



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

**APERFEIÇOAMENTO NAS CONSULTAS MÉDICAS NO MUNICÍPIO DE
CRISTINÓPOLIS SE**

Lucas Tadeu Soares Nunes

NATAL/RN
2018

LUCAS TADEU SOARES NUNES

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.
Maria Helena Pires Araújo Barbosa

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que torceram de forma direta ou indireta pelo meu sucesso. Principalmente a minha família, em especial a minha filha Ana Júlia, que compreendeu os momentos de ausência. Dedico também, a aqueles que estiveram a meu lado nos momentos mais difíceis durante esta trajetória, pois foram vários, os momentos em que pensei em desistir, mas tinha uma força superior que nunca me abandonou nem deixou fraquejar, me empurrando e encorajando-me a trilhar os caminhos com os diversos tamanhas de pedras que encontrei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir está vivenciando esse momento, por ter iluminado meu caminho e conceder a oportunidade de realizar esse trabalho.

Aos meus pais Ana Eulina Soares Nunes e Jorge Luiz Nunes que iluminaram meus caminhos com afeto e dedicação, sem palavras a agradecer.

A supervisora Daniela Sampaio que me auxiliou durante todo o processo de ensino aprendizagem, a minha orientadora Maria Helena por me direcionar tão bem, por se doar quando precisei e ser tão paciente.

A minha colega de trabalho e enfermeira Rayane Fontes por me ajudar na escolha do tema e sugestões durante as microintervenção realizadas na Unidade Básica de Saúde Estela Cavalcante, que contribuíram para a finalização deste trabalho, permitindo enriquecer ainda mais o conteúdo.

A todos os funcionários da Unidade pela paciência que tiveram ao longo desses meses. **UM MUITO OBRIGADO A TODOS!**

RESUMO

Considerado como um trabalho de aprimoramento para o curso, essa pesquisa visa objetivar as ações a serem reavaliadas pelos profissionais da área da saúde, principalmente médicos e enfermeiros atuantes na Atenção Primária a Saúde. Esta pesquisa tem por objetivo geral descrever um sistema que dar suporte as atividades médicas no processo de promoção, proteção e prevenção e assim otimizar a assistência, bem como correlacionar dados que permitam uma avaliação consistente do impacto das técnicas preventivas aplicadas na população assistida, além de ter como objetivo discutir os impactos sociais e econômicos esperados. Por meio de pesquisas científicas, buscou-se artigos (MEDLINE), Literatura da América Latina; Caribe (LILACS), Caderno de Atenção Básica, abrangendo o período de 2005 a outubro de 2018. Analisando os artigos selecionados, percebeu-se que a assistência médica é realizada de forma gradativa e complementar aos demais profissionais que compõem a Unidade Básica de Saúde estando voltada para as atividades assistenciais e curativas.

Palavras-Chaves: Atenção Primária a Saúde; Promoção, prevenção e proteção; Estratégia de Saúde da Família.

1 Especializando em Saúde da Família, Programa de Educação Permanente em Saúde da Família. E-mail: dr.lucasnunes@hotmail.com

2Orientadora: Maria Helena Pires Araújo Barbosa. E-mail: avasus.ufrn.br

IMPROVEMENT IN MEDICAL CONSULTATIONS IN THE MUNICIPIO OF CRISTINÁPOLIS IF

Lucas Tadeu Soares Nunes¹
Maria Helena Pires Araújo Barbosa²

ABSTRACT

Considered as a work of improvement for the course, this research aims to target actions to be reviewed by health care professionals, mainly doctors and nurses in Primary health Attention. This research aims to describe a general system that support the medical activities in the process of promotion, prevention and protection and so optimize the assistance, as well as correlate data allowing a consistent assessment of the impact of preventive techniques applied in the assisted population in addition to goal is to discuss the social and economic impacts expected. Through scientific research, sought to articles (MEDLINE) Literature of Latin America; Caribbean (LILACS), book of basic care, covering the period from 2005 to October 2018. Analyzing selected articles, it was noticed that medical assistance is carried out gradually and complement to other professionals that make up the Basic Health Unit

Key words: Primary care health; Promotion, prevention and protection; Family health strategy ília.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
CAPÍTULO 1.....	09
Aplicabilidade do SisPED e suas dificuldades na Atenção Primária a Saúde.....	10
CAPÍTULO 2.....	14
CAPÍTULO 3.....	16
CAPÍTULO 4.....	20
CAPÍTULO 5.....	23
CAPÍTULO 6.....	26
CAPÍTULO 7.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	35

APRESENTAÇÃO

- Refere-se a uma pesquisa que reúne, uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de micro intervenções realizadas no território em que atuo. Ao qual teve a participação de toda a equipe de saúde que compõe a Unidade Básica escolhida. O estudo foi realizado em uma UBS do Município de Cristinápolis SE. A UBS Estela Cavalcante possui uma equipe de saúde com 113 famílias e 291 pacientes.
 - Dentro do território, abrange a zona rural, onde encontra-se uma população com idade mais avançada e de baixa escolaridade com seus costumes peculiares passados de geração em geração, o que leva a desenvolver atividades voltadas ao idoso com uma carga horária de trabalho extensa, visando um cuidado permanente com o corpo, rastreo de doenças crônicas não transmissíveis, eventos que envolva mais a comunidade e que se torne corriqueiro o vínculo com toda a equipe, intensificando o princípio básico, prevenção e promoção a saúde na atenção primaria.
 - Situada no povoado Água Branca, ao Oeste da Cidade, tem uma estrutura física composta por: 01 área externa; 02 salas de espera para os usuários; 02 banheiros sendo 01 masculino e 01 feminino, para os usuários; 01 recepção; 01 sala de acolhimento; 01 consultório médico com banheiro; 01 consultório de enfermagem com banheiro; 01 consultório dentário; 01 sala de vacina; 01 sala de curativo; 01 departamento de material de limpeza (DML); 01 copa; 01 área de lixo comum.
 - Buscando acrescentar e ampliar a atenção primária, levantei as principais problemáticas da comunidade, criando um vínculo contínuo com a população. Logo como médico escolhido pela Secretaria Municipal da cidade através do Programa Mais Médicos, realizei estratégias através desse estudo ou micro intervenções aqui criadas e adquirindo ainda mais conhecimentos na prevenção e cuidado como um todo, tentando aproximar mais a comunidade da unidade de saúde adscrita.
 - Para a realização destas microintervenções fez-se algumas buscas ativas em artigos científicos e literários, que compreendeu um levantamento de 49 artigos, destes 32 foram selecionados para análise crítica e descritiva de publicações encontradas sobre a atuação dos médicos na Atenção Primária a Saúde visando o melhoramento e
-

eficácia dos atendimentos frente aos pacientes assistidos na Unidade Estela Cavalcante no município de Cristinápolis SE.

