



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 – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ATENÇÃO
BÁSICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO POTENGI-
R-NATAL-RN**

MAYRA MATIAS DA COSTA

NATAL/RN
2018

**QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ATENÇÃO
BÁSICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO POTENGI-
R-NATAL-RN**

MAYRA MATIAS DA COSTA

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.

Orientadora: Maria Betânia Morais de Paiva





RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral consolidar sobre as Microintervenções realizadas no âmbito na Unidade Básica de Saúde realizadas ao longo da Formação em Especialização em Saúde da Família promovida pelo Programa de educação Permanente no Sistema Único da Saúde (PEPSUS) em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A metodologia empregada para o desenvolvimento das microintervenções foi descritiva com base na problematização através de construção de Relatos de Experiências estruturados a partir de temáticas pré-estabelecidas e norteadas pelos módulos cursados. Foram desenvolvidos 06 relatos de experiências ao longo da formação. Os resultados apontam para processo de qualificação profissional. Espera-se que a experiência vivenciadas venha a contribuir para ampliação do olhar para o processo de trabalho em equipe, a resignificação e a transformação de praticas para produção do cuidado Integral.

Palavras- chaves: Qualificação Profissional, Educação Permanente, Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	03
CAPÍTULO 1 - AS CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO TERRITÓRIO	04
CAPÍTULO 2 - O DESAFIO NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM MELHOR ACOLHIMENTO À POPULAÇÃO DA EQUIPE 30 - USF POTENGI. NATAL-RN.....	08
CAPÍTULO 3 - MELHORIA NA ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO DA EQUIPE 30 - USF POTENGI, NATAL-RN.....	10
CAPÍTULO 4 - A PRECÁRIA SITUAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE NATAL – RN.....	13
CAPÍTULO 5 - O DESAFIO NO ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA USF POTENGI – NATAL-RN.....	16
CAPÍTULO 6 - SEGUIMENTO DE COMORBIDADES CRÔNICAS DA EQUIPE 30 - USF POTENGI – NATAL-RN.....	18
CAPÍTULO 7 – PLANO DE CONTINUIDADE.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	34

APRESENTAÇÃO

O trabalho na Atenção Básica à Saúde é um grande desafio para todos profissionais que ali atuam. Isso porque diariamente lidamos com pacientes em situação de vulnerabilidade, com a falta de recursos humanos e materiais, ou ainda com a falta de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Apresentaremos a seguir uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas ao longo do ano de 2018. Durante a construção deste trabalho pudemos vivenciar em cada módulo todos estes problemas, mas também presenciamos o esforço de alguns profissionais, que mesmo em meio a inúmeras adversidades, continuavam lutando para mudar esta realidade.

Todas as microinvenções aconteceram na Equipe 30 da Unidade de Saúde da Família do Potengi, localizada na zona norte da cidade de Natal-RN, da qual faço parte desde janeiro de 2018, a partir de edital lançado pelo Programa Mais Médicos. Nasci e me formei na cidade de Goiânia-GO, com conclusão de curso em 2014. Já havia trabalhado com medicina de emergências e medicina do trabalho, e me apeguei à oportunidade, até então não vivida, de trabalhar na atenção básica.

Por isso, convido-os à leitura deste trabalho, o qual pode ser de grande importância não só para mim e minha equipe e poderá servir de exemplo e ajuda para as demais equipes de saúde.

]

CAPÍTULO I:

TÍTULO : AS CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO TERRITÓRIO

A equipe 30 da UBS Potengi, localizada na Zona Norte de Natal - RN, já havia previamente realizado a autoavaliação utilizando manual de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ) no final de 2017. Conforme orientado, em reunião de equipe, repetimos a autoavaliação, agora com a minha contribuição. Percebemos como bastante insatisfatório a abordagem da equipe, principalmente, relacionado à prevenção do tabagismo, atendimento de crianças até nove (9) anos e o grande déficit em nossa equipe em se tratando ao Programa Saúde na Escola (PSE), o qual teve a menor pontuação, com soma total igual a dois (2), sendo, portanto, "Muito Insatisfatório". Diante dessa fragilidade, a questão do PSE foi objeto de nossa intervenção.

Tal programa foi criado pelo decreto presidencial 6.286, de 05 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de promover qualidade de vida aos estudantes da rede pública de ensino por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2011).

A equipe já havia tentado há algum tempo entrar em contato com a direção da escola do bairro para instituir atividades relativas ao PSE, no entanto, em virtude da falta de compromisso e adesão da própria equipe houve uma grande resistência e desinteresse quando foi tentado restabelecer o contato e agendar uma reunião.

Após alguns contratemplos, finalmente aconteceu a reunião inicial com a direção e coordenação da escola, juntamente com a médica, enfermeira e odontóloga da equipe. Foi estabelecido um primeiro contato com base na empatia e na perspectiva do fortalecimento de vínculos, demonstrando interesse em realizar um trabalho sério sugerindo que as atividades estejam anexadas ao conteúdo programático no ano letivo ressaltando, principalmente, a preocupação com a continuidade do trabalho.

Os profissionais da escola levantaram alguns pontos de abordagem que acharam mais relevantes, como a higiene pessoal e saúde bucal, educação sexual - prevenção de abuso sexual e gravidez na adolescência e desnutrição na infância.

