



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

MICROINTERVENÇÕES EM PROL DA SAÚDE DA COMUNIDADE DO
PARQUE DOS COQUEIROS EM NATAL - RN

ADRIANA DA SILVA

NATAL/RN
2018

**MICROINTERVENÇÕES EM PROL DA SAÚDE DA COMUNIDADE DO
PARQUE DOS COQUEIROS EM NATAL - RN**

ADRIANA DA SILVA

Trabalho de Conclusão
apresentado ao Programa de Educação
Permanente em Saúde da Família, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.


Orientador: Maria Helena Pires
Araújo Barbosa.

RESUMO

A equipe de saúde da família tem papel importante de transformar os indicadores de qualidade de vida. A equipe 89 da unidade básica de saúde do Parque dos Coqueiros de Natal - RN, esta em processo de remodelagem assistencial que tem como meta a plena cobertura da promoção à saúde. Aplicando a metodologia de estudo situacional antes e após as intervenções e comparando com uma revisão bibliográfica para a estruturação deste trabalho com o objetivo de apresentar os resultados das intervenções propostas pela equipe multiprofissional. Na análise inicial percebemos pontos fortes, destacando interatividade, respeito, disponibilidade e principalmente compromisso com a comunidade. Muitos dados já eram colhidos e transformados em mapas situacionais, mas tínhamos algumas deficiências, dentre elas, a atenção a gestantes, a atenção a saúde mental onde percebi um alto índice de dependência de psicotrópicos e a vacinação infantil seguia níveis nacionais de baixa adesão pelas famílias, colocando em risco inclusive a saúde pública.. Assim propomos nossas microintervenções estruturadas no envolver dos usuários no processo e encoraja-los a assumir a autonomia de sua saúde, para tanto, foi incrementado a busca ativa com maior atenção para as situações sinalizadas como críticas, realizado intensificação de consultas, e do diálogo com o usuário e debater com ele, realizamos a formação de grupos afins, reuniões periódicas onde todos os usuários e membros da equipe trocavam experiências em rodas de conversas, observando que trouxemos as famílias até nos e fomos até as famílias, este envolvimento surtiu resultados melhores que traçados nas metas de nossas microintervenções.

Palavras chaves: Comunidade; saúde da família e SUS.

Keywords: Community; family Health and SUS.



SUMÁRIO

Apresentação

Capítulo I	Conhecendo a unidade parque dos coqueiros e evoluindo com a equipe 89 na atenção a gestantes.....	08
Capítulo II	Acolhimento e união que faz a diferença na unidade parque dos coqueiros.....	11
Capítulo III	Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério: ideias criativas que transformam – ênfase e melhoria no pré-natal usf parque dos coqueiros.....	14
Capítulo IV	Uso de psicotropicos, ajuda ou regressão?.....	18
Capítulo V	Vacinar é amar.....	22
Capítulo VI	Hipertensos e diabeticos em foco.....	26
Capítulo VII	Monitoramento e avaliação - plano de continuidade.....	29
	Considerações finais.....	31
	Referências Bibliográficas	
	Anexos	

APRESENTAÇÃO

As microintervenções têm como objeto central a melhoria na cobertura assistencial básica, melhorar a saúde e qualidade de vida da comunidade, determinadamente temos o anseio de oferecer um serviço que garanta a promoção á saúde, o cuidado pautados no princípio do SUS e na humanização do serviço. Para iniciar nossas microintervenções partimos das problemáticas identificadas em cada caso analisado e delineadas aqui em capítulos. Após estas identificações nos reunirmos e traçamos o projeto de ação conjunta envolvendo a comunidade na responsabilidade da promoção a saúde, implemento este que obteve muito êxito.

A nossa unidade de saúde Parque dos Coqueiros de Natal - RN esta dividida em varias áreas, sendo que para cada uma destas existe uma equipe responsável, neste trabalho esta exposto seis microintervenções consideradas mais exitosas realizadas pela equipe 89 desta unidade. Equipe esta formada por médico, técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde. Nosso território trata-se de um bairro de oradores de classe media a baixa em nível econômico, nossa região é muito extensa, abrangendo varias famílias, com características muito peculiares e extremamente diferenciadas em suas necessidades. Para mim, foi um desafio muito construtivo, me inserir na equipe que já estava instituída há muito tempo, consegui muito além da integração, mais o respeito de todos e a união em prol de objetivos coletivos, minha bagagem anterior sobre microintervenções, somente sobre as pesquisas teóricas, vivenciar a pratica foi excepcional, me identifiquei muito com a saúde da família e pretendo me especializar na área.

De modo geral a metodologia aplicada nas microintervenções iniciou com uma analise situacional, ressaltando que repetimos esta analise periodicamente para acompanhar a evolução de nossas atividades, primariamente nosso objetivo foi conhecer o nosso papel quanto equipe de saúde da família, nossas fragilidades e nossos potenciais, realizar um macro mapeamento da área, com números de indivíduos em cada residência e a especificidade destes. Depois analisar como estava a adesão nos programas de saúde, quais as situações eram mais emergentes e de alto risco a saúde da comunidade, repetir as visitas domiciliares a fim de conscientizar e convidar para participar das ações implementadas nas

microintervenções, a criação de grupos afins com reuniões periódicas mostrou uma ferramenta importantíssima, pois, acolhe a comunidade, traz a troca de experiências entre eles e nos oportuniza a inserir nossos conhecimentos, torna a comunidade autônoma nas tomadas de decisões importantes para com a saúde. O mapeamento continuado e o tratamento dos dados obtidos fomenta o antes e o depois das microintervenções atualizando periodicamente o quadro situacional da área. Dentro dos objetivos que tínhamos que era da inclusão da comunidade nos programas de saúde, estimulação do autocuidado, da responsabilização do indivíduo para com a sua saúde e de sua família podemos afirmar que foi todos alcançados, diminuimos os índices negativos e elevamos muito os positivos.

A metodologia empregada para elaboração deste trabalho foi uma discussão narrativa das microintervenções, associadas à revisão bibliográfica pesquisadas em bancos de dados como CAPES, SciELO, BIREME, biblioteca do MS, MEDLINE e revistas indexadas. Os objetivos deste trabalho foi apresentar as microintervenções aplicadas, as ferramentas utilizadas para obtenção do reconhecimento da área, os métodos de intervenções elencados para sanar as problemáticas observadas e os resultados obtidos até o presente momento, bem como, apresentar objetivos futuros a serem implementados. A auto avaliação que retrato é de grande satisfação de fazer parte desta equipe, sentindo a sensação de dever cumprido e com a certeza de que temos muito mais a fazer e podemos com muito mérito alcançar todos os objetivos que traçamos futuramente em prol da atenção a saúde da nossa comunidade, fatos estes afirmados em cada capítulo deste trabalho e que com certeza trará a mesma conclusão ao leitor deste.