- Utilizou-se um levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados virtuais em saúde, especificamente, na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Caderno de Atenção Básica, escolhidas por serem consideradas de referências e especializadas em literaturas científicas. Foram utilizados os seguintes descritores: Atenção Primária a Saúde, Diabetes Mellitus, Estratégia de Saúde da Família e Promoção, proteção e prevenção. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão, artigos publicados nos anos de 2005 a fevereiro de 2018, disponibilizado na íntegra e gratuito.
 - Após a escolha dos artigos, realizamos reuniões em equipe para discussão dos casos e quais estratégias deveríamos usar para abordar os temas frente a população assistida. Buscou-se atribuir um atendimento mais dinâmico e voltado é claro, para questões em que os usuários desconheciam que existia, priorizando a escuta inicial de suas queixas bem como seus familiares ao qual acompanhavam sempre que possível nas consultas médicas. Como objetivo geral, buscou-se conhecer o tipo de assistência prestada aos usuários da Unidade Básica em questão, comparando assim a assistência prestada com o que é preconizado pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
 - Ao longo de cada capítulo apresentado, abordou-se temas relevantes e experiências vividas por todos, logo buscou-se solucionar as problemáticas afim de conseguir uma melhor estratégia. Diante disto, observou-se uma efetividade nos serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde do município suprimindo a necessidade da população, além de observar o empenho de toda a equipe durante as ações ofertando conhecimento e conscientizando a todos os envolvidos.
 - Diante dessas observações será necessário que todo acompanhe este minucioso trabalho para entender como foram realizadas as estratégias para garantir uma efetividade e aperfeiçoamento nas consultas médicas, afim de garantir qualidade nos atendimentos.
-

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão: 2.3 A gestão municipal de saúde garante a manutenção e o abastecimento das Unidades Básicas de Saúde.

Descrição da situação problema para o alcance do padrão:

Financiamento insuficiente da Atenção Básica. Infraestrutura das UBS inadequada, Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde

Objetivo/Meta:

Garantir a efetividade e regularidade das fiscalizações da atenção básica e para os usuários. E como meta a realização mensal de tais reuniões juntamente com a coordenação, planejamento mensal nas reuniões da, tema de acordo com a dificuldade levantada pelos integrantes e fiscalização do funcionamento e resultados da intervenção proposta, observando as melhorias e fazendo um levantamento.

Estratégias para alcançar objetivos/metat	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Implementação cronograma das Levantamento das problemáticas	Reuniões em mensais para planejamento das atividades e controle regular das execuções, e	Espaço físico, cadeiras e insumos. Multimídia.	Capacitar profissionais de saúde da equipe.	Coordenadora de atenção básica. Médica da equipe.	Realização de gráficos cada 3 meses	Monitoramento da atenção básica Registro fotográfico,

Reunião com a coordenação.	das melhorias	Material didático informativo. Cartazes.	Promover mais segurança e autonomia aos agentes de saúde na orientação realizadas aos usuários. Melhorar o acesso a informação aos usuários.	Enfermeira. Odontóloga ACS	por assinatura em ata das atividades e dos participantes (funcionários e usuários).
----------------------------	---------------	---	---	--	---

APLICABILIDADE DE SISPED E SUAS DIFICULDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Mediante a Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), foi possível diagnosticar as dificuldades encontradas pelos profissionais na área da saúde da Unidade Básica de Saúde Estela Cavalcante do município de Cristinápolis/SE. Assim, obtivemos como tema a Aplicabilidade do SisPED e suas dificuldades na Atenção Primária a Saúde.

Atualmente o Diabetes Mellitus apresenta-se como um dos principais problemas de Saúde Pública no Brasil, configurando-se um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo, levando ao sistema público de saúde um grande desafio: prestar uma assistência capaz de prevenir as possíveis complicações relacionadas à essa patologia (SANTOS, 2011).

Caracterizado como um grupo de doenças metabólicas em que eleva-se o nível de glicose no sangue e denominado de hiperglicemia. Esse aumento ocorre devido a um defeito na secreção da insulina ou até mesmo a não produção dessa insulina no próprio corpo humano (American Diabetes Association, 2009).

Esta patologia pode ser classificada em três tipos: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2 e Diabetes Gestacional. O tipo 1 é aquele caracterizado como tipo agudo, afetando indivíduos antes dos 30 anos de idade, esse tipo ocorre a destruição das células Beta do pâncreas, ocasionada por fatores genéticos, ambientais como vírus e imunológicos (BRUNNER & SUDDARTH, et al., 2012).

O Diabetes tipo 2, é uma doença crônica de alta prevalência em que o pâncreas produz insulina em quantidade insuficiente para manter os níveis de glicose normais no organismo, isso ocorre devido à resistência à ação da insulina. Geralmente ocorre em paciente com mais de 30 anos e com obesidade. As mulheres com diabetes gestacional podem desenvolver uma carência na produção da insulina decorrente das alterações hormonais podendo ser prejudicial na atuação da insulina dentro da célula ocorrendo alterações no processo gravídico (LINO,2017).

Desse modo pretende-se responder a seguinte questão: será que as complicações dos pés de pacientes diabéticos podem ser prevenidas através da educação dos pacientes?

Após analisar alguns artigos científicos sobre o tema, observou-se que por ano cerca de 40 mil diabéticos sofrem amputações, sendo que em torno de 50% delas são as não traumáticas de extremidades inferiores. Essas amputações no Brasil ocorreram numa faixa etária em adultos com idade entre 70 a 80 anos, ocorrendo com maior frequência em idosos do sexo masculino (TAVARES, et al., 2009).

O SisPED é um sistema em forma de prontuário eletrônico que foi desenvolvido pela Universidade Federal de Sergipe no ano de 2006, visando a Avaliação nos achados de anamnese e exame físico que possibilitem identificar aqueles pacientes em risco a desenvolver ulcerações nos pés, favorecendo a elaboração da conduta terapêutica adequada. É um software gratuito que está disponível no portal da Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus acessível à equipe multidisciplinar, favorecendo aqueles profissionais não especializados a terem uma eficácia no diagnóstico semelhante a especialistas no manejo do pé neuropático (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Segundo a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, existem várias estratégias para organizar e priorizar a enorme quantidade de informações que devem ser ensinadas a

pacientes com diabetes. Além disso, algumas das UBS desenvolvem orientações por escrito, planos de cuidados e formulários de documentação, que podem ser utilizados para documentar e avaliar o ensino.

O questionário de sinais e sintomas para as consultas presentes no software é constituído de quatro partes: dados gerais, sintomas, sinais e limiar de proteção. Nos dados gerais, são informados: o tempo de diabetes, grau de controle, tipo de tratamento, os exames de glicemia jejum, glicemia pós-prandial, HbA1c (Hemoglobina Glicosilada), HAS (Hipertensão Arterial), retinopatia, nefropatia, vasculopatia, DAC (Doença Arterial Coronariana) e etilismo, além de fatores relevantes como alcoolismo, tabagismo e obesidade (ANDRADE, 2010).

