todas as crianças em nosso território visando um bom crescimento que de acordo com módulo em estudo a Atenção à saúde da criança consiste em um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal e um bom desenvolvimento que expressa uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais.

A busca desses Recém Nascidos (RN) é realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sendo cada um é responsável por sua microárea que orientam nas visitas domiciliares levar seus bebês à unidade de saúde nas quartas feiras pela manhã que é o dia que realizamos o CD. O acolhimento é feito pela enfermeira e encaminhado ao médico da unidade se for à primeira consulta do CD para avaliação da amamentação ou dificuldade do aleitamento materno, ganho de peso, ganho de massa cerebral, ganho na estatura, vemos também, o desenvolvimento psicossocial e exame físico geral, também solicitamos, o teste do pezinho o que é utilizado para rastreio de doenças congênitas como: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística, teste da orelhinha para rastreio de doenças auditivas, já o teste do olhinho e coraçãozinho é realizado antes da alta hospitalar. A partir da segunda consulta para CD o atendimento é intercalado com a enfermeira.

Para avaliação de crescimento utilizamos as curvas de crescimento disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) na caderneta de saúde da criança, através do índice antropométrico que contempla crianças de 0 – 5 anos.

As medidas antropométricas são utilizadas de acordo com o sexo masculino ou feminino

Utilizando do escore – Z como referência, observamos;

- Peso para Idade
- Estatura para Idade
- IMC para Idade
- Comprimento ou estatura para Idade

Para essas medidas avaliativas fazemos uso dos dados do Recém Nascido (RN) disposto na caderneta como;

- Peso
- Perímetro Cefálico
- Comprimento
- Índice de Massa corpórea (IMC)

Verificamos também o desenvolvimento psicossocial, motora e calendário vacinal de todos os RN de acordo com a idade segundo a tabela a baixo:

Encerramos o atendimento médico fornecendo as últimas orientações, interrogando se ficou alguma dúvida e se entendeu o que foi explicado e recomendado, agendando retorno com 30 dias.

Nossa equipe propõe uma melhor abordagem de nossas crianças para garantir um bom crescimento e desenvolvimento, revisando os critérios do Ministério da Saúde (MS) tais como: uma melhor abordagem do desfecho gestacional e parto, implantar o 5º dia de saúde integral da mãe e do bebê e garantir seus objetivos, explicando os sinais de perigo em menores de 2 anos para os responsáveis e salientar os 10 passos de uma boa alimentação.

Com o passar do tempo esperamos que essas medidas sejam ampliadas por meio do CD coletivo, grupo de aleitamento, saúde do bebê até os seis (6) meses.



CAPÍTULO VI:

TÍTULO: MANEJO E CONDOTA DAS PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

COLABORADORES:

ENFERMEIRA: Gislayne

Dando início nesta nova microintervenção realizada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) através da Equipe de Saúde da Família (ESF) Marlene Ricardo, contaremos como são feitos os atendimentos e acompanhamento das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde (APS) como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), obesidade, hipotireoidismo, hipertireoidismo, entre outras, com base nas prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.

O questionário foi respondido pelo médico e enfermeira PMAQ devido à indisposição dos demais membros da equipe. No nosso processo de trabalho utilizamos manuais e protocolos do Ministério da Saúde e também registro de nossa UBS. Não encontramos dificuldade em responder o questionário, pois se trata de perguntas objetivas.

Novamente, vamos responder algumas perguntas norteadoras abaixo discriminadas e refletir sobre elas.

	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
QUESTÕES	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	SIM		SIM	

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?	Dois Dias		Dois Dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	NÃO		NÃO	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	SIM		SIM	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	SIM		SIM	
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.				

<p>A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?</p>	SIM		SIM	
<p>A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?</p>	NÃO		NÃO	
<p>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?</p>	SIM		SIM	
<p>A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?</p>	SIM		SIM	

Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.