Como o PSE efetivamente nunca foi aplicado pela equipe e o fato de terem ocorrido algumas intercorrências ao longo do processo, como a greve dos professores e resistência de alguns membros da equipe, os prazos da ação precisaram ser estendidos até dezembro de 2018.

A princípio, foi realizado o levantamento da quantidade de alunos, suas faixas etárias e registro das crianças e as microáreas as quais pertenciam. Em um segundo momento, a equipe irá à escola para fazer a antropometria das crianças, calcular os Índices de Massa Corporal (IMC), as Pressões Arteriais (PA) e avaliar os cartões de vacinas. Todos esses dados serão anotados em fichas padronizadas e individualizadas para cada aluno contendo dados como nome completo, endereço, número do CNS, nome e grau de escolaridade do responsável, além dos achados clínicos da criança e condutas, as quais foram criadas juntamente à equipe e devem ser armazenadas na UBS em pasta sanfonada do tipo arquivo, organizadas em ordem alfabética.

Além disso, esses dados coletados servirão como instrumento de monitoramento do desenvolvimento do projeto. Isso porque utilizaremos o número de crianças que compareceram a cada uma dessas atividades para avaliar a adesão do público alvo. Tal instrumento consistirá em uma tabela (ilustrada abaixo) na qual teremos as atividades realizadas e o número de participantes de cada uma delas e o que esse valor representa em números relativos ao total de alunos que objetivamos atingir.

AÇÕES	DATA DA ATIVIDADE	Nº ABSOLUTO DE PARTICIPANTES	Nº RELATIVO DE PARTICIPANTES	ÍNDICE DE ATENDIMENTOS
ANTROPOMETRIA				
IMC				
AFERIÇÃO DE PA				
AVALIAÇÃO DOS CARTÕES DE VACINAS				
ACUIDADE VISUAL				
HIGIENE PESSOAL				
EDUCAÇÃO SEXUAL				
PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS				

Através deste instrumento criado por nossa equipe, conseguiremos monitorar o índice de atendimento em algumas condições de saúde, tais como: obesidade e desnutrição, hipertensão arterial, doenças sexualmente transmissíveis, dependência de drogas. Dessa forma, contemplaremos a segunda parte de nossa atividade de microintervenção, já que estaremos monitorando um dos indicadores de desempenho e qualidade determinados pelo PMAQ a partir do SIS, o “Índice de atendimentos por condições de saúde avaliada”, dentro do “Acesso e continuidade do cuidado” através da relação entre o número de atendimentos pelo número total de alunos.

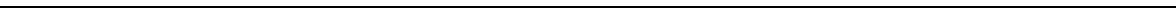
Ainda dentro do planejamento, se faz necessário avaliar acuidade visual alunos, promoção de ações lúdicas para orientação de técnicas corretas de higiene pessoal (lavagem de mãos e escovação de dentes), além de palestras relacionadas à educação sexual (prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, gravidez e violência sexual e ao uso de drogas).

Na matriz de intervenção abaixo ilustrada, está exposto de forma resumida todo o processo descrito acima:

Matriz de Intervenção

Descrição do padrão: Programa Saúde na Escola						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: Baixa adesão por parte da equipe + dificuldade de se estabelecer vínculo com a direção da escola.						
Objetivo/Meta: Promover ações de saúde voltadas para os estudantes da rede pública.						
Estratégias para alcançar os objetivos/metasp>	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
Desenvolver o comprometimento da equipe com o programa + fortalecer os laços da equipe com a direção da escola.	1) Levantamento da quantidade de alunos, suas faixas etárias e registro das crianças e as microáreas as quais pertencem.	Fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, ficha para cadastro dos estudantes, balança etc	Estabelecimento do Programa Saúde na Escola	Médica Agentes comunitários de Saúde Odontóloga Enfermeira Técnicas de enfermagem	7 meses	Ficha de cadastro dos estudantes/ número de estudantes cadastrados.
	2) Medições antropométricas das crianças, de IMC, pressões arteriais e avaliação dos cartões de vacinas.					
	3) Avaliar acuidade visual, auditiva, ensinar higienização de mãos e escovação de dentes, palestras sobre DSTs, gravidez, violência sexual e o uso de drogas.					

Temos consciência de que, devido ao histórico negativo da relação entre a equipe de saúde e a da educação, não será fácil o reestabelecimento do vínculo entre as mesmas. Porém através de um trabalho efetivo e da ilustração das metas alcançadas conseguiremos motivar ambas as equipes para que o PSE seja plenamente implantado dentro do prazo que estabelecemos. As atividades que até aqui foram realizadas já demonstraram a melhoria da interação e do interesse das equipes em se dedicar a um projeto que busca a melhoria da assistência educacional e em saúde dessas crianças e adolescentes.



CAPÍTULO II:

TÍTULO: O DESAFIO NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM MELHOR ACOLHIMENTO À POPULAÇÃO DA EQUIPE 30 - USF POTENGI. NATAL-RN.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2011).

Ao iniciar meus atendimentos na Equipe 30 da Unidade de Saúde da Família (USF) Potengi em janeiro de 2018, a equipe completa já estava instalada na localidade há 16 anos e com um modus operandi bem estabelecido e acatado pela comunidade. As consultas eram agendadas em dia único, somente nas sextas-feiras pela manhã, gerando filas que eram iniciadas na madrugada, desobedecendo ao princípio da universalidade, não promovendo um acolhimento humano à população, além de dificultar o acesso e inclusão dos pacientes.