É necessário que se faça uma anamnese com o intuito de identificar se o paciente sente algum dos sintomas caracterizados como determinantes para o pé diabético. São eles: dor ou calor nos pés, perda frequente dos sapatos, dor com o lençol, claudicação, presença de feridas nos pés e ocorrência de amputação (CURCIO, 2009).

De acordo com o Caderno da Atenção Básica de Diabetes Mellitus, nº 36 do Ministério da Saúde, os sinais que resultam da inspeção aos pés do paciente realizada pelo profissional de saúde especializado (médico ou enfermeiro), são também coletados. Dentre estes sinais, temos: atrofia interóssea, pé descamativo, rachaduras, pé quente, pé vermelho, úlceras, gangrena, edema, pigmentação, micose interdigital, calo, calo hemorrágico, deformidade, onicomiose, pêlos presentes, sinal da prece, sensibilidade tátil, sensibilidade vibratória, sensibilidade dolorosa, reflexo do aquileu, reflexo do patelar, pulso tibial e pulso pedioso.

Finalmente, o limiar de proteção, também conhecido como teste do monofilamento, é determinado através da inspeção aos pés do paciente. Através deste exame é possível localizar em doze pontos dos pés se há risco de ulceração, utilizando um filamento de nylon, visando determinar a presença ou ausência de sensibilidade tátil (SCHMIDT, 2012).

O objetivo geral dessa microintervenção é descrever o funcionamento de um sistema eletrônico, denominado SisPED que visa dar suporte às atividades de enfermagem e médica de prevenção do pé diabético, correlacionando dados que permitam uma avaliação consistente do impacto das técnicas preventivas aplicadas na população assistida; relatar o processo de verificação e implantação do sistema SisPED; discutir os impactos sociais e econômicos esperados.

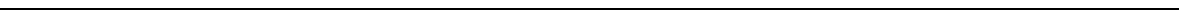
Diante da importância do tema, e observado uma carência quanto aos cuidados prestados a esses pacientes diabéticos, planejamos algumas ações para melhoria nos atendimentos aos portadores diabéticos que frequentam a ESF (Estratégia de Saúde da Família) citada acima. Logo, reunimos toda a equipe multidisciplinar: profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas e a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS) e os técnicos de informática. Nesse encontro planejamos as ações seguintes, ficando divididas da seguinte forma: os Técnicos de Informação – criar planilhas para a avaliação do pé diabético obedecendo os critérios proposto pelos médicos; ACS – realizar a captação dos pacientes diabéticos através do e-SUS e em suas respectivas micro áreas e divulgação do evento; Enfermeiros – realizar palestras sobre a importância dos calçados, assiduidade nas consultas médicas, controle da glicemia e outros; nutricionistas – elaboração de uma dieta de acordo com a realidade de cada paciente e por fim os médicos, que ficariam responsáveis pelo preenchimento do SisPED criado na Unidade e avaliação dos pés diabéticos utilizando os mono filamentos.

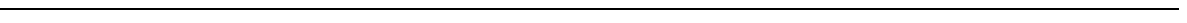
Já nessa reunião foram definidas as datas para o evento, que foi realizado todas as quintas-feiras na própria unidade e onde os atendimentos foram somente direcionados a esses pacientes. Lá, distribuimos os pacientes por grupos, palestras com os enfermeiros, avaliação nutricional, avaliação do pé diabético e reavaliação das medicações em uso, dinâmicas relacionadas com a patologia e vídeos educativos, por final foram feitos sorteios de brindes e ofertado um lanche para aqueles que se fizeram presentes.

Nessa experiência, notou-se que a metodologia de desenvolver atividades em grupos pode sim obter êxitos e assim, melhorar o perfil desses pacientes auxiliando na prevenção e promoção nos casos de amputações. Notou-se também, que os portadores do diabetes mellitus que frequentam a Estratégia tem resistência a comparecer as consultas médicas por motivos de locomoção até a unidade.

No entanto, sentamos com a coordenadora da atenção básica e passando a experiência desses dias como também as dificuldades apresentadas pelos portadores, onde a mesma garantiu um transporte para auxílio desses pacientes durante os eventos relacionados a patologia.

Com a criação dessas estratégias, espera-se uma diminuição quanto aos números de pacientes acometidos pela doença não somente na área que desenvolveu a ação como também no município, possibilitando assim uma melhoria na saúde como um todo dos portadores do diabetes mellitus.





CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ESTELA CAVALCANTE NO MUNICÍPIO DE CRISTINAPOLIS/SE

Após observar o fluxo do atendimento na Unidade Básica de Saúde Estela Cavalcante no município de Cristinápolis SE, percebeu-se a necessidade de aperfeiçoamento do fluxograma e demandas que ali apresentaram-se a população. Diante das reclamações feita pelos usuários referente as dificuldades de acesso ao atendimento e ademais filas matinais para obtenção de fichas que muitas das vezes não supriam a necessidade da população, levando a modificação na execução do acolhimento, houve uma necessidade de uma microintervenção, buscando como melhoria a sistematização na demanda espontânea e programada e aperfeiçoamento da escuta e privacidade dos usuários.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, 2013 o acolhimento é uma diretriz que não tem local hora, local e nem profissional específico para fazê-lo. Faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. Para existir um processo de trabalho qualificado, o acolhimento deve ser a porta de entrada para sustentar a relação entre as equipes de saúde e usuários garantindo a confiança, compromisso e vínculo entre os serviços, trabalhadores e população.

É fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher os atendimentos que não podem ser programados, as eventualidades, os imprevistos. Não podemos esquecer que mesmo aqueles usuários que são acompanhados nas ações programadas da Unidade, também assim eles precisam de atenção mesmo que não sejam nos atendimentos agendados.

Entretanto, no Caderno de Atenção Básica, n.28, vol.2, acolhimento a demanda espontânea utiliza-se do saber clínico, epidemiológico e subjetividade por meio do olhar para diagnosticar os riscos e vulnerabilidades da população que ali frequentam. Por meio dos conteúdos abordados pelos profissionais desde a recepção até a consulta médica, o processo de trabalho é conduzido e aplicado com eficácia sem fazer distinção do adoecer do paciente criando fortalecimento de vínculos.