CAPÍTULO I: CONHECENDO A UNIDADE PARQUE DOS COQUEIROS E EVOLUINDO COM A EQUIPE 89 NA ATENÇÃO A GESTANTES.

O conhecimento da unidade e da comunidade é de fundamental importância para uma boa evolução e construção do plano do trabalho anual, assim como, saber quais os pontos a serem melhorados. Ao chegar na unidade no dia 05/01/2018 encontrei uma equipe unida para a Avaliação para Melhoria da Qualidade - AMQ, respondendo as perguntas e fazendo a microintervenção dos pontos com necessidade de melhora.

Segundo a DAB: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2015. P. 01).

A pontuação da equipe 89 foi abaixo da média no quesito do controle mulheres em período gestacional, conhecimento de número total em nossa microárea, controle do pré-natal e acompanhamento no puerpério. Sendo assim fizemos todo um planejamento para que dentro de um ano conseguíssemos mudar essa realidade.

Fizemos varias reuniões para discussão do caso, colocando metas a serem cumpridas e também ideias que envolvessem toda a equipe, assim caminhando juntos para a solução obedecendo as normativas do Ministério da Saúde e diretos dos usuários (BRASIL, 2005), sendo elas:

- ✓ O cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo;
- ✓ O calendário de vacinas e suas orientações;
- ✓ A solicitação dos exames de rotina;
- ✓ As orientações sobre a sua participação nas atividades educativas – reuniões em grupo e visitas domiciliares;
- ✓ O agendamento da consulta médica para pesquisa de fatores de risco.

Nossa proposta principal era encontrar uma forma de chamar atenção das gestantes para esse momento tão importante, essencial e indispensável, que é o pré-natal e o puerpério, assim chegamos a um consenso: faríamos reuniões na unidade que abordariam temas interessantes e importantes, tirando dúvidas, curiosidades, ensinando e envolvendo

as pacientes de forma que elas gostassem de estar na unidade todos os meses para o pré-natal. Além do mais conversamos com as agentes comunitárias de saúde (ACS) para um controle e organização mais rígida de gestantes em cada micro área, bem como, seu acompanhamento no pós parto.

Torna-se importante destacar que nas consultas de pré-natal a gestante é examinada e encaminhada para realização de exames, vacinas e ecografias. São recomendadas no mínimo 6 consultas de pré-natal durante toda a gravidez. O ideal é que iniciem nos primeiros três meses de gestação (BRASIL, 2015). Destaca-se que as vantagens do pré-natal são:

- ✓ Permitir identificar doenças pré-existentes, tal como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis.
- ✓ Detectar problemas fetais, como más formações.
- ✓ Avaliar ainda aspectos relativos à placenta.
- ✓ Rastrear precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, uma das principais causas de mortalidade no Brasil.

Com o entendimento da necessidade do pré-natal e dando ênfase na nossas deficiências e correlacionando com nossas metas da reunião as ACS iniciaram um trabalho de árduo de visitas e anotações e também fizeram um mapa das gestantes da nossa área, colocando pontos coloridos que indicam o local e a situação do paciente (cor branca: pré-natal sem riscos, vermelha: pré-natal de alto risco e azul: puérperas) e uma lista renovada mensalmente com os nomes e quantidade exatas de gestantes total em cada micro área. Tal organização e visitas facilitou nosso conhecimento e também fez fluir novas ideias para a evolução do trabalho durante o ano.

Começamos a fazer reuniões mensais no auditório da nossa unidade, com retroprojeter, colocando musicas, abordando temas interessantes, fazendo dinâmicas, convidando os maridos, mães ou pessoa mais próxima da gestante para participar e pedindo para cada paciente pesquisar um tema que lhe fosse importante para abordar nas próximas reuniões. Visto que é de suma importância que a família da gestante se envolva na chegada do bebê desde a descoberta da gravidez até o puerpério.

As reuniões foram de grande valia para nosso objetivo, visto que percebemos o quanto as gestantes estavam gostando e começaram até a convidar as outras que não estavam indo. Trocavam informações entre si, tiravam dúvidas com a equipe e esperavam

ansiosas pelas próximas. Nosso número e assiduidade do pré-natal cresceram e a melhora de nossas expectativas.

Quando começamos tínhamos 25 gestantes “conhecidas” em nossa área, depois das visitas das ACS descobrimos que esse número era bem maior e chegava a 32 gestantes, das quais apenas 15 faziam o pré-natal de forma correta. Com apenas dois meses de trabalho e reuniões conseguimos subir esse número de 15 para 28 gestantes, totalizando quase 100%, o que nos deixou felizes e ainda mais motivados para continuar o trabalho.

Apesar desses excelentes resultados, ressaltamos que essa microintervenção tem a duração de um ano e que esse é apenas o início e os primeiros resultados de um trabalho árduo e compensador que com toda a certeza se tornara uma rotina dentro do nosso programa de pré-natal.

CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO E UNIÃO QUE FAZ A DIFERENÇA NA UNIDADE PARQUE DOS COQUEIROS.

A implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão SUS, propôs a humanização como norteadora das práticas em saúde, indo ao encontro das propostas da Estratégia de Saúde da Família (SANTOS; WEINRICH, 2016).

Os mesmos autores afirmam que a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, recomenda a humanização como base prioritária às práticas de saúde no SUS. Exaltando o acolhimento como princípio primário. O Ministério da Saúde desta que é um modelo de processos de trabalho em saúde que visa atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo o usuário e adotando uma postura apropriada de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Através deste elenca a expectativa de desempenhar o exercício dos princípios do SUS de universalidade e equidade na relação entre serviços de saúde com os usuários, não se limitando ao ato de receber, mas também a uma sequência de ações referentes ao processo de trabalho em saúde.

O acolhimento é conceituado como uma proposta de organização do serviço de saúde onde o usuário constitua o centro da atenção, obedecendo aos seguintes princípios: atender todos os usuários que buscam os serviços de saúde; reorganizar o processo de trabalho, migrando do modelo médico cêntrico para equipe multiprofissional e remodelando e aprimorando a relação entre usuário e equipe de saúde (GARUZI et al, 2014).