Na tentativa de mudança do processo de trabalho da equipe na perspectiva de melhorar o acesso aos usuários, houve inicialmente certa resistência por parte da direção da unidade, que insiste em manter o antigo modelo de agendamento prévio em um único dia da semana, adotando uma postura inflexível diante da possibilidade de transformação da realidade, chegando-se a escutar na rádio corredor que o trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) "é assim e não tem como mudar".

Contextualizando o cenário de trabalho, a minha área de atuação está localizada em uma UBS composta quatro (4) equipes de Saúde da Família (ESF) situadas em um espaço físico precário, pequeno e que acaba por dificultar um bom acolhimento à população. Além disso, estamos em processo de transição aguardando a implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), conhecido como prontuário eletrônico do Sistema Único de Saúde (SUS) que além de digitalizar as informações do paciente, irá facilitar a transmissão dos dados para o governo federal. No entanto, esse processo de transição tem dificultado o acesso a agendas e prontuários de usuários que ainda não foram informatizados.

Em reunião de equipe, conseguimos elaborar algumas estratégias na tentativa de melhorar a forma de acolhimento, solicitando para isso, a contribuição e engajamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como elo entre equipe e comunidade com o intuito de esclarecer as dúvidas mais recorrentes da população adscrita. Nessa direção, destaca-se a necessidade do conhecimento atualizado sobre o funcionamento da unidade no tocante às

ofertas disponibilizadas no serviço, principalmente, relacionadas à escala da sala de vacinas, sala de curativos, escala de atendimento da enfermeira, da odontóloga e da médica. Outro direcionamento fruto da discussão coletiva foi a constatação da necessidade de se ofertar um atendimento inicial realizada pela enfermeira, triando a prioridade dos atendimentos que realmente seriam ofertados pelo serviço médico naquele momento, levando em conta a necessidade e o grau de sofrimento apresentado.

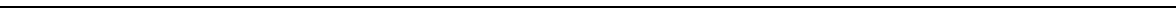
Na implantação da nova forma de acesso, coube aos ACS o papel de orientarem aos usuários por ocasião das visitas domiciliares que os pacientes poderiam ir qualquer dia na unidade para agendamento de consultas e não apenas nas sextas-feiras.

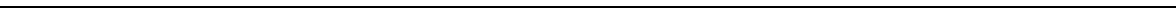
A ideia foi bem acolhida por todos, não havendo resistência por parte da equipe e, muito menos, por parte da população em relação à mudança instituída na rotina da unidade de saúde, já que todos achavam absurdo o paciente ter um único dia para agendamentos de consultas, causando filas durante a madrugada, em uma região precária e violenta, submetendo-os a riscos desnecessários.

Percebemos maior satisfação tanto dos usuários, quanto da equipe, que vem trabalhando em maior consonância, mais unida e tendo como devolutiva um atendimento mais assertivo quanto às prioridades dos usuários. Ainda estamos enfrentando certa dificuldade na adesão das técnicas de enfermagem, já que estão há mais de 15 anos trabalhando de acordo com a escala da unidade e não da equipe de saúde.

A equipe agora tem como meta tentar melhorar o agendamento de exames, já que os laboratoriais são agendados somente em um dia na semana, por ordem de chegada, e somente são liberados 30 por semana para as quatro (04) equipes, gerando filas imensas e que se iniciam na madrugada e com os mesmos riscos já apresentados.

Além disso, estamos planejando em tempo oportuno a inclusão da médica na escuta qualificada, ao menos um turno da semana em função da alta demanda por consultas até que, gradativamente, nossa equipe consiga implementar o Acesso Avançado da população, o qual permite atendimentos em dias específicos para demanda espontânea, e mantém demais dias para seguimento de rotina e promoção à saúde, absorvendo a parcela da população que não se adequa ao atendimento programado e reduzindo atendimentos desnecessários em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e também reduzindo o número de internações (ALVES, 2017).





CAPÍTULO III:

TÍTULO: MELHORIA NA ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO DA EQUIPE 30 - USF POTENGI, NATAL-RN.

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Desse modo, esta implícita nessa última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como, outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dê à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995).

Encontram-se, entre os direitos reprodutivos, as assertivas que se seguem:

- O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
 - O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

E entre os direitos sexuais:

- O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a).
 - O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
 - O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
-

-
- O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física.
 - O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
 - O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.
 - O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução.
 - O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.
 - O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.
 - O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva. (Ministéri da Saúde - 2013).

A fim de promover a educação sexual de nossos usuários, assegurando assim seus direitos sexuais e reprodutivos, após reunião de equipe decidimos que, inicialmente, a enfermeira e eu, aprimoraríamos o esclarecimento dos usuários dentro dos consultórios, durante as consultas e, as agentes comunitários de saúde (ACS's) semanalmente, iriam fazer pequenas rodas de conversas com os pacientes durante a espera das consultas, abordando temas diversos, tais como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e opções de métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS.

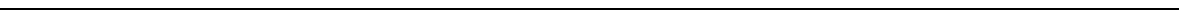
Em um segundo momento, iremos à escola, dando seguimento à microintervenção I, com palestras sobre sexualidade e gênero, prevenção de DST's e gravidez na adolescência.