Visando uma melhoria nos atendimentos, pensou-se numa microintervenção para suprir as necessidades das demandas e diminuir o tempo de espera dos usuários. Logo, foi pensado num fluxograma que obedecessem aos critérios de classificação de risco e diretrizes

específicas na atenção básica. Para realizá-la, foi necessária uma capacitação conjunta a toda equipe, com estudos semanais que garantissem conforto e satisfação a população. Diante dos pontos apresentados durante as reuniões fizemos algumas ações que mobilizassem tanto a equipe quanto os usuários como: o acolhedor deve ter clareza e orientação das opções disponíveis na Unidade onde logo após deverá ser encaminhado para a sala de acolhimento e lá outro profissional realizar a classificação de risco. Além disso, realizamos também palestras mensais com temas específicos de promoção a saúde da população juntamente com o novo processo de adequação ao fluxo e estilo de atendimento do setor.

Em nossas reuniões mensais de equipe, buscamos refletir sobre melhorias e soluções das problemáticas, aprendemos de forma qualitativa a suprir essa necessidade, atendendo a todos e priorizando suas queixas principais, as quais diminuíram gradativamente em cada consulta.

A dificuldade maior durante esse processo foi capacitar os agentes comunitários de saúde para uma maior interação a necessidade da população a saúde pública e atenção primária num contexto geral, tendo palestras sobre o acometimento de enfermidades mais corriqueiras na UBS local. Entretanto, apesar das dificuldades obtivemos algumas mudanças notórias como por exemplo, satisfação do cliente e aumento do fluxo no atendimento tanto para demanda espontânea como para demanda programada, satisfazendo a necessidade do usuário.

Diante disso, observamos também obter um ambiente mais agradável e confortável, estabelecendo formas de acolhimento e inclusão do usuário, promovendo também a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis de sistema. Esperamos que dessa forma, possamos dar continuidade a um sistema globalizado e descentralizado buscando sempre satisfazer o cliente e suprir suas necessidades, visando sempre a prevenção e promoção a saúde na atenção primária.



CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO NA UNIDADE DE SAÚDE ESTELA CAVALCANTE DO MUNICÍPIO DE CRISTINÁPOLIS/SE

De acordo com a Constituição Federal, artigo 226, parágrafo 7º, o Planejamento Familiar é um direito de mulheres, homens e casais regulamentada também pela Lei 9.263, de 1996. Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção.

A informação adequada em planejamento familiar é de fundamental importância, pois possibilita ao cliente exercer seus direitos, reconhecer métodos contraceptivos e fazer escolhas com autonomia. Deve abranger orientações sobre métodos, assim como saúde sexual e reprodutiva. Além disso, os serviços de saúde devem dispor de métodos e técnicas para o controle da fecundidade (Ministério da Saúde, 2008).

Segundo o educador Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção, prestada em saúde sexual e reprodutiva. Educar é um processo de construção, permanente.

A partir dessa concepção, recomenda-se que as práticas educativas façam uso de metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito. Para obter bom resultado, no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, é importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes, permitindo a troca de ideias sobre sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses (Caderno de Atenção Básica, 2013).

Nos últimos 10 anos, verificou-se que as mulheres estão começando sua atividade sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática da anticoncepção (BRASIL, 2008).

Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (Brasil, 2010).

Entretanto, discutimos conteúdos sobre diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), enfatizando sua importância e esclarecendo e desmistificando as crenças da população englobando ainda, encaminhamentos adequados à centros de referência uma vez diagnosticado, ofertando os devidos tratamentos.

As ações educativas, preferencialmente realizadas em grupo, devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual. Sugere-se que sejam formados grupos específicos para adultos e adolescentes, com no máximo 20 pessoas por grupo. É recomendável que os grupos de adolescentes sejam formados de acordo com as seguintes faixas etárias: de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos (Brasil, 2008).

Uma atenção ao pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se, necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda, a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários (as). E gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (Ministério da Saúde, 2005).

Realizando busca ativa das gestantes em nossa unidade inclusive as adolescentes, com levantamentos periódicos das gestantes, preenchendo adequadamente a caderneta gestacional e frisando sua importância a cada consulta, solicitações de exames complementares recomendado pelo Ministério da Saúde em seus respectivos trimestres gestacionais. Porém, uma vez diagnosticado ISTs gestacional, essas pacientes, são encaminhadas para centros de referências e ainda sim acompanhadas em nossa unidade. Foram ofertados também, rodas de conversas, esclarecendo dúvidas sobre várias inseguranças e quadro nutricional durante toda sua gestação e como fator de grande importância amamentação e suas problemáticas.

O que mais observamos em nossa comunidade, foram as grandes demandas de desmame precoce. De acordo com o Manual do Ministério da Saúde, conceitua-se desmame a introdução de qualquer outro tipo de alimento além do leite materno. Esta publicação refere também que o desmame não é um momento e, sim, um processo que vai desde a introdução de um novo alimento até a suspensão completa do aleitamento materno. Preconiza que o desmame deve iniciar-se a partir dos 4 a 6 meses de idade, porque antes dessa época a maioria das mães produz leite suficiente para preencher as necessidades nutricionais de seus filhos; e depois desse período, o desmame deve ser iniciado de forma gradual, pois permanecer apenas com leite materno seria tão prejudicial quanto introduzir precocemente outro alimento (BRASIL, 1986).

Realizamos ações em nossa unidade com público alvo gestantes e puérpera, realizando palestras com todo o conceito da importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, os contra partidos do uso de mamadeiras e chupetas como precursores do desmame precoce além de malefícios odontológico onde tivemos a participação de nossa Doutora em odontologia, ademais de afetações gastrointestinais e respiratórias como porta de entrada, mistificando o choro e seus diversos motivos, fases do leite (colostros, transitório e leite maduro) posição e pega adequada para uma melhor ordenha, cuidados com o corpo da gestante e suas mamas, reconhecendo as mudanças do seu corpo conforme o avanço da gestação, introdução de alimentos a partir dos 6 meses de idade, com papas de fruta/sal, importância e calendários vacinais e consultas periódicas. Com isso notamos um grande avanço no que desrespeita ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade sendo esta ação de caráter favorável e satisfatório.

Aprendemos com toda essa experiência o quanto a população deve ser instruída aos cuidados corriqueiros, que muitas das vezes são modificados por heranças e costumes passados. Vendo que nosso desafio maior justamente fica no costume e na introdução precoce de leite artificial a esses pacientes uma vez que tem a ideia de não ser suficiente para saciar suas necessidades.

O que podemos fazer para manter e dar continuidade a esse quadro favorável, e juntamente a secretaria de saúde é realizar eventos corriqueiros com as demais unidades, unificando um conceito central e de conscientização da população e dos demais profissionais de saúde da importância do aleitamento materno exclusivo.

E temos o intuito de que essa promoção de saúde, possa diminuir o índice de internações neonatais por fatores desencadeados por mau manuseio da mamadeiras e chupetas, fortalecendo seu processo imunológico uma vez comprovada a eficácia e importância do leite materno, melhorando a qualidade de vida de nossas crianças.



CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O DESAFIO DE ATUAR DE FORMA MAIS PROATIVA NA SAÚDE MENTAL PELA EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CRISTINÁPOLIS- SE

Para o aprimoramento da atuação da equipe da atenção básica na saúde mental no município de Cristinápolis, foi realizada algumas ações para melhorar a qualidade dos nossos atendimentos, realizamos uma reunião com a equipe e as psicólogas e enfermeira do Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pois observei a necessidade de organização e monitoramento maior dos nossos usuários.

A equipe já possuía registro dos pacientes usuários de medicação psicotrópica e de usuários de álcool e drogas. Realizados por um especialista do nosso município. Dados sobre acompanhamento no CAPS e/ou no NASF e também com atenção ao acompanhamento familiar dos responsáveis ou acompanhantes desses pacientes, com fichas de referência e contra referência para melhor controle, identificação e acompanhamento para melhor prognóstico.

Na nossa comunidade já tivemos casos de atendimento de usuários com a necessidade do contato direto com os profissionais do CAPS e do NASF, essa articulação já é ativa nos nossos atendimentos e assim como a referência e encaminhamento a esses profissionais. Na unidade do CAPS é realizado o acolhimento dos usuários com abrigo no período do dia, alimentação, realização de atividades educativas e sociais para promover bem-estar e reintegração desses pacientes em sociedade. A unidade dispõe, além de outros profissionais, de psicóloga, assistente social e enfermeira que tem acesso e contato direto com a equipe da atenção básica, contato telefônico ou presencial quando necessário.

Listagem de controle para quantificar o número de atendimento mensal desses pacientes e avaliarmos o controle de número de consultas, periodicidade e controle da obtenção de consulta para renovação de receita. As pessoas em sofrimento psíquico são agendadas em carácter de urgência ambulatorial com tempo de espera mínimo pois entram em consulta como demanda livre de acordo com a necessidade, caso seja o primeiro atendimento principalmente.

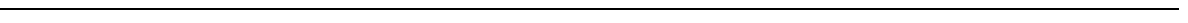
Como relato, utilizando uma paciente o qual vamos dar o nome fictício de Maria, 42 anos usuária de álcool e drogas ilícitas, mãe de 4 filhos, sendo dois menores de 12 anos, o qual seu processo corriqueiro de negligência com os filhos fora assistido pelos moradores próximos realizando diversas denúncias ao conselho tutelar, por fim com a perda da guarda dos mesmos, caso relatado por sua agente de saúde a nossa equipe que prontamente realizou uma visita domiciliar de caráter prioritário, abordando um cenário a qual a paciente se apresentava transtornada e alcoolizada. No primeiro momento, foi realizado um suporte de caráter emergencial, o qual foi induzida a urgência clínica do município para suporte medicamentoso. Em seguida, convocamos uma reunião com a equipe do NASF e o médico psiquiatra do CAPS para traçar uma estratégia destinada a essa paciente. Logo após, solicitamos a presença dos familiares, (que residiam com a paciente) para fazer parte de nossa estratégia de cuidado, dando o suporte psicológico, terapia ocupacional, início de medicações estabilizadoras do humor. Nós, enquanto Estratégia de Saúde da Família, solicitamos comparecimento da paciente sempre acompanhada de um familiar para consulta médica 1 vez por semana, para ser relatado seu quadro clínico.

Realizado consulta com psiquiatra com retorno em 3 meses, vivenciamos um quadro evolutivo favorável em um período médio de 2 meses. Cientes que estávamos no início de todo um trabalho a ser construído e mantido, em 6 meses foi solicitado pelo juiz um relatório médico com intuito de julgar a guarda dos filhos segundo seu grau de capacidade como responsável dos menores. Relatório realizado com prognóstico favorável, mas até o momento do relato não temos resposta da decisão judicial, e com isso vimos toda a importância de um conjunto de ações realizada em prol da paciente juntamente com o NASF, CAPS e também o auxílio dos familiares.

O instrumento de registro solicitado pelo PMAQ teve como intuito maior, abordar toda a problemática de manter um registro e rastreamento visando o perfil de cada paciente, em conjunto com a equipe de saúde com reuniões mensais e a cada final de mês, promovendo uma grande interação e conhecimento coletivo, potencializando a problemática maior que são abuso de álcool intervindo com palestras educativas juntamente com serviços especializados e capacitados buscando informativos aos parentes e familiares em questão, tendo como dificuldade maior o encontro propriamente dito a esses usuários e seu acompanhamento rotineiro uma vez que o mesmo se ausenta das atividades educativas como até mesmo o abandono.

No município, dispomos de atendimento psiquiátrico no próprio posto de saúde o que facilita a referência e contra referência quando necessário, pois usamos o mesmo prontuário médico e o controle sobre as medicações que se torna maior, conseguimos estabelecer a dispensação das medicações a cada 60 dias e também há um controle pela equipe da farmácia da secretaria de saúde local.

A equipe da atenção básica e as profissionais do CAPS e NASF tiveram interação positiva, um controle maior e o monitoramento mais controlado apesar das dificuldades apresentadas. Percebemos também, que já estamos realizando mudanças no nosso cenário. Somos atuantes e dispomos em nosso de uma boa organização de rede de serviços de saúde mental e um grande apoio da equipe matricial. A equipe acredita na potencialidade das nossas ações na mudança da realidade da saúde mental da nossa cidade.



CAPÍTULO V: V ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS CRIANÇAS: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO EQUIPE 002 DE CRISTINÁPOLIS, SERGIPE

A atenção à saúde da criança na nossa unidade é realizada conforme o protocolo proposto pelo Ministério da saúde, realizamos as consultas de puericultura para as crianças de 0 a 24 meses, cronograma mensal as quartas feira pela manhã para esse tipo de atendimento médico e quinta pela tarde pela enfermeira da equipe, os agentes de saúde fazem o cadastro das crianças dessa faixa etária e realizamos os agendamentos das consultas, visita domiciliar e assim como o teste do pezinho é também realizado na unidade até o sétimo dia de nascido, as vacinas são realizadas seguindo a idade da criança e supervisionadas mediante caderneta de saúde da criança e de vacina disponibilizadas pelo município

Atenção a saúde das crianças: com realizações de reuniões com toda a equipe, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os 2 anos de idade, é de fundamental importância para a promoção à saúde da criança e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscamos atuar de forma precoce nas intercorrências. Ações aparentemente simples, como, pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão da criança, são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde. Para que estas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil, realizamos a capacitação técnica e o seguimento de normas já estabelecidas, bem como o trabalho integrado das equipes de atenção à criança, articulando as ações básicas de saúde.

Outra importante ação realizada foi a criação e implementação de uma ficha espelho, em anexo abaixo, no atendimento de todas as crianças da comunidade para manter esse registro em prontuário com preenchimento completo dos dados da história do nascimento e o acompanhamento das consultas de puericultura com o médico e a enfermeira de forma completa e consoante com as recomendações do Ministério da saúde.