A Unidade de Saúde da Família (USF) Parque dos Coqueiros passa por mudanças constantemente devido a sua evolução dentro do PMAQ assim com subsequentes melhorias. Dentre todas as mudanças e melhorias a que se destaca mais é a parte do nosso acolhimento.

Desde o princípio o acolhimento tem sido uma batalha e luta contínua, já que sempre existiram inúmeros problemas e discussões dentro de todas as equipes e por ser também a primeira a receber o paciente como dizemos de forma corriqueira a que “bate de frente com o usuário”. Não havia uma boa organização e divisão de tarefas dentro do acolhimento, o que causava sobrecarga para algumas equipes e alguns funcionários, isso causava diversos desentendimentos que gerava desunião e resultava em um atendimento

não adequado para com os usuários. Após várias reclamações, denúncias e também graças a evolução do PMAQ, estamos conseguindo mudar essa realidade.

A primeira ideia a ser implantada foi a questão da divisão de equipes por dias fixos, por exemplo: somos em 4 equipes (88, 89, 90 e 91) cada equipe assume 1 dia da semana e a sexta feira fica rotativa. Ideia simples ao primeiro olhar, mas que mudou de forma extraordinária nosso acolhimento.

Na primeira semana, aquele período de adaptação, ainda tivemos varias reclamações e adaptações dos funcionários, que com o tempo foram percebendo que esse divisão de tarefas era a forma mais justa de organizar e não sobre recarregar ninguém. Quando as equipes estão contentes e satisfeitas com seu trabalho e mais ainda com seu ambiente de trabalho transparecem e passam isso para as pessoas ao redor e no nosso caso isso foi percebido pelos nossos usuários. Até um simples sorriso e um bom dia no acolhimento fazem a diferença para uma boa evolução do nosso trabalho, quando o paciente chega até o meu consultório ele já está tão feliz e confiante na sua recuperação e resolução do seu quadro que o medico é apenas uma pequena ferramenta de conclusão da fase em que ele se encontra ou deseja.

Para facilitar o acolhimento também colocamos outras regras de organização da unidade, como o quadro de anotações, que dividimos em quatro partes iguais para respectivas equipes, onde é anotado quem está na unidade, quem está de atestado, quem está de férias, avisos de horários e consultas, enfim toda e qualquer informação deve ser inserida, evitando assim demora de resposta ao cidadão e também a difícil comunicação e informação entre os próprios funcionários. Mas uma vez quem ganha é o cidadão com a agilidade e solução da sua demanda.

Em nossas reuniões enfatizamos o respeito e a vontade de crescer como equipe geral, falando de toda a unidade, afinal não somos fragmentos somos inteiros e devemos agir como tal, mas como assim? Todas as vezes que uma equipe X estava no acolhimento e um usuário da equipe Z chegava automaticamente a equipe X chamava alguém da equipe Z para resolver as necessidades do usuário, agora estamos fazendo diferente, a equipe que está no acolhimento tem que fazer o necessário e o máximo para suprir e resolver a demanda do usuário seja ele da sua área ou não, claro que em casos onde não existem essa possibilidade pode ser chamado seu agente respectivo para solucionar. O importante é assumir o acolhimento com responsabilidade e não deixar pendencias, meias respostas e nem usuário sem assistência. Nosso lema é abraçar o usuário como filho da nossa unidade,

fazer com que ele se sinta seguro e que tenha em nós o maior ponto de apoio a sua saúde física e mental.

CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: IDEIAS CRIATIVAS QUE TRANSFORMAM – ÊNFASE E MELHORIA NO PRÉ-NATAL USF PARQUE DOS COQUEIROS.

Implementamos nossas intervenções no entendimento de que o pré-natal assegura: o bom desenvolvimento da gestação; o parto de um recém-nascido saudável e respeitando todos os aspectos relativos à saúde da família através de atividades educativas e preventiva, cientes de que o indicador maior da qualidade dos cuidados maternos esta relacionado com a atenção sob o primeiro trimestre gestacional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o número adequado atendimento neste período seria igual ou superior a 6 (seis). Observando que a qualidade na assistência é a prioridade e que se mostra capaz de inibir eventos adversos, sendo que as de maiores riscos devem ter numero maior de atendimentos e mais especificidade nestes (BRASIL, 2005). Destacando que sob estes aspectos projetamos toda a nossa assistência.

Sabemos bem da importância e da necessidade de um pré-natal e de um acompanhamento no puerpério, na realidade essa preocupação com a mulher se inicia na sua adolescência com as mudanças de hormônio e novas descobertas, onde a nossa unidade de saúde se faz efetivamente presente. Neste contexto, o nosso serviço de conscientização das doenças e também do planejamento familiar é feito com muito carinho e êxito dentro da nossa unidade por meio de busca ativa na área e reuniões abrangendo as adolescente e mulheres em período fértil da vida. Existe também um trabalho muito importante dentro do planejamento familiar que é a avaliação pré-concepcional, que assim como o cuidado de indicar e falar sobre métodos contraceptivos, onde fazemos o acompanhamento para uma gravidez desejada e saudável. Dentro da minha unidade a questão do planejamento família e pré-concepção funcionam de maneira adequada e evolutiva, não nós preocupando tanto, claro sem deixar de dar importância.

Após exposição do quadro atual do planejamento familiar e pré-concepcional, vamos começar a falar sobre o pré-natal, a parte mais importante da gravidez e além disso a área em que temos deficiência na comunidade e unidade.

Problematizando a nossa situação: Temos a maior área da unidade com 5 micro áreas e quase 900 famílias, as quais por problemas anteriores de falta de médico, passaram a frequentar de forma restrita a unidade, principalmente as gestantes. Quando iniciei os

atendimentos não tínhamos muita demanda e não conseguíamos cobrir muito bem as gestantes desta área, situação já justificada por nossa área ser muito extensa como já citado anteriormente. Passamos a entender melhor esta realidade, quando fizemos a avaliação do PMAQ e que ficou claro nosso déficit no programa do pré-natal e controle pós parto.

Para melhorar nosso desempenho no PMAQ e também para poder promover um pré-natal eficiente, acolhedor e que alcançasse todos, nos unimos para desenvolver ideias e soluções capazes de satisfazer nossa meta. Citei essa situação na primeira micro intervenção de uma forma sutil e agora vou poder fazer de forma mais explicativa. Vamos lá!