Como nossa unidade fica numa estrutura predial de mais de 30 anos e acomoda mais equipes do que o espaço físico suporta, temos problemas na questão do espaço físico, o que dificulta a manutenção de grupos para promover a educação em saúde dos pacientes, já que não há nenhum ambiente adequado. Precisamos com urgência ter grupos com gestantes, porém somos impossibilitadas em função dessa problemática.

Durante o período deste módulo, coincidentemente, a enfermeira de minha e eu participamos de uma capacitação de dois dias promovida pela Prefeitura do Natal, juntamente com o Ministério da Saúde (MS), sobre implante de Dispositivo Intrauterino (DIU). A princípio, seria uma ótima oportunidade para realizarmos em nossa unidade o implante desse método contraceptivo, porém não temos ambiente para esterilização de

material e as pacientes não conseguem ultrassom e resultado da coleta dos exames preventivos com facilidade e agilidade.

Apesar de todas as condições adversas, já foi rapidamente percebido nas consultas a satisfação e reconhecimento dos pacientes. Na minha percepção, os pacientes se sentiram acolhidos, em conversas claras, livre de preconceitos e julgamentos, conseguindo sanar suas dúvidas e aderindo melhor às condutas sugeridas.



CAPÍTULO IV:
TÍTULO: A PRECÁRIA SITUAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE NATAL – RN.

Assim que iniciei atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Potengi, localizada na zona norte de Natal-RN o que, de imediato, me chamou a atenção, foi a quantidade de pacientes em uso de benzodiazepínicos e a frequente queixa de crises de ansiedade e insônia, geralmente associadas a grande preocupação financeira e problemas familiares.

Desde então, vi o quanto a crise recente de nosso país fez diferença na saúde, principalmente mental, da população economicamente ativa. Ademais, é nítido a quantidade de pessoas, principalmente após os 60 anos, que sempre vão até a unidade a procura “do remédio pra relaxar”, como costumam se referir às medicações prescritas nos famosos receituários azuis, tais como Clonazepam e Diazepam.

Também relacionado à saúde mental, o que me impressionou muito foi a quantidade de dependentes químicos em minha área, principalmente alcoólatras, chegando a ter óbito de paciente de 54 anos em sequela do etilismo crônico.

Afim de tentar ter um controle melhor e maior de quem são esses pacientes e quais as medicações e em qual posologia eles usam, criei um formulário padrão e individualizado, contendo dados tais como o nome completo e endereço do paciente, idade, número do prontuário e do cartão SUS, as medicações e formas de uso detalhadas, o diagnóstico e a data do próximo retorno. Ademais, deixei em separado uma agenda de 2018 apenas para saúde mental em que, a cada atendimento, já deixo marcado o dia em que o paciente deve retornar.

Dentre os tantos atendimentos, o que mais mexeu comigo foi o paciente R.S.S, 44 anos, dependente químico em grave crise de abstinência. O paciente foi em consulta pois eu já havia há cerca de 2 meses feito encaminhamento para serviço de psiquiatria, o qual ainda não havia sido liberado via regulação a consulta com especialista.

O paciente, além de dependente químico, é portador do Vírus da Imunodeficiência humana (HIV) e não faz adesão adequada ao tratamento, pois o vício o impede de ter continuidade no uso de medicações. Aos prantos, o paciente me mostrou uma foto dele em um documento há cerca de 10 anos atrás, apontando quão irreconhecível ele estava. Eu, inicialmente pensei ser até outra pessoa, pois a pessoa retratada em documento e a que estava em minha frente realmente não tinham nada de parecido, estando atualmente mais de 30 quilos mais magro do peso em que estava em tal foto.

O pai deste paciente, já bem idoso, é o responsável legal do mesmo, sendo responsável até mesmo por receber mensalmente e administrar o benefício que o paciente recebe do governo, para pagar a pensão dos dois filhos adolescentes que R.S.S. tem. O paciente tem consciência de que, qualquer dinheiro em sua mão, é convertido em entorpecentes.

Ele me contou que vinha de uma internação de 2 meses em clínica para dependentes químicos, estando há um mês em casa. O paciente relatou grande vontade de atender conta a própria vida, tal a angústia e desespero que estava sentindo. Me disse que estava passando o dia trancado dentro do quarto, com controle das chaves da porta feito por sua mãe, pois sabe que, se sair, irá atrás de droga. Ele relatou até mesmo preferir se manter isolado, pois tem tido crises de agressividade em que, estando sozinho não “desconta em quem não merece”.

R.S.S. é usuário de diversos entorpecentes, mas, principalmente, dependente de cocaína. Após a cessação do uso de cocaína, é comum o aparecimento de anedonia e fissura. A descrição de um quadro bem definido de abstinência, assim como sua duração ainda não é consenso. Em geral, o quadro é descrito como trifásico. A primeira fase, denominada “crash”, tem duração de horas a cinco dias e se caracteriza por fissura intensa no início, irritabilidade e agitação, evoluindo para hipersonolência, depressão, anedonia e exaustão, acompanhados de uma redução na fissura. Abstinência é a segunda fase, que se inicia com a reemergência da fissura e sintomas depressivos e ansiosos, podendo durar até dez semanas. Após este período, há a terceira fase, quando há uma redução gradativa da fissura e tendência a normalização do humor, sono e ansiedade (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010).