Para o relato, foi realizado uma ficha espelho com o intuito de melhor atender e acompanhar nossos crianças, assim criando um grande vínculo e uma ação que se torne corriqueira, e dentre os métodos de melhor escolha, com toda a equipe reunida, foram realizadas rodas com as mães de família, ventando as problemáticas as quais tinha como

principal a falta de informação, quanto a necessidade de acompanhamento dos seus filhos até os 02 anos de idade uma vez que não manifestasse um quadro de doença propriamente dita. Com a criação da ficha, dados colhidos e uma conversação mais profunda, podemos esclarecer melhor passo-a-passo o preenchimento e suas respectivas perguntas, remarcação da próxima consulta associando também ao seu respectivo ACS, e com isso observamos uma demanda crescente desses atendimentos de puericultura com melhor interação com a comunidade.

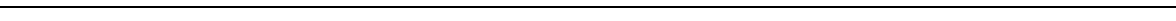
A Incorporação da saúde dental no acompanhamento da saúde da criança e do adolescente e avaliação da necessidade de atendimento odontológico nas crianças, Em relação a atividades educacionais em saúde voltadas a criança é realizada regularmente pela equipe ações nas escolas com a liderança da enfermeira, conforme atividades propostas pelo Programa de saúde nas escolas, o PSE, foi dada notoriamente sua necessidade durante as consultas onde se observada o descuido com a saúde bucal onde se observou que os responsáveis não acompanhava a limpeza bucal de perto dos seus filhos, como o adequada limpeza dos dentes e da língua e sua forma correta a ser realiza, com isso foi realizadas reuniões com a equipe de coordenação das escolas que solicitassem as presença dos responsáveis sempre que tivesse evento de PSE, levantando em questão o risco de uma má saúde bucal e suas complicações, sendo assim, cadastrada pela equipe odontológica pacientes prioritários visando melhor prognostico e continuação da saúde permanente. No atual ano de 2018 a equipe já realizou a campanha contra as verminoses, a campanha para avaliação da acuidade visual, promoção a saúde auditiva

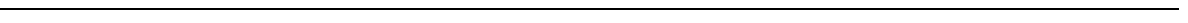
Respondemos o questionário proposto no módulo em equipe, no momento da reunião, para avaliação das ações preconizadas para o PMAQ/AB no tocante a saúde da criança e identificamos que a equipe tem realizado um satisfatório seguimento as exigências propostas pelo protocolo de saúde a criança e identificamos a necessidade do enfoque ser voltado cada vez mais a prevenção e promoção de saúde e que precisamos realizar as mudanças já propostas acima e o monitoramento mais regular dos usuários principalmente na busca ativa dos pacientes faltosos as consultas de puericultura, enfatizando a importância do comparecimento para melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Segue abaixo o questionário respondido.

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	
--	---	--





CAPÍTULO VI: CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃ TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO

Nesse capítulo serão debatidas as ações estratégias sobre o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), realizadas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Estela Cavalcante do município de Cristinápolis/SE., sempre de acordo com os requisitos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), avaliando os serviços prestados e as necessidades da população do território adscrito

A Hipertensão Arterial, o Diabetes, Cânceres e as Doenças Respiratórias Crônicas representam as principais Doenças Crônicas não Transmissíveis. Consideradas silenciosas, por se desenvolver ao longo da vida, e responsáveis por 72% óbitos no Brasil. Segundo Ministério da Saúde aproximadamente 57,4 milhões de pessoas possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) no país. Existem alguns fatores que favorecem o seu desenvolvimento no organismo: fatores genéticos, sexo e idade, além de hábitos e comportamentos de risco com inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo e o abuso de bebidas alcoólicas.

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	Preencher em dias EXISTEM 2 dias na semana para hiperdia		Preencher em dias EXISTEM 2 dias na semana para hiperdia	

A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X		X	
A equipe avalia a existência de morbididades 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	X		X	

<p>peças com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?</p>				
<p>A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?</p>		X		X
<p>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.</p>				
<p>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?</p>	X		X	
<p>A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?</p>		X		X
<p>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.</p>				

A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?		X		X
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?			X	

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?	Encaminhamento por Nutricionista Programas educacionais com atividades	

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

Em reunião com a equipe de saúde e do levantamento dessas questões sobre a hipertensão, o diabetes e a obesidade, ou seja, dos problemas vivenciados na comunidade atendida, verificou-se que todas essas atividades são realizadas.

Em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), o atendimento ao paciente portador de DCNT começa desde quando ele chega e é recebido pela recepcionista, sendo triado por nossa enfermeira, classificando assim como demanda espontânea, programada e até a necessidade das visitas domiciliares.

Durante as consultas realizamos todo um rastreio buscando minuciosamente uma história clínica bem detalhada, até por históricos familiares, buscando alcançar esse público alvo, exames que possam nos nortear sobre seu diagnóstico (Hemograma, Glicemia, LDL, HDL, Triglicérides, HBA 1C e controle da pressão por uma semana).

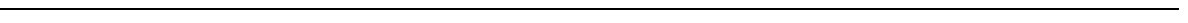
Como ação exitosa, específicas são voltadas para prevenção e orientação sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes cujos pacientes são incluídos no Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus:

- Atividade Física: o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão
- Tabaco: é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, levando a população todos seus malefícios e doenças associadas e iniciativas com grupos para dizer não ao tabagismo e grupos de apoio para autoajuda para parar de fumar.

-
- Alimentação: O incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável tem sido uma importante iniciativa, juntamente com auxílio do profissional nutricionista realizando eventos e mostrando diversas formas de se alimentar com diversidade e qualidade.

Objetivo: Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

Micro intervenção: nos trouxe aprendizado e oportunidade fantástica com toda dificuldade buscando realizar eventos rotineiros e processo de conscientização, sempre visando a resistência da população em adquirir novos modelos de vida exigindo sempre disciplina, tivemos pontos satisfatórios com resultados positivos, sempre visando seu lado negativo, como pacientes que abandona o processo de adaptação, voltando aos hábitos tradicionais álcool, tabagismo.



CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para realização das micro intervenções foram necessários o apoio em conjunto, com o intuito de fornecer um melhor serviço aos usuário com promoção de estratégias a serem implantadas, como dificuldade na atenção primaria com aplicabilidade de SisPED, sendo levando em questão sua relevância e sua necessidade de prevenção, orientação e trabalho permanente, aplicação à demanda espontânea e programada provendo um melhor atendimento e suprimindo a necessidade da população, mantendo um sistema satisfatório, ampliando a necessidade do planejamento familiar, atenção pré-natal e puericultura, levanto todo o apoio as família esclarecimentos e incentivos, a importância e vinculação a saúde mental na unidade básica com apoio das demais esferas como o CAPS, Nasf, contribuindo para a melhoria de um sistema, saúde da criança vendo sua ausência no que se refere seu acompanhamento e desenvolvimento com criação de ficha espelho para melhor produtividade e melhoria da saúde integral, e por último não menos importante controle das doenças crônica não transmissíveis (DCNT) sendo hoje o grande desafio da saúde primaria onde buscamos levar conhecimento para a população através de conversações e palestra com intuito de melhor conhecimento melhor o tratamento e seu controle. Assim buscamos de forma continua a melhoria do sistema primário em nosso país.