Iniciaremos com uma importante abordagem e informação, exaltando os dez passos instituídos pelo MS para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica:

1° PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

Haja vista tamanha importância, e seguindo os preceitos descritos acima, iniciamos um trabalho lindo e produtivo com a equipe e com as gestantes. O primeiro passo foi ter total controle de quantas gestantes e podemos afirmar que hoje temos, como também, sabemos quantas gestantes fazem o acompanhamento ideal. Segundo passo foi documentar e expor esses dados, porém de que forma?? Então, as ACS fizeram visitas, traçaram planilhas e mapas com marcação da área de cada gestante com a classificação separando por alto risco, baixo risco e também as puérperas. Logo após, convidamos as gestantes para reuniões na unidade, dentro do auditório ou mesmo dentro do consultório, fazemos dinâmicas, atividades lúdicas, colocamos exemplos de situações através de simulação de casos, tiramos dúvidas e até respondemos curiosidades das mães de primeira viagem. Ressaltando que essas atividades não são voltadas apenas as gestantes, incentivamos a participação dos seus maridos/companheiros, mães ou quem a esteja acompanhando, o que é de suma importância para a gestante e para a evolução da sua gestação.

Esta busca ativa pelas ACS, solidificada com a consulta e a estratificação específica de quantidade de mulheres em cada fase gestacional, proporcionou um diagnóstico situacional e a condição de priorizar as assistências conforme a necessidade de cada caso e trouxe a comunidade mais próxima à equipe, além de tornar a população alvo mais consciente e responsável pela sua saúde.

.Reafirmando em números, tínhamos no início apenas 25 gestantes que após um novo “senso” das ACS, após a remodelagem da intervenção, aumentou para 32 e com quase 100% de presença mensal nas reuniões e consultas.

Deixando claro, apesar das reuniões periódicas, as consultas continuam da mesma forma, instituídas conforme orientações do MS, onde avaliamos o feto, os sinais vitais da mãe, fazemos os exames de rotina e prescrição dos medicamentos necessários, as reuniões, por tanto, trata-se de um complemento valioso. O número de gestante é bem rotativo, por isso nossa lista e nosso mapa é atualizado todo mês.

Esse trabalho de equipe tem sido muito gratificante, pois além dos ótimos resultados, estamos cada dia mais próximos como equipe, aumentando nossa afinidade e percebendo que juntos somos mais fortes e podemos sim melhorar aos poucos cada situação pendente

A gestante como demonstram os números, tem melhorado a assiduidade às consultas, apresentando grande interesse de saber a evolução da gravidez, dos cuidados com ela e com o bebê, interessando sobre a melhoria na alimentação, exercícios físicos e também tomando as medicações necessárias, que muitas se negavam a fazer uso. Atualmente temos um aumento significativo de gestantes nas reuniões e percebemos que através destas conseguimos captar novas gestantes e esperamos que assim possamos progredir passo a passo para 100% do público alvo.

CAPÍTULO IV: USO DE PSICOTROPICOS, AJUDA OU REGRESSÃO?

Vamos começar lembrando o que é saúde mental, confundida como apenas a atenção a pessoas com transtornos mentais, mas, a saúde mental abrange a prevenção, é muito mais que a ausência de doenças mentais, é promover a saúde psíquica. Observando fatores de riscos citamos que vivemos num emaranhado de uma série de emoções contraditórias e muitas vezes frustrantes associadas às dificuldades de enfrentar os desafios e as mudanças da vida e não saber encontrar ajuda nestes momentos. (SESA – PR, 2014).

Ao iniciar o meu trabalho na minha unidade percebi que estava um pouco esquecida a parte de atenção a saúde mental como um todo, as ações estavam mais centradas a apenas renovar ou prescrever novas receitas de psicotrópicos.

Situação que me fez refletir, queria poder estar mais perto dos pacientes, poder entender o que estava acontecendo e puxar o ‘fio de lá’ de baixo que estava causando o problema, para então poder tentar resolver juntos.

Notei que já tínhamos um trabalho lindo que é o grupo sentimental na unidade, um grupo voltado para a saúde mental que envolve ajuda de psicólogos, psiquiatras e trabalho em grupo, com o intuito de diminuir o uso de medicamentos e claro melhorar os transtornos de cada usuário. Mas, apesar de já existir o grupo, minha micro área não tinha uma participação efetiva no grupo, então a minha primeira ideia era de conscientizar a população e tentar inseri-la no grupo e também fazer um trabalho individualizado, aglomerando mais pessoas e ficar assim mais próxima dos meus pacientes.

Temos poucos recursos e nossa população é resistente quando se diz respeito ao assunto saúde mental, então em reunião com minha equipe pensamos em fazer visitas domiciliares de cada paciente psiquiátrico, para conhecer a família e compreender melhor o que estava causando tal problema. Assim iniciamos, primeiro fazendo uma lista de cada família e suas prioridades e depois marcamos as visitas, no máximo três família todas as terças. Na nossa micro área encontramos um total de 100 pessoas em uso de psicotrópicos, um numero pequeno comparado com outras unidades, e se pensarmos em visitar três famílias a cada semana, pensamos também que o trabalho é longo e lento, porém sabemos quão gratificante será o resultado.

A intenção das visitas é de conversar com a família toda e não apenas com o paciente, ouvir suas queixas e relatos e entender aonde tudo começou, com quantos anos começou, qual foi o ponto de gatilho, quais foram os acompanhamentos feitos, os

medicamentos em uso e como está o paciente hoje e então a partir daí iniciar uma meta de acompanhamento e tratamento e claro explicar sobre nosso grupo já existente, mostrar seus objetivos e fazer o paciente e família entender como é importante sua participação, neste contexto também observamos os fatores de riscos a outros componentes da família e os incluímos no convite de participar das reuniões do grupo, bem como, administramos intervenções de prevenção ao caso.

Desde o início da nossa micro intervenção sobre saúde mental, já fizemos a visita de 12 pacientes e me surpreendi com cada história e com a evolução em tão curto espaço de tempo. A maioria das famílias tem uma necessidade enorme de ser apenas ouvida, de ter atenção, de ser entendida e de ser sentir “protegida” e acompanhada de perto por profissionais da saúde. Sentiram-se tão acolhidos e importantes de ter a unidade tão próxima que já nós sentimos felizes com os primeiros feedbacks.