A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	Não		NÃO	
---	-----	--	------------	--

A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	SIM		SIM	
--	-----	--	-----	--

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	NÃO	NÃO		
---	------------	------------	--	--

elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	NÃO	NÃO		
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?	NÃO	NÃO		
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?		NÃO		
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	SIM			
Se SIM no item anterior, quais ações?				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS		NÃO		

Oferta ações voltadas à atividade física	SIM	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	SIM	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	SIM	
Encaminha para serviço especializado	SIM	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		NÃO

Em nosso território é grande número de pessoas portadoras de DCNT que desenvolvem a doença com o passar dos anos decorrentes de estilo de vida inadequados ou por herança genética. Desse modo, todos os pacientes cadastrados são atendidos na UBS e realizado um acompanhamento com rastreamento do agravo da doença a cada 6 meses se tiver atenuantes de gravidade ou a cada ano se for uma doença crônica isolada. Para as pessoas que procuram a UBS, seja porque notaram um aumento expressivo nos valores pressórico arterial ou por referir dores de cabeça recorrente sem sinais de infecção realizamos um controle contínuo de cinco dias seguidos com Medidor Ambulatorial da Pressão Arterial (MRPA) ou com Teste de Glicemia Capilar (HGT) se a suspeita for Diabetes Mellitus, caso seja confirmado a doença crônica iniciamos tratamento e solicitamos exames laboratoriais, avaliamos comorbidades e hábitos de vida e fazemos encaminhamento para nutricionista para adequar o paciente em um novo hábito alimentar. Os casos complicados com agravantes realizamos o atendimento em conjunto com especialista da área da cardiologista e endocrinologista. Todos os dados dos pacientes são registrados nos seus devidos prontuários na perspectiva de garantir o cuidado continuado.

Como medida preventiva foi planejada na equipe a formação de um grupo de controle voltado para tabagistas e oferta de atividade física realizada pelo educador físico do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), porém sem êxito, pois os usuários não compareciam as reuniões por vários motivos como a falta de tempo, falta de disposição ou simplesmente, por não querer participar. Diante dessa realidade, estamos em andamento com um novo projeto de implantação de uma horta comunitária que está sendo elaborada em parceria com a secretaria de agricultura com o intuito de estimular a alimentação saudável, atividade física e terapia ocupacional. Essa estratégia tem enfrentado algumas dificuldades, pois não contamos com apoio financeiro da gestão municipal e o que tem se realizado até o momento foi feito por nossos próprios esforços e recursos.

Este trabalho não contou a adesão de toda equipe por incompatibilidade de horários e questões de férias de alguns profissionais. Não tivemos dificuldade em responder o questionário e pretendemos dá continuidade as ações já implementadas, mas é fato que precisamos de apoio gestão municipal e acreditamos que estamos ofertando um bom trabalho para os usuários de DCNT de nossa área de abrangência.



CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
A Inserção das Práticas Integrativas e Complementares como Ferramenta de Ampliação da Abordagem Clínica	Realizado autoavaliação da equipe com pontuações e classificação conforme critério do AMAQ e Matriz de intervenção	Resultados satisfatórios e muito satisfatório	Dar continuidade no aperfeiçoamento clínico com tratamentos alternativos voltados a transtorno neurológicos e dores crônicas.
Aperfeiçoamentos da Equipe para Implantar o Acolhimento	Realizado um breve relato de como e feito o acolhimento em nossa UBS e o que tem que ser melhorado.	Fazendo uso do livro recomendado pelo MS acolhimento as demandas espontâneas melhoraram nossos atendimentos de acolhimento	Com o tempo, conscientização da equipe e apoio da gestão esperamos implantar o acesso avançado.
Mobilização da Equipe de Saúde da Família para o Incentivo do Aleitamento Exclusivo no Território	Realizado auto avaliação sobre planejamento reprodutivo, Pré-natal , puerpério e capacitação sobre importância do aleitamento materno.	Redução das queixas de leite fraco, pouco leite, doenças diarreicas e respiratórias.	Estimular de forma contínua o aleitamento materno.
Os Cuidados e Deveres da Equipe de Saúde da Família Marlene Ricardo Com os Usuários de Saúde Mental	Feito ficha espelho de autoatendimento de pacientes psiquiátricos, demonstrado com funciona a rede de fluxo dos mesmos e compartilhando um	Estreitamento dos laços entre NASF, CAPS e UBS.	Grupos de matriciamento entre os órgãos para discutir casos do território.