Estando, naquele momento, na fase de fissura, o paciente estava há 2 semanas sem medicação, pois havia recebido alta da clínica com medicação para cerca de um mês de tratamento, mas havia usado algumas em quantidade maior do que prescrito, devido à enorme ansiedade e fissura que estava sentindo. E, infelizmente, recebeu alta sem seguimento com nenhum especialista.

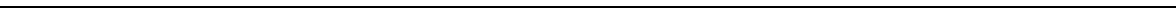
Ao tentar atendimento no Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) da zona norte, não foi acolhido de forma adequada, pois foi informado que, devido ao grande número de usuários, iria demorar a conseguir consulta com psiquiatra.

O que pude fazer foi, então, repetir as receitas com as medicações da alta da clínica e tentar entender melhor o possível fluxo existente na rede de saúde do município.

Providencialmente, algumas semanas após esse episódio, a reunião Loco-regional do Programa Mais Médicos do município iria tratar sobre a rede de saúde mental.

Ansiosa para tal reunião, saí de lá, eu e todos os colegas, mais uma vez, extremamente frustrados. Uma representante da secretaria de saúde do município foi convidada para palestrar sobre a rede de saúde mental, porém nem ela mesma soube falar sobre a existência de fluxogramas de encaminhamento aos pacientes e se comprometeu a nos enviar por email documentos mais esclarecedores que, segundo ela, existiam. Porém, até agora, continuamos sem respostas.

A realidade da saúde mental no município de Natal é extremamente desanimadora. Até agora, nunca consegui consulta com especialistas dos pacientes que eu referenciei e que estão aguardando, via regulação, a liberação de suas consultas e sei da minha grande limitação em relação a meu conhecimento médico já que, não se comparam os meus conhecimentos aos de um especialista que se dedicou, além dos 6 anos da faculdade de medicina por, no mínimo, 3 anos a mais, numa residência de psiquiatria.



CAPÍTULO V:

TÍTULO: O DESAFIO NO ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA USF POTENGI – NATAL-RN

O acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno:

Um dos maiores desafios do Brasil é reduzir sua alta taxa de mortalidade perinatal, em particular nas regiões mais pobres. A organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças (BRASIL, 2012).

Em nossa equipe, a puericultura até os 2 anos é realizada de forma intercaladas entre consultas médicas e da enfermagem que são conduzidas com base nos protocolos do Ministério da Saúde (MS).

Todos os pais e responsáveis são orientados a comparecerem a todas as consultas levando em mãos a Caderneta de Saúde da Criança, que regularmente são atualizadas e preenchidas com dados do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança, estado nutricional, além do anexo do resultado do teste do pezinho e registro do acompanhamento vacinal. Além disso, estimulamos aos pais e responsáveis, sempre que possível, a leitura da primeira parte do material, para possam ampliar o conhecimento acerca dos cuidados com a criança. Devido à precariedade do serviço muitas vezes, não há papel para receituários, em decorrência dessa situação não temos espelhos dos documentos anexados aos prontuários.

Infelizmente, com relação à violência familiar, temos extrema dificuldade no acompanhamento dessa realidade, principalmente, por não termos outros serviços de apoio no território, como o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

Nessa direção, a equipe procura ficar atenta aos casos suspeitos, quando necessário, acionamos os órgãos competentes e realizamos a denúncia, para não colocar em risco a vida do menor. Nesse processo contamos, principalmente, com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's) que moram na área e conhecem a realidade local.

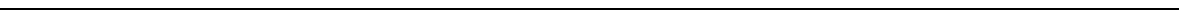
Um caso que marcou chamou minha atenção foi o de uma criança de 10 anos, que não pertencia à área, em que a diretora da escola estadual que a criança frequentava solicitou uma consulta em nossa unidade de saúde para tratar ferimentos infectados no antebraço esquerdo e ombro direito. Após confirmação do atendimento pela equipe a diretora e professora da escola entraram em contato com a mãe, avisando que a criança teria a consulta agenda na unidade de saúde. No dia agendado a mãe não foi acompanhar a criança, que acabou sendo levada à consulta pela professora. No entanto não sabia informar se a criança possuía comorbidades e nem se teria alergias a antibióticos. A criança estava com um quadro claro de impetigo, infecção de pele causada por bactérias, necessitava do uso de antibiótico, o qual não poderia ser prescrito sem o acompanhamento do responsável para avaliação do risco, me deixando em situação complicada. O que pude fazer foi passar medicação tópica e orientar à professora a necessidade de administração de antibioticoterapia na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Nossa busca ativa está basicamente relacionada à orientação das grávidas ressaltando a importância de realizar o pré-natal, frisando a todo o momento a necessidade do agendamento da primeira consulta do Recém-Nascido (RN) na primeira semana de vida, pois não temos controle dos dados das crianças. Se observado, durante a consulta, alguma alteração na saúde da criança e em seu CD, são anotados os dados da criança e dos pais e com a ajuda das ACS, cobramos o retorno para acompanhamento. A cada consulta, os responsáveis são sempre orientados e estimulados quanto a importância dos retornos mensais, principalmente no primeiro ano de vida da criança, para assim realização a avaliação de o monitoramento do CD de forma eficaz.