Os resultados iniciais foram a maior assiduidade do grupo sentimental com quase 100% dos pacientes visitados, um acompanhamento com a iniciação dos desmames dos medicamentos psicotrópicos (lembrando que essa etapa é feita de forma lenta e gradativa para não prejudicar o paciente), melhoras nos hábitos alimentares e nas atividades físicas, melhora também na parte escolar e de convivência familiar e melhora na acompanhamento de nossa unidade, principalmente nas consultas.

Um mês é um espaço pequeno de tempo pra resultados conclusivos, mas tenho certeza que essa simples iniciativa da nossa equipe vai resultar em grandes melhorias na minha micro área e em breve em toda a região da minha unidade.

Um exemplo exitoso de nossa atuação foi da paciente C.B.S 26 anos, acompanhada pela nossa unidade, durante seu pré-natal a paciente deixava claro que a sua gravidez não foi desejada. No decorrer do pré-natal acompanhamos a paciente e sua família na área emocional, tentando demonstrar todo apoio possível, mostrando os lados positivos da gestação e de ser mãe. Esta teve resistência para tomar medicamentos, se alimentar e prejudicando assim o crescimento do feto.

Na primeira ultrassonografia foi constatado que o tamanho do feto não era compatível com a idade gestacional. Decidimos então fazer reuniões com a família e chamar o psicólogo que apoia o grupo sentimental da nossa unidade e acompanhamento mensal com a obstetra do pré-natal de alto risco. Com o passar dos meses conseguimos uma boa evolução e a paciente teve boa adesão ao pré-natal assim como os cuidados necessários para uma boa evolução da gestação.

Seus exames foram apresentando melhora e no ultimo semestre já estava tudo regularizado. Seu parto foi excelente, porém logo após já iniciou com a piora do quadro emocional, iniciando uma depressão pós-parto, o que foi percebido com a nossa visita domiciliar.

Decidimos que quanto mais rápido agíssemos e quanto mais apoio a paciente tivesse mais rápido seria sua recuperação, buscamos opinião do psicólogo e assim decidimos fazer visitas em dias alternados, levando temas como amamentação, sobre o desenvolvimento do bebe, buscando a proximidade maior com o seu filho e também iniciamos a introdução de antidepressivos. Conseguimos colocar em praticas todas as propostas graças a adesão da família da puérpera que apoiou nossas visitas e que também fizeram seu papel com êxito, como não deixar a paciente sozinha, ajudar nos cuidados com recém nascido e demonstrar todo o apoio necessário.

Com quase um mês de acompanhamento conseguimos alcançar resultados até inesperados e a paciente já estava praticamente sem sintomas ou sinais de transtornos emocionais e ou psíquicos e cumprindo seus deveres de mãe, amamentado, dando banho e tudo com carinho e amor. Ainda estamos acompanhando a paciente, porém de menos frequência, agora apenas uma vez na semana e vamos continuar até perceber que seu quadro foi totalmente revertido.

Esse quadro é mais comum do que imaginamos, a maioria das gestações que não são desejadas podem levar as futuras mães a uma fase emocional difícil e frágil e faz parte do nosso papel como unidade de saúde perceber e acompanhar, porém nem sempre as equipes estão a quem da situação e nem sensíveis a percebe lá, dando muito ênfase em outros quadros psiquiátricos considerados mais graves. Nesse quadro citado só conseguimos êxito pela união da equipe e por participações de outros profissionais como o psicólogo e a obstetra.

Vale lembrar que esse é o primeiro passo do atendimento a saúde mental, que desejo muito que seja de muita eficácia, priorizando resolver na atenção primaria, tanto pelo bem do meu paciente como também para desafogar nossa demanda gigante e lenta.

Vamos lembrar agora sobre as obrigações do SUS:

A atenção em saúde mental é oferecida no SUS, através de financiamento tripartite e de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. A Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, foi pactuada em julho de 2011 e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de

Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais (BRASIL, 2015).

Pensando em centro de apoios psicossociais que podem ajudar a nossa unidade com o trabalho e acompanhamento dentro da saúde mental, podemos citar a organização do RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), ela é dividida conforme os critérios do SUS descritos acima.

Dentro do nosso município podemos contar com varias portas do RAPS como: a própria unidade de saúde; os CAPS (CAPS II na região oeste, CAPS AD na região leste e o CAPS III na região leste); o SAMU 192; atendimentos nas unidades de pronto atendimento; hospitais com alas psiquiabras como o Hospital João Machado, para tais se realizam referencia e contra referência assistencial, essencial para manter um atendimento global e humanizado para o assistido e sua família.

Para finalizar, sabemos que esse tema de saúde mental no nosso século é o mais falado, porém talvez estejamos apenas falando, mas fazendo muito pouco. Não podemos nós defender com a desculpa de que temos poucos recursos e verbas, esse tema nos remete muito a necessidade de atenção e a carência que na maioria dos casos existe. Apenas com união e atenção maior de toda a equipe para com o paciente já nós dará resultados e respostas excepcionais.

Conseguimos diminuir as necessidades de prescrições de psicotrópicos, e ganhando qualidade de vida do usuário, lembrando que estes medicamentos apresentam efeitos colaterais que muitas vezes levam a outras alterações fisiológicas, fato complicativo para a saúde. O entendimento que se pode ter autonomia na melhora do humor, da autoestima e das relações foram a alavanca deste processo.

Espero poder acrescentar não apenas como médica, quero acrescentar como pessoa e enquanto ser humano.

CAPÍTULO V: VACINAR É AMAR.

Existe uma grande discussão em relação as vacinas na atualidade, observando que muitas famílias estão optando por não vacinar seus filhos porque acreditam que não é benéfico, situação que vem sendo um precursora de novos surtos de doenças na infância que já estavam sob controle sanitário, fatos que nos preocupou e que colocamos como meta de reverter a realidade em nossa unidade, consideramos uma ação para uma micro intervenção exitosa pois é um problema nacional de preocupação das autoridades em saúde e que percebemos ótima evolução após implantado.

Vamos começar esclarecendo sobre esse assunto:

A importância da vacinação vai muito além da prevenção individual. Ao se vacinar, você está ajudando toda a comunidade a diminuir os casos de determinada doença.