	caso verídico em nosso território		
Melhoria do Atendimento Crescimento e Desenvolvimento para Menores De 6 Meses	Realizado auto avaliação e feito relato de como é o atendimento sobre o tema proposto	Manteve-se já que a equipe não vê deficiência nesse quesito	Dar continuidade no que vem sendo feito em nossa UBS.
Manejo e Conduta das Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Auto avaliação da equipe sobre o manejo dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e formação de grupos controle voltado para tabagismo e atividade física.	Não foi satisfatório pois os interessados não compareceram	Busca uma forma de estimular o interesse nos portadores de DCNT.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo processo de trabalho nos deparamos com diferentes situações e problemas que envolvem a equipe e a forma de trabalho sendo possível ver com clareza nossos defeitos e acertos. Com o decorrer do tempo e o desenvolvimento da equipe pudemos melhorar em diferentes pontos e em outros aspectos ainda se faz necessário uma maior conscientização da equipe na busca pela qualificação do trabalho e transformação de práticas.

Nossa primeira microintervenção direcionada a realizar uma autoavaliação e planejamento de ações guiados pelo critério da AMAQ nos ajudou a melhorar o atendimento clínico com as práticas complementares já que em nosso ver a automedicação é maléfica para saúde de nossos usuários, principalmente, para idosos que não tem a mínima orientação a respeito. Nosso próximo passo foi melhorar o acolhimento em nossa unidade que trabalha com fichas marcas e o número de atendimento era muito reduzido por se tratar de uma área de atendimento com algo de 3500 pessoas, além do mais os conflitos entre usuários e ESF era contínuo, para solucionar isso realizamos várias reuniões para esclarecer a equipe e a população a cerca do acolhimento e de certo modo tivemos êxito com essa atividade, pois a chave principal foi aumentar o número de atendimentos e otimizar o acolhimento o que vem dando muito certo até o momento. Em seguida, tivemos a oportunidade em falar do aleitamento materno onde tínhamos muitas desistências do aleitamento até os 3 meses por falta de conhecimento das mães e também por parte da equipe que compactuava com a ideia de leite fraco, não ter leite, do bebê chorar muito de fome enfim, são muitas as explicações porém, foi realizados alguns momentos de reunião com a população alvo para esclarecer os aspectos destacados, até o devido momento continuamos com as desistências no aleitamento e acredito que essa temática deva ser algo a ser reforçado com certa frequência para adquirirmos uma nova cultura relativa a amamentação que possa ser passado de mãe para filha. Outro assunto abordado nas microintervenção que merece destaque diz respeito ao número elevado de casos de transtorno mental de leve a moderada intensidade sendo assim, possível ser solucionados em sua maioria pela própria unidade de saúde, nesse contexto discorreremos sobre um relato verídico que fizemos acompanhamento em parceria com a rede de saúde mental em nosso território. E não menos importante nos tocou as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que constitui uns dos problemas mais recorrentes que uma UBS. O desafio é conseguir conscientizar acerca de importância de se adotar estilo saudável

de vida através de alimentação saudável e práticas de exercícios físicos para melhorar a qualidade de vida da comunidade. Nessa perspectiva foi tentado sem êxito, a implantação de grupos de hipertensão e diabetes, porém, não obtivemos adesão da população, pois os interessados não compareciam nas rodas de conversas. Ainda tentamos grupo de atividade física para terceira idade, mas infelizmente também os usuários não compareceram. No momento o que temos para ajudar esse grupo de pessoas é o HIPERDIA com atendimento exclusivo a esses usuários, onde tentamos passar algo de forma individual.