A falta de estrutura física não nos permite realizar atividades educativas para orientações sobre a saúde da criança na unidade local. Vale destacar também, como fragilidade a inexistência de uma rede de apoio para o cuidado multiprofissional dos casos delicados nos impedindo de realizar um serviço integral e mais eficaz.

Diante disso, tentamos orientar ao máximo os pais a cada consulta, desde a gestação dando continuidade do cuidado no período escolar através do Programa Saúde na Escola (PSE) onde são realizados a avaliação antropométrica, avaliação da acuidade visual e odontológica de todos os alunos, encaminhando aos serviços especializados os que necessitavam de maiores cuidados.





CAPÍTULO VI:**TÍTULO: SEGUIMENTO DE COMORBIDADES CRÔNICAS DA EQUIPE 30 -
USF POTENGI – NATAL-RN.**

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?	07		07	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X		X	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes	X		X	

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

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

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 ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	X	
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	

Como um país em desenvolvimento e acompanhando as mudanças do resto do mundo, fruto do desenvolvimento e da globalização, desde o início do século vivemos também no Brasil, uma transição demográfica acelerada, com mudança do formato de nossa pirâmide populacional, reflexo do aumento da expectativa de vida da população. Logo, como consequência do envelhecimento populacional, há também a presença das crescentes doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes).

Durante reunião de equipe, em que estivemos norteadas pelo questionário com as prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, pudemos analisar como é a atenção à saúde das pessoas vivendo com doenças crônicas não transmissíveis em nosso território. Refletimos como quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde com o envolvimento do cidadão e da sociedade, é, sem dúvida, um grande desafio. Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que elas não adoçam e não apenas cuidar de doentes e de doenças (BRASIL,2012).

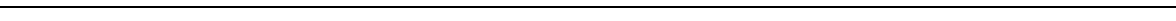
Em nossa unidade enfrentamos diversos obstáculos para desenvolvermos de forma eficiente trabalhos que resultem na melhor assistência e saúde de nossa população: mais uma vez, insisto em reforçar o fato de não termos estrutura física favorável, em que não há um espaço para realizarmos reuniões e atividades lúdicas e eficientes com o usuários; a prefeitura do município nos cobra produtividade, e as consultas acabam ficando muito objetivas e pontuais; não temos NASF e nem profissionais como psicólogos e nutricionistas, o que dificulta num acolhimento para mudanças mais eficientes nos hábitos de vida, além disso, há em nossas unidades equipes descobertas de médicos, e acabamos tendo que abrir espaços em nossa agendas para atendermos pacientes de outras áreas, a pedido da direção.

Evidências indicam aumento das DCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo. A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (MALTA, 2017).

O que a unidade conseguiu de êxito até agora, graças a nutricionista, educador físico e psicólogas, todos voluntários, e um espaço cedido pela Associação dos Moradores, é manter um grupo chamado “Medida Certa”, para os pacientes com obesidade; Atividades de dança, duas vezes por semana, com um grupo de idosos e, desde setembro de 2018, nós da equipe 30 da Unidade de Saúde da Família (USF) do Potengi, iniciamos grupo de tabagismo. Já estamos no segundo grupo, com encontros semanais, sempre composto por enfermeiras, médica, odontóloga e psicóloga, ajudando aos interessados na cessação do tabagismo.

Ademais, desde que assumi a equipe, em relação aos pacientes da área com hipertensão, diabetes e dislipidemia, garanto o retorno a cada 3 meses, a partir do diagnóstico, para novos exames de controle, em que acompanhar a eficiência ou não dos tratamentos previamente estabelecidos, e a cada seis meses, para revisarmos receitas e medicações.

Envelhecer não significa necessariamente adoecer. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase (MIRANDA, 2016). Vimos que estamos muito longe de estar perto do modelo ideal, oferecendo melhor qualidade de vida e de envelhecimento para a população de responsabilidade de nossa equipe. Infelizmente, apenas nossa boa vontade e conhecimento são pífios perto de um amparo maior e melhor que necessitamos de nossos governantes. Apesar disso, manteremos os esforços para atender nossos pacientes.



CAPÍTULO VII:

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
As Contribuições da Equipe de Saúde da Família para a Efetivação do Programa Saúde Na Escola no Território	Percebemos como bastante insatisfatório a abordagem da equipe, principalmente, relacionado à prevenção do tabagismo, atendimento de crianças até nove (9) anos e o grande déficit em se tratando ao Programa Saúde na Escola (PSE), o qual teve a menor pontuação, com soma total igual a dois (2), sendo, portanto, "Muito Insatisfatório". Diante dessa fragilidade, a questão do PSE foi objeto de nossa intervenção.	<p>Os profissionais da escola levantaram alguns pontos de abordagem que acharam mais relevantes, como a higiene pessoal e saúde bucal, educação sexual - prevenção de abuso sexual e gravidez na adolescência e desnutrição na infância.</p> <p>Como o PSE efetivamente nunca foi aplicado pela equipe e o fato de terem ocorrido algumas intercorrências ao longo do processo, como a greve dos professores e resistência de alguns membros da equipe, os prazos da ação precisaram ser prorrogados.</p> <p>A princípio, foi</p>	Iniciar atividades na escola a partir do segundo mês de início do ano letivo, assim não prorrogando e nem reduzindo as oportunidades de promoção e educação em saúde dos alunos.