Vacinas são substâncias que possuem como função estimular nosso corpo a produzir respostas imunológicas a fim de nos proteger contra determinada doença. Elas são produzidas a partir do próprio agente causador da doença, que é colocado em nosso corpo de forma enfraquecida ou inativada. Apesar de não causar a doença, as formas atenuadas e inativadas do antígeno são capazes de estimular nosso sistema imunológico (SANTOS, 2016, p. 01).

Dessa maneira percebemos a quantidade de benefícios e como a vacina tem uma grande importância para todos principalmente para crianças. Analisando a situação da micro área da nossa equipe, percebemos que estávamos com déficits no âmbito da vacinação, nossa adesão estava abaixo da média, por isso achamos coerente iniciarmos uma ação voltada a conscientização dos pais e toda comunidade para tal assunto.

Em reunião com a equipe, buscando uma forma para conseguirmos bons resultados e alcançar nossos objetivos, entendemos que a melhor forma é a busca ativa pelas crianças e os pais na área, fazendo visitas domiciliares, reuniões nas escolas e reunião mensal no auditório da unidade. Um trabalho feito em equipe, iniciado com as ACS que fizeram a busca ativa na área, avaliando o cartão de vacina das crianças e convidando a família a participar da reunião mensal, realizada pelo medico e enfermeiro nas consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD).

Nas reuniões mensais que acontecem no auditório da unidade na segunda quinta feira de cada mês, temos necessidades de poucos recursos, apenas das cadeiras lá existentes e de materiais impressos que entregamos aos familiares.

Fazemos também essa reunião de uma forma bem didática e lúdica, para prender a atenção das crianças principalmente e fazer que não apenas os pais saibam da importância da vacina, mas que elas sejam conscientes e partilhem do objetivo de vacinar.

Já estamos em nossa quarta reunião e estamos felizes com a adesão dos usuários, bastante pais com muitas dúvidas sendo esclarecidas, mostramos exemplos, damos conteúdos para serem lidos em casa, fornecemos dados do quanto prejudicial é a não vacinação e mais que tudo isso, demonstramos que nós da unidade da saúde somos uma extensão da família, estamos para ajudar, apoiar, resolver ou apenas ouvir o usuário e que por isso jamais indicaríamos algo que lhes fosse prejudicial.

Nossas reuniões nas escolas também tem surtido efeito, os diretores estão nos apoiando e nosso próximo passo, além de fazer os seminários é fazer a vacinação nas escolas das vacinas em atraso no cartão e que ainda podem ser feitas.

Nós da equipe 89, acreditamos que devemos sair dessa rotina de apenas consultas e imposição de regras e obrigações, queremos que o cidadão perceba a importância de todos os serviços prestados, do acompanhamento na unidade, o acompanhamento nos nossos programas, a importância do tratamento das doenças e mais que isso a importância da prevenção, no qual as vacinas está inserida.

Temos absoluta certeza que essa melhora na quantidade de vacinação será ainda maior e que nosso trabalho está apenas começando, temos muito o que alcançar e muito o que aprender.

Como já citado temos a ação de monitoramento do CD coletivo, onde incrementamos a pauta sobre vacinação; mas nunca deixando de aplicar a análise gráfica do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, aplicando ações preventivas para a manutenção do bom desenvolvimento destas e corretivas na observação de alterações correlacionadas a fase cronológica da criança, referenciando quando necessário a serviços especializados e mantendo visitas e consultas periódicas para monitorar os resultados. A busca ativa, não se imita a análise da situação das vacinas; mantemos registros em fichas espelhos e mapas situacionais onde sinalizamos as famílias que necessitam de maior atenção e quais as deficiências são detectadas na assistência e que necessitam de projetos aplicativos mais elaborados; através destas buscas ativas, reuniões e de visita de livre demanda fazemos a organização da agenda, tanto de consultas como de visitas, dentre outras estratégias.

Percebemos que estas ações tem surtido um grande benefício, acompanhamos a criança desde a fase gestacional, recém nascidos e toda a fase de crescimento, analisamos através de gráficos fomentados a cada encontro ou visita as oscilações de altura, peso, respostas cognitivas, motoras e sensitivas, analisamos junto ao responsável como esta o aproveitamento escolar e relacionamento interpessoal com a escola, famílias e coleguinhas e assim conseguimos identificar fatores que poderiam interferir à sua saúde, como também, observar sinais e sintomas de alterações que sinalizam problemas de saúde física, psíquica ou social, tomando todas as medidas cabíveis para seu tratamento. Na promoção a saúde, usamos a ferramenta da disseminação do saber, divulgação dos direitos e deveres da família para com a criança, tornando-as nossas aliadas no processo sentinela de segurança a saúde da criança. A adesão dos familiares é surpreendente, salvo pouquíssimos casos, onde temos que atuar primariamente na saúde do adulto responsável que na maioria das vezes por questões de ausência em longos períodos da residência por necessidade de trabalhar para manter o sustento da família relatam dificuldades em levar a criança para acompanhar seu desenvolvimento e nestes casos a visita domiciliar esta conseguindo sanar esta problemática ou então por alterações psíquicas não conseguem manter o próprio autocuidado, deixando muito aquém a saúde da criança, e nesta situação colocamos em pratica as atividades voltadas à atenção a saúde mental. E intensificamos as visitas e consultas a esta criança e a sua família.

Nossa equipe mantem a estratégia planejada em comunhão com a comunidade e seus saberes, respeitando suas crenças, culturas e condições socioeconômicas, esta ultima gritante e que nos faz repensar as orientações a serem aplicadas podem devem esta ao alcance dos cuidadores da criança. Finalizando temos grande êxito em nossas ações e estamos sempre realizando grupos de estudos para acompanhar a evolução da saúde baseada em evidencias e aprimorar cada vez mais nossas ações de monitoramento, prevenção e tratamento voltadas a saúde da criança, um ponto negativo era que nossa equipe não desenvolvia ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança e estamos inserindo esta ação em nossas reuniões com as gestantes e puérperas.

Não podemos esquecer que nossas crianças são sim o futuro de toda uma nação e que o indicador associado a sua saúde é um dos mais importantes para demonstrar a qualidade da saúde oferecida na unidade, no Estado e no Brasil.

Como o foco de nossa intervenção atualmente é uma campanha continua sobre a vacinação disponibilizamos na figura 1 - calendário único de vacinação 2018 proposto pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) que seguindo normativa do MS, a qual norteamos nossas ações, reafirmando sentirmos vivenciar um experiência exitosa pois estamos próximos a níveis indicados pelo MS neste quesito, além de providenciar espelhos destas, pois percebemos que este é uma de nossas fragilidades.