Após todo o processo ser concluído podemos ver com mais clareza a importância da autoavaliação, pois nos permitir fazer análise de nossos próprios atos com relação ao trabalho que desempenhamos e ver em detalhe o que mais precisa de nossa atenção para melhorar o atendimento em nossa unidade, esperamos continuar crescendo e melhorando nosso atendimento a cada dia, na perspectiva de transformar a nossa realidade local.

REFERÊNCIAS

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Conhecendo o Território e a Unidade de Saúde.** [S.I.]: Avasus.ufrn. Disponível em: <
https://avusus.ufrn.br/pluginfile.php/214718/mod_page/content/7/Microinterven%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2018, 09:53:59.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. O **Acolhimento Nortendo as Práticas da Equipe.** [S.I.]: Avasus.ufrn. Disponível em: <
https://avusus.ufrn.br/pluginfile.php/256455/mod_page/content/7/Microinterven%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 31 dez. 2018, 10:01:52.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.** [S.I.]: Avasus.ufrn. Disponível em:
<
https://avusus.ufrn.br/pluginfile.php/277020/mod_page/content/8/Microinterven%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2018, 10:15:32.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **A linha de cuidado em Saúde Mental começa por minha ESF.** [S.I.]: Avasus.ufrn. Disponível em:
<
https://avusus.ufrn.br/pluginfile.php/286191/mod_page/content/7/Microintervenc%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 31 dez. 2018, 10:23:12.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **A linha de cuidado em saúde da criança começa por minha ESF.** [S.I.]: Avasus.ufrn. Disponível em:
em: <
https://avusus.ufrn.br/pluginfile.php/298301/mod_page/content/7/Microintervenc%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 31 dez. 2018, 10:38:14.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde.** [S.I.]: Avasus.ufrn. Disponível em: <
https://avusus.ufrn.br/pluginfile.php/308378/mod_page/content/5/Microinterven%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 31 dez. 2018, 10:43:46.





APÊNDICES

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
UNIDADE DE SAÚDE MARLENE RICARDO
FICHA DE ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL

Nome:

Idade:

Telefone:

Endereço:

Cartão SUS:

Primeira consulta: Sim () Não ()

Internação: Sim () Não ()

Em Acompanhamento com NASF: Sim () Não ()

Em Acompanhamento com CAPS: Sim () Não ()

Psicofarmaco em uso:

Uso Regular de Medicação: Sim () Não ()

Uso de Drogas:

Tabagista: Sim () Não ()

Etilista: Sim () Não ()

Outros;

Descrição do padrão: 4.52 – A equipe utiliza as práticas e complementares como forma de ampliação de abordagem clínica

Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A equipe não oferece tratamento alternativo para dor crônica; Não há orientação de tratamento alternativo; Não são utilizadas ferramentas de classificação de risco e vulnerabilidades.

Objetivo/meta: Inserir as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação de abordagem clínica/encaminhar os pacientes para complementar o tratamento.

Estratégias para alcançar os objetivos/met as	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Capacitação dos funcionários	Encontro para capacitação em tratamentos alternativos	Profissionais capacitados, auditório.	Minimizar as complicações causadas pela automedicação	Médico	60 dias	Exposição de impressões em reunião técnica mensal
Comunicar os usuários da unidade	Comunicação/Panfletagem com usuários através dos ACS	Panfletos; ACS	Reduzir de forma significativa complicações gastrointestinais (ex: Úlcera Gástrica)	Médico Enfermeira; Técnica de enfermagem; Direção da unidade.	120 dias	Exposição de impressões em reunião técnica mensal
Inserir as práticas integrativas e complementar	Encaminhamento para Unidade Especializada	Fichas de referências	Proporcionar tratamento alternativo como forma	Médico; Enfermeira	180 dias	Nº de praticas integrativas realizadas

es como forma de ampliação de abordagem clínica/encami nhar os pacientes para complementar o tratamento			de ampliar a abordagem clínica para um melhor resultado do tratamento			em determinad o período
---	--	--	--	--	--	-------------------------------

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