		<p>realizado o levantamento da quantidade de alunos, suas faixas etárias e registro das crianças e as microáreas as quais pertenciam. Em um segundo momento, a equipe iria à escola para fazer a antropometria das crianças, calcular os índices de massa corporal (IMC), as pressões arteriais (PA) e avaliar os cartões de vacinas. Todos esses dados são anotados em fichas padronizadas e individualizadas para cada aluno contendo dados como nome completo, endereço, número do CNS, nome e grau de escolaridade do responsável, além dos achados clínicos da criança e condutas, as quais foram criadas juntamente à equipe e são armazenados na</p>	
--	--	---	--

		UBS em pasta sanfonada do tipo arquivo, organizadas em ordem alfabética.	
O Desafio na Implementação de um Melhor Acolhimento à População da Equipe 30 - USF Potengi. Natal-RN.	Na tentativa de mudança do processo de trabalho da equipe na perspectiva de melhorar o acesso aos usuários, houve inicialmente certa resistência por parte, principalmente, da direção da unidade, que insistia em manter o antigo modelo de agendamento, em um único dia da semana, adotando uma postura inflexível diante da possibilidade de mudança.	Constatamos a necessidade de se ofertar um atendimento inicial realizada pela enfermeira, triando a prioridade dos atendimentos que realmente seriam realizados pelo serviço médico naquele momento, levando em conta a necessidade e o grau de sofrimento apresentados . Às ACS (agente comunitária de saúde), coube o papel de orientarem aos usuários nas visitas domiciliares, que os pacientes poderiam ir qualquer dia na unidade para agendamento de consultas e não apenas nas sextas-feiras. A ideia foi bem acolhida por todos, não havendo resistência por parte da equipe e, muito	Exigir a implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), para melhor controle dos agendamentos de consultas através do prontuário eletrônico; Rever com a diretoria da unidade formas de melhorar o agendamento de exames laboratoriais, de forma a não serem formadas filas dos usuários iniciadas na madrugada.

		<p>menos, por parte da população em relação à mudança instituída na rotina da unidade de saúde, já que todos achavam absurdo o paciente ter um único dia para agendamentos de consultas, causando filas durante a madrugada, em uma região precária e violenta, submetendo- os a riscos desnecessários.</p>	
<p>Melhoria na Assistência ao Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério da Equipe 30 - USF Potengi, Natal-RN.</p>	<p>A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Desse modo, esta</p>	<p>A fim de promover a educação sexual de nossos usuários, assegurando assim seus direitos sexuais e reprodutivos, após reunião de equipe decidimos que, inicialmente, a enfermeira e eu, aprimoraríamos o esclarecimento dos usuários dentro dos consultórios, durante as consultas e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's) semanalmente, iriam fazer pequenas rodas de</p>	<p>Angariar um espaço físico adequado para realizarmos atividades educativas em relação a educação sexual e pré-natal; Cobrar a atualização e continuidade no ensino sobre implante de DIU e condições adequadas para implementação no serviço na unidade.</p>

	<p>implícita nessa última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como, outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso</p>	<p>conversas com os pacientes durante a espera das consultas, abordando temas diversos, tais como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e opções de métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS.</p> <p>Em um segundo momento, iremos à escola, dando seguimento à microintervenção I, com palestras sobre sexualidade e gênero, prevenção de DST's e gravidez na adolescência.</p> <p>Durante o período deste módulo, coincidentemente, a enfermeira de minha equipe e eu participamos de uma capacitação de dois dias promovida pela Prefeitura do Natal, juntamente com o Ministério da Saúde (MS), sobre implante de Dispositivo Intrauterino (DIU). A princípio, seria uma ótima oportunidade para realizarmos em nossa unidade o implante desse</p>	
--	--	---	--

	<p>inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis</p>	<p>método contraceptivo, porém não temos ambiente para esterilização de material e as pacientes não conseguem ultrassom e resultado da coleta dos exames preventivos com facilidade e agilidade.</p>	
<p>A Precária Situação da Saúde Mental na Cidade De Natal – RN.</p>	<p>Assim que iniciei atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Potengi, localizada na zona norte de Natal-RN o que, de imediato, me chamou a atenção, foi a quantidade de pacientes em uso de benzodiazepínicos e a frequente queixa de crises de ansiedade e insônia, geralmente associadas a grande preocupação financeira e problemas familiares, além da enorme quantidade de dependentes químicos.</p>	<p>Afim de tentar ter um controle melhor e maior de quem são esses pacientes e quais as medicações e em qual posologia eles usam, criei um formulário padrão e individualizado, contendo dados tais como o nome completo e endereço do paciente, idade, número do prontuário e do cartão SUS, as medicações e formas de uso detalhadas, o diagnóstico e a data do próximo retorno. Ademais, deixei em separado uma agenda de 2018 apenas para saúde mental em que, a cada atendimento, já deixo marcado o dia em que o</p>	<p>Manter uma agenda em 2019 para controle das medicações dos pacientes em tratamentos psiquiátricos, além de cobrar da prefeitura maior facilidade de acesso à consultas com especialistas em psiquiatria e psicologia.</p>