Figura 1- Calendário único de vacinação de vacinação 2018.

VACINAS	DO NASCIMENTO AOS 10 ANOS DE IDADE										ADOLESCENTE	ADULTO	IDOSO	DISPONIBILIDADE DAS VACINAS												
	Ao nascer	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4 anos	5 anos	6 anos	9 anos	10 anos	11 a 19 anos	20 a 59 anos	A partir de 60 anos	GRATUITAS NA REDE PÚBLICA	CLÍNICAS PRIVADAS	NOS CRIES*	
BCG ID	1 Dose										Vacinador os não vacinados anteriormente										SIM	SIM	NÃO			
Hepatite B	Três ou quatro doses a partir do nascimento										Vacinador os não vacinados anteriormente										SIM	SIM	SIM			
Rotavírus	Duas ou três doses. Iniciar vacinação antes das 15 semanas de vida										CONTRINDICADA										SIM, monovalente	SIM, monovalente e pentavalente	NÃO			
Tríplice bacteriana (DTPw, DTPa ou dTpa)	Quatro doses DTPa ou DTPw iniciando aos 2 meses de idade										Reforço com DTPa, DTPw ou dTpa										SIM, DTPw e dTpa para gestantes	SIM, DTPa e dTpa	SIM, DTPa			
Haemophilus influenzae tipo b	Quatro doses iniciando aos 2 meses de idade										Vacinador os não vacinados anteriormente										Vacinador pessoas em situações especiais de risco					
Poliomielite (vírus inativados)	Cinco doses iniciando aos 2 meses de idade										Vacinador os não vacinados anteriormente										Vacinador pessoas em situações especiais de risco					
Pneumocócica conjugada	Quatro doses iniciando aos 2 meses de idade - VPC10 ou VPC13										VPC10 ou VPC13 - Vacinador os não vacinados anteriormente										VPC13: uma dose					
Meningocócica conjugada C ou ACWY	Com menACWY: três doses iniciando aos 3 meses de idade. Ou com menC: duas doses iniciando aos 3 meses de idade										REFORÇO										REFORÇO aos 11 anos. Para os não vacinados anteriormente: duas doses			Vacinador pessoas em situações especiais de risco		
Meningocócica B	Três doses iniciando aos 3 meses de idade										REFORÇO										Para os não vacinados anteriormente: duas doses			Vacinador pessoas em situações especiais de risco		
Poliomielite oral (vírus vivos atenuados)	CAMPANHAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO																				SIM	NÃO	NÃO			
Influenza (gripe)	VACINAÇÃO ANUAL										EM REGIÕES COM RECOMENDAÇÃO DE VACINAÇÃO (DE ACORDO COM CLASSIFICAÇÃO DO MS) - dose única aos 9 meses de idade. Para não vacinados anteriormente: dose única.										SIM, menores de 5 anos e maiores de 60 anos					
Febre amarela																					SIM					
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Duas doses a partir dos 12 meses										Vacinador os não vacinados anteriormente										Vacinador pessoas em situações especiais de risco					
Varicela (catapora)	Duas doses a partir dos 12 meses										Vacinador os suscetíveis não vacinados anteriormente										SIM					
Hepatite A	Duas doses a partir dos 12 meses										Vacinador os não vacinados anteriormente										Vacinador pessoas em situações especiais de risco					
HPV	Três doses para meninas a partir dos 9 anos										Vacinador os não vacinados anteriormente										Vacinador os não vacinados anteriormente a critério médico					
Pneumocócica 23 valente											Vacinador pessoas em situações especiais de risco										Duas doses com intervalo de cinco anos					
Herpes zoster																					Uma dose					
Dengue	CONTRINDICADA										Vacinador pessoas de 9 a 45 anos previamente infectadas pelo vírus (soropositivas) com três doses: 0 - 6 - 12 meses										CONTRINDICADA					

Fonte: sociedade brasileira de imunização.

Segue questionário respondido contido em anexo I: base para desenvolvimento da Microintervenção V, que foi norteador desta narrativa.

CAPÍTULO VI: HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM FOCO.

Na unidade de saúde parque dos coqueiros existe uma grande demanda de usuários portadores de diabete e hipertensão em todas as faixas etárias, porem com maior prevalência na população idosa, em comparativo com outras doenças crônicas estas é de maior incidência na área não alocando as de transtornos mentais que foram explorada em outra narrativa, e também deixando claro que não deixamos de aplicar ações preventivas e curativas sobre as de menor incidência. Nossa preocupação é de que esses usuários queiram apenas renovar suas receitas, sem se atentar com a evolução do seu quadro tanto pra melhoria como para a piora e assim com necessidade de adequação ou até mesmo mudança do tratamento já existente, deixando claro que se tratava de uma situação de fragilidade e falta de conhecimento por parte destes, que consideravam a doença como consequência do envelhecer.

Para melhor atribuir ações eficazes sobre a problemática é importante saber sobre o impacto das doenças crônicas sobre a saúde da população.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil –72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNT são a principal fonte da carga de doença, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre (SCHMIDT et al, 2011, p. 01).

Na nossa unidade já existia o grupo de hipertensos e diabéticos, porém com pouca adesão e interesse sobre o assunto. Nossa ideia inicial foi mais uma vez melhorar a assiduidade desse grupo, nas buscas ativas muito bem aplicadas nas famílias e que monitoramos vários indicadores, também monitoramos a prevalência destas patologias e os riscos que cada integrante da família tem em desenvolvê-las, tentando buscar novas ideias para chamar mais pessoas e manter as já existentes, deixando os conscientes do seu quadro e importância do acompanhamento e tratamento. Elegemos em comum acordo com a população as reuniões que são feitas a cada 15 dias, com temas diversos e proposto pelos próprios usuários.

Em discussão com a equipe para análise dos casos, tivemos uma ideia de propor desafios aos participantes da reunião quinzenal, o primeiro seria o desafio dos 21 dias. Como funciona esse desafio?

O desafio 21 dias (micro intervenção exitosa), propõe ter uma meta que tem que ser alcançada dentro desses 21 dias, podendo usar qualquer tema, mas dentro do nosso grupo o nosso desafio está acerca do tema da melhora do quadro das doenças existentes como também mudança no estilo de vida levando a melhora na qualidade de vida em geral.