O que vimos de valorosa frente as nossas ações, foi o empenho e a abordagem no incentivo ao aleitamento materno exclusivo, onde percebemos tanto por partes das genitoras um maior conhecimento e conscientização e sua importância quanto ao índice que teve seu aumento sentindo nas consultas, mas sem um levantamento estatístico específico

Observamos que onde estamos com maior déficit são pacientes com uso compulsório de benzodiazepínicos com acompanhamento inadequado, inicio do uso muitas das vezes sem o devido encaminhamento ao especialista, rastreio adequado pela equipe de saúde com registros e busca-ativa, vendo necessidade do desmame quando necessário.

Como maior dificuldade foi a implantação de incentivo ao abandono do cigarro, vendo a dificuldade do comparecimento do público alvo, levantando seus malefícios e complicações associados ao câncer de pulmão.

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
SisPed	<p>Promoção e prevenção com os pés dos pacientes diabéticos. Evitando complicações e amputações. Ademais de fator infeccioso.</p>	<p>Diminuição da incidência de pés diabéticos no territorialismo; acompanhamento continuo desses pacientes, com busca-ativa dos ACS vinculando esses pacientes de forma corriqueira a nossa unidade e acolhendo de forma mais eficaz os usuários, com áreas específicas para orientar os mesmos</p>	<p>Implementar de forma corriqueira a todo paciente diabético; avaliação ao exame físico dos pés, realizado por médicos e enfermeiros, diminuindo a incidência e complicações. Qualificação dos profissionais pelo grupo do CEMAR.</p>
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	<p>Capacitação dos profissionais de saúde ampliando o atendimento, classificando segundo sua necessidade e prontidão</p>	<p>Diminuição de filas de esperas matinais, satisfação dos usuários, aumento do fluxo com qualidade.</p>	<p>Capacitação dos ACS, com processo informativo aos usuários, relatando suas queixas e necessidades, posteriormente realizado um processo de agendamento programado sem longas esperas. Implementar salas de acolhimento</p>
Aleitamento materno exclusivo	<p>Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 06 meses e complementar até o 24º mês</p>	<p>Programa que consiste em esclarecer dúvidas; encorajar as mães sobre a importância e eficácia do leite materno diminuindo as</p>	<p>Realização de palestras a cada 3 meses, vinculada ao pré-natal com registro das gestantes da unidade. Palestra voltadas ao aleitamento</p>

		intercorrências corriqueiras das crianças associado a melhor saúde	materno exclusivo até os 06 meses e complementar até o 24º mês.
Uso de benzodiazepínicos compulsoriamente e de forma discriminada	Busca-ativa de pacientes com uso de medicação controlada sem seu devido acompanhamento ou diagnóstico definido, para até mesmo o possível desmame da medicação com auxílio do especialista.	Diagnosticar todos os pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, tratar cada caso individualmente com a possibilidade de desmame ou inserir a eles inibidores da serotonina.	Realizar busca-ativa de todo paciente em uso de benzodiazepínicos, cadastrar e encaminhar a especialidade psiquiátrica com obrigatoriedade de ficha contra referência, com: Diagnostico quando possível Programar retorno Tempo de tratamento estimado Com intuito de eliminar o uso discriminatório da medicação.
Caderneta de vacinação atualizada.	Realizar uma capacitação com os agentes de saúde, integrando seu conhecimento ao calendário vacinal, assim fiscalizando todas as crianças em seu território ao processo de inadimplência vacinal, realizando atualização e controle rigoroso	Com intuito de diminuir drasticamente a falha de cobertura vacinal das crianças em nosso território, que hoje existe um auto índice de paciente com processo vacinal desatualizados e atrasados.	Capacitar os agentes de saúde anualmente, com base no ministério da saúde. Levantamento mensal de crianças e sua caderneta para verificação de atualização vacinal e/ou agendamento da próxima vacina. Com intuito de cobertura total, assegurando melhor qualidade no crescimento e desenvolvimento de nossas crianças

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em específico Diabetes Mellitus	Realizar acompanhamento contínuo dos pacientes diabéticos, com exames de controle da eficácia do tratamento, solicitando a cada 4 meses HB A1c, ureia e creatinina, glicemia. Orientações e cuidados alimentares	Assegurar a eficácia e controle do tratamento, diagnosticar precocemente paciente com necessidade do uso de insulina, evitando complicações maiores até o quadro de falência renal.	Cadastras todos os pacientes diabéticos do território, realizar a cada 4 meses (HB a1c, glicemia, ureia e creatinina) assim avaliando rigorosamente se seu tratamento não é insulino dependente ou insulino dependente, está eficaz ou se necessita de reajustes ou mudança de plano terapêutico de forma precoce, evitando assim danos maiores e futuros
--	--	---	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do resultado das microintervenções, foi possível conhecer e entender as atribuições assistenciais do médico aos pacientes da atenção primária a saúde. Sendo assim, a pesquisa apresentada, reúne informações relevantes para o conhecimento e análise das ações do processo de trabalho assistencial do profissional na área para com esses pacientes.

Contudo, foi possível entender como desenvolve-se a consulta ao paciente que vai desde a anamnese a seu possível tratamento, fazendo-se essenciais para que as necessidades de saúde da população no âmbito abordado, sejam atendidas, promovendo o cuidado de forma holística a todas as condições apresentadas, desenvolvendo de forma evolutiva o aperfeiçoamento de cada consulta de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em suma, conclui-se uma maior abrangência dos usuários nas unidades básicas de saúde do município, gerando uma melhoria no conforto do paciente através da diminuição das filas de espera e dos deslocamentos desnecessários do mesmo para os centros especializados, conseqüentemente haverá melhoria geral no serviço de atendimento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Mellitus**, 2013.

ANDRADE NHS, DAL SASSO-MENDES K, FARIA HTG, MARTINS TA, SANTOS MA, TEIXEIRA CRS, ET AL. Pacientes com diabetes mellitus: cuidados e prevenção do pé diabético em atenção primária à saúde. **Rev enferm UERJ**. 2010;18(4):616-21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus, 2008. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/> Acessado em: 25 outubro de 2018.

BRUNNER & SUDDARTH, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. **Histórico e Cuidados aos Pacientes com Diabetes Melitos**, v. 2, 12ª edição.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013. **Diabetes Mellitus**, Ministério da Saúde. n.28, vol.2.