		paciente deve retornar.	
O Desafio no Acompanhamento da Saúde Da Criança Na USF Potengi – Natal-RN.	O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.	Em nossa equipe, a puericultura até os 2 anos é realizada de forma intercaladas entre consultas médicas e da enfermagem que são conduzidas com base nos protocolos do Ministério da Saúde (MS). Todos os pais e responsáveis são orientados a comparecerem a todas as consultas levando em mãos a Caderneta de Saúde da Criança, que regularmente são atualizadas e preenchidas com dados do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança, estado nutricional, além do anexo do resultado do teste do pezinho e registro do acompanhamento vacinal. Além disso, estimulamos aos pais e responsáveis, sempre que possível, a leitura da primeira parte do material, para possam ampliar o conhecimento	Cobrar da prefeitura o apoio de NASF e um espaço para orientação dos pais na forma de palestras sobre a saúde das crianças.

		<p>acerca dos cuidados com a criança. Devido à precariedade do serviço muitas vezes, não há papel para receituários, em decorrência dessa situação não temos espelhos dos documentos anexados aos prontuários. Infelizmente, com relação à violência familiar, temos extrema dificuldade no acompanhamento dessa realidade, principalmente, por não termos outros serviços de apoio no território, como o Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).</p>	
<p>Seguimento de Comorbidades Crônicas Da Equipe 30 - USF Potengi – Natal-RN.</p>	<p>Como um país em desenvolvimento e, acompanhando as mudanças do resto do mundo, fruto do desenvolvimento e da globalização, desde o início do século vivemos também no Brasil, uma transição demográfica acelerada, com mudança do</p>	<p>O que a unidade conseguiu de êxito até agora, graças a nutricionista, educador físico e psicólogas, todos voluntários, e um espaço cedido pela Associação dos Moradores, é manter um grupo chamado “Medida Certa”, para os</p>	<p>Manter os grupos de acompanhamento e controle de saúde já existentes e de grande êxito; informatizar e protocolizar as fichas individuais de cada portador de doença crônica; angariar um espaço físico para que aconteçam palestras de educação em saúde.</p>

	<p>formato de nossa pirâmide populacional, reflexo do aumento da expectativa de vida da população. Logo, como consequência do envelhecimento populacional, há também a presença das crescentes doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes).</p>	<p>pacientes com obesidade; Atividades de dança, duas vezes por semana, com um grupo de idosos e, desde setembro de 2018, nós da equipe 30 da Unidade de Saúde da Família (USF) do Potengi, iniciamos grupo de tabagismo. Já estamos no segundo grupo, com encontros semanais, sempre composto por enfermeiras, médica, odontóloga e psicóloga, ajudando aos interessados na cessação do tabagismo.</p>	
--	--	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções propostas pela especialização em medicina da família ao longo deste ano, abriram portas para análise e autocrítica da equipe, resultando em reflexões e propostas para melhoria dos serviços prestados, apesar das dificuldades expostas no dia a dia, principalmente com a falta de infra-estrutura física adequada para o desenvolvimento de melhores cuidados para com a população.

A experiência com microintervenções surgiu juntamente com a participação neste curso e sinalizou novas formas de melhorar a qualidade do atendimento em unidades onde a criatividade é um item necessário.

Já de início, avaliamos nossa atuação em relação ao Programa Saúde na Escola, o que nos deu oportunidade de, pela primeira vez, realmente implementar um trabalho na escola de nosso território; a seguir, foi vez de melhorarmos o acolhimento aos nossos usuários, o qual estamos diariamente aprimorando. Também tivemos a oportunidade de analisarmos, refletirmos e programarmos melhorias em relação à saúde sexual e reprodutiva, saúde da criança e atenção à saúde mental. Fechamos nossas microintervenções com as comorbidades crônicas mais prevalentes em nossa população.

Apesar de pouco, temos a certeza de que fizemos a diferença na saúde de diversos usuários. Agora, nos resta focarmos para que as metas do plano de continuidade sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. N. **Implementação do acesso avançado na unidade de estratégia saúde da família vi - morumbi, jardinópolis-sp.unifesp** - Universidade Federal De São Paulo universidade Aberta Do SUS, UNA-SUS, 2017.

AMARAL, R.A., MALBERGIER, A., ANDRADE, A.G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v 32. SII. [online]. 2010.

Barsil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui do Projeto Saúde na Escola - PSE. Brasília Diário Oficial da União de 06 de dezembro de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MALTA, D.C; BERNAL, R.T.I.;LIMA, M.G. et all. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, n.51,v.1 2017.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.n.3** v.19, Rio de Janeiro May/June ,2016.

APÊNDICES

SAÚDE MENTAL

NOME _____

—

ENDEREÇO _____

—

PRONTUÁRIO _____

CNS _____

IDADE _____ TELEFONE _____

MEDICAMENTOS EM USO / POSOLOGIA/ FORMA DE USO

1. _____

—

2. _____

—

3. _____

—

4. _____

—

5. _____

—

6. _____

—

7. _____

—

8. _____

—

9. _____

—

10. _____

—

DEPENDENTE QUÍMICO? SE SIM, QUAIS ENTORPECENTES USADOS?

—

CID-10:

OBS. _____

—

—

DATA _____

RETORNO: _____