PNAB – Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em 28 de outubro de 2018.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD, 2009.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **O alto custo do pé diabético no Brasil**, Rio de Janeiro: SBD, 2018.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B., SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais, **The Lancet**, v. 377, n. 4, p. 61-74, 2011.

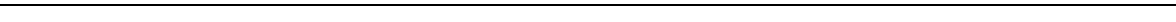
TAVARES DMS, et al.diabete melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev. Assoc. Med Bras** 2009; 50(3):263-7.

APÊNDICES

Tipo: () cigarro () crack () maconha () outros:		
Quantidade:		Tempo:
Bebida alcoólica: () não () sim () frequentemente () raramente () parei de beber		
Tipo:		Tempo:
MEDICAÇÃO EM USO		
TRATAMENTO ESPECIALIZADO		
Realiza seguimento com o a psiquiatria? () sim () não	Fica sozinho a maior parte do dia? () sim () não	Necessita de cuidados para o dia-a-dia? () sim () não
SUPORTE DE CUIDADOS E DEPENDÊNCIA		
Mora sozinho? () sim () não		
Moram comigo _____		
Frequenta o CAPS? () sim () não		
DIAGNOSTICO NEUROLOGICO:	AVALIAÇÃO NEUROLOGICA PREVIA Sim() não ()	
COMORBIDADE:	NECESSIDADE DE SUPERVISAO PARA TRATAMENO:() NÃO()	



			VISITA	DOMICILIAR
			REGULAR	



REGISTRO DOS USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS

EQUIPE 002

MUNICÍPIO DE CRISTINÁPOLIS- SE

No	Nome	Idade	Nascimento	CID 10	Data da Consulta	MEDICAMENTOS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

21						
22						
23						
24						

REGISTRO DOS USUÁRIOS DE DROGAS (ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS)

No	Nome	Idade	Nascimento	Uso de Drogas			Frequenta CAPS
				Álcool	Crack	Outras	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							



16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							



FICHA DE ATENDIMENTO DE PUERICULTURA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CRISTINÓPOLIS-SERGIPE

Equipe 002

Nome:	
Data de nasc: / /	Local de nasc:
Nome da mãe:	N °da pasta da família:
Nome do pai:	Sexo: ()F ()M
Endereço:	
Tel:	Cartão SUS:
História do nascimento	
1.Foi realizado pré: () sim () não	2.A gravidez desejada ()sim () não
Quantas consultas?	
3.Tipo de Parto:	4.Idade gestacional ao nascer:
6.Complicações no parto: () sim () não. Quais:	
5.Internação pós parto: ()sim () não. Por que?	
7.Peso no nasc:	8.Estatura:
9.Apgar 1 min: 5 min:	10. Perímetro cefálico:
Triagem neonatal	
Teste do pezinho? () normal () alterado	Sinal de Ortolani? () positivo ()negativo
Data da coleta: / /	
Teste do olhinho? () normal () alterado	Teste da orelhinha? () normal () alterado
Agendamento das Consultas de Puericultura	
1 semana:	1 mês:
2 meses:	4 meses:

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
SisPed	Promoção e prevenção com os pés dos pacientes diabéticos. Evitando complicações e amputações. Ademais de fator infeccioso.	Diminuição da incidência de pés diabéticos no territorialismo; acompanhamento contínuo desses pacientes, com busca-ativa dos ACS vinculando esses pacientes de forma corriqueira a nossa unidade e acolhendo de forma mais eficaz os usuários, com áreas específicas para orientar os mesmos	Implementar de forma corriqueira a todo paciente diabético; avaliação ao exame físico dos pés, realizado por médicos e enfermeiros, diminuindo a incidência e complicações. Qualificação dos profissionais pelo grupo do CEMAR.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	Capacitação dos profissionais de saúde ampliando o atendimento, classificando segundo sua necessidade e prontidão	Diminuição de filas de esperas matinais, satisfação dos usuários, aumento do fluxo com qualidade.	Capacitação dos ACS, com processo informativo aos usuários, relatando suas queixas e necessidades, posteriormente realizado um processo de agendamento programado sem longas esperas. Implementar salas de acolhimento
Aleitamento materno exclusivo	Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 06 meses e	Programa que consiste em esclarecer dúvidas; encorajar as mães	Realização de palestras a cada 3 meses, vinculada ao pré-natal com

	complementar até o 24º mês	sobre a importância e eficácia do leite materno diminuindo as intercorrências corriqueiras das crianças associado a melhor saúde	registro das gestantes da unidade. Palestra voltadas ao aleitamento materno exclusivo até os 06 meses e complementar até o 24º mês.
Uso de benzodiazepínicos compulsoriamente e de forma discriminada	Busca-ativa de pacientes com uso de medicação controlada sem seu devido acompanhamento ou diagnóstico definido, para até mesmo o possível desmame da medicação com auxílio do especialista.	Diagnosticar todos os pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, tratar cada caso individualmente com a possibilidade de desmame ou inserir a eles inibidores da serotonina.	Realizar busca-ativa de todo paciente em uso de benzodiazepínicos, cadastrar e encaminhar a especialidade psiquiátrica com obrigatoriedade de ficha contra referência, com: Diagnostico quando possível Programar retorno Tempo de tratamento estimado Com intuito de eliminar o uso discriminatório da medicação.
Caderneta de vacinação atualizada.	Realizar uma capacitação com os agentes de saúde, integrando seu conhecimento ao calendário vacinal, assim fiscalizando todas as crianças em seu território ao processo de inadimplência vacinal, realizando atualização e controle rigoroso	Com intuito de diminuir drasticamente a falha de cobertura vacinal das crianças em nosso território, que hoje existe um auto índice de paciente com processo vacinal desatualizados e atrasados.	Capacitar os agentes de saúde anualmente, com base no ministério da saúde. Levantamento mensal de crianças e sua caderneta para verificação de atualização vacinal e/ou agendamento da próxima vacina. Com intuito de cobertura total, assegurando melhor

			qualidade no crescimento e desenvolvimento de nossas crianças
Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em específico Diabetes Mellitus	Realizar acompanhamento contínuo dos pacientes diabéticos, com exames de controle da eficácia do tratamento, solicitando a cada 4 meses HB A1c, ureia e creatinina, glicemia. Orientações e cuidados alimentares	Assegurar a eficácia e controle do tratamento, diagnosticar precocemente paciente com necessidade do uso de insulina, evitando complicações maiores até o quadro de falência renal.	Cadastras todos os pacientes diabéticos do território, realizar a cada 4 meses (HB a1c, glicemia, ureia e creatinina) assim avaliando rigorosamente se seu tratamento não é insulino dependente ou insulino dependente, está eficaz ou se necessita de reajustes ou mudança de plano terapêutico de forma precoce, evitando assim danos maiores e futuros

ANEXOS

Inclua seus anexos aqui]