Serão 21 dias melhorando a alimentação, incluindo um exercício físico ao dia, fazendo o uso de medicação da forma correta e também trabalhando o lado emocional, para ter o equilíbrio e alcançar o objetivo, não apenas durante o desafio mas para estender por toda a vida.

Quando propomos o desafio, os usuários ficaram entusiasmados e ansiosos para o início, explicamos como deveriam fazer, primeiro escrevendo em uma folha as suas metas e o porque dessas metas, o que mais incomoda e prejudica seu dia a dia, quais são os obstáculos as serem vencidos, enfim eles devem expor nesse relato tudo o que atrasam a melhora da sua qualidade de vida e que eles podem e querem mudar. Entenderem que devemos pensar que é um dia por vez, que as dificuldades serão vencidas aos poucos e que ao final dos dias teremos o resultado final, entendendo assim que ele nada mais é que a junção de pequenas conquistas diárias e que também elas podem demorar um certo tempo, mas que o objetivo pode ser vencido por todos nos.

Assim como no início do desafio, o último dia deve ser encerrado com o relato escrito das conquistas, das barreiras vencidas e o que ainda não foi alcançado., organizando em gráficos demonstrativos e instituindo mapas para continuidade das atividades exitosas. E que na reunião após o término do desafio seria uma roda de conversa para cada um ler seu relato do início e do final, havendo assim uma discussão harmoniosa que casa caso, adquirindo conceitos e conhecimentos e crescimento com todo o grupo.

Mas uma vez pensamos no que poderíamos encaixar dentro dos nossos recursos e percebemos que nossa ideia não teria nada que ultrapassasse nossos limites.

Lembrando que além do grupo de usuários todo o integrante da nossa equipe também vai participar do desafio, mostrando como sempre que estamos juntos com a comunidade em tudo.

Os dias se passaram e a ansiedade mudou de lado, nós da equipe queríamos compartilhar nosso desafio e seus resultados bem como queríamos saber de todo o grupo. Quando o grande dia chegou, podíamos perceber que nossas expectativas foram superadas, que os resultados foram além do que imaginávamos e que nossa ideia do desafio seria

estendida para outros temas em outros desafios, a comparação dos relatos iniciais com os atuais fomentaram um gráfico positivo de conquistas e mudanças de hábitos.

Os usuários foram em busca de uma alimentação mais saudável e equilibrada, tornaram mais corretos na administração das medicações, estavam praticando exercícios físicos, praticando alguma atividade que levasse ao bem estar emocional, uma boa convivência com a família e pessoas próximas, levando assim a melhora do estado geral. Alguns relataram a perda de peso, melhoraram sua autoestima, diminuíram suas medicações e também melhoraram as taxas comprovadas e comparadas pelos exames de rotina. A satisfação por parte dos usuários foi notória e a nossa foi ainda maior, com esse processo de crescimento, conhecimento e estreitamento de relação da nossa unidade e principalmente da nossa equipe, podemos perceber cada vez mais que estamos no caminho certo e que poderemos em breve demonstrar nossos resultados e citando como exemplo nossa comunidade e levando para outras unidades as vitórias que alcançamos e que todos podem alcançar.

Conseguimos comprovadamente provar aos participantes a autonomia destes sobre seu bem estar, sua saúde e qualidade de vida, foi um planejamento aplicativo exitoso e eficaz. Todas as ações como já frisada tem principio na busca ativa e de livre demanda, esta desenha em fichas espelhos e mapas que norteiam nossas agendas e ações estratégicas como esta descrita e da qual muito me orgulho.

Próximo passo é construir um protocolo de assistência a estes grupos e já estamos elaborando um modelo registro de elementos que estratificam os riscos a estas patologias e as comorbidades relacionadas, para que o protocolo seja implantado com sucesso e tenhamos indicadores seguros de nossa comunidade.

Segue questionário respondido contido em anexo I: base para desenvolvimento da Microintervenção VI, que foi norteador desta narrativa.

CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
I - CONHECENDO A UNIDADE PARQUE DOS COQUEIROS E EVOLUINDO COM A EQUIPE 89 NA ATENÇÃO A GESTANTES	Dentro desse tema, foi expressado a necessidade e a importância de conhecer a sua unidade, a equipe e também a característica da comunidade, identificado déficit maior na atenção a gestantes.	Conhecendo a unidade, a equipe e a comunidade se pode traçar mapas e espelhos norteando as metas promovendo as mudanças que devem ocorrer e evoluir. Identificamos vários pontos frágeis e alocamos ações fortalecedoras dentre as quais conseguimos maior adesão das gestantes no acompanhamento de seu pré-natal.	Manter dados atualizados e visíveis, além das reuniões mensais, aumentar o número de grupos de finalidades e estender os ótimos resultados aos demais usuários, fazer a unidade mais próxima da comunidade e estar disposto sempre a receber opiniões. Continuar realizando rodas de conversa, visitas e estimular a educação continuada e a propagação deste conhecimento à comunidade, levando o indivíduo a autonomia da qualidade de vida, própria, da família e da comunidade
II - ACOLHIMENTO E UNIÃO QUE FAZ A DIFERENÇA NA UNIDADE PARQUE DOS COQUEIROS.	O acolhimento foi sem dúvidas nosso maior déficit e encontramos várias dificuldades para buscar uma melhoria. Encontramos desunião e também medo de estar como linha de frente com a comunidade, o primeiro contato.	Mais uma vez com muita reunião e rodas de conversa, demonstramos que sim somos a parte mais importante do atendimento dentro da unidade e mostramos também que essencial é a união de cada profissional e seu papel dentro do acolhimento. Depois de tantas tentativas, alcançamos um bom resultado colocando em prática a ideia de divisão do acolhimento por dia e por equipe.	Buscar sempre mais união entre as equipes e manter a organização das escalas de divisão do acolhimento, mantendo assim, sempre uma equipe disposta a atender e resolver o problema do paciente que chega a unidade.
III - PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: IDEIAS CRIATIVAS QUE TRANSFORMAM – ÊNFASE E MELHORIA NO PRÉ-NATAL USF PARQUE DOS COQUEIROS	Tema que encontramos muitas dificuldades e com a menor pontuação na avaliação do PMAC, sendo assim claramente precisaríamos buscar melhorias. Primeiro pontuamos o que seria nosso maior problema dentro desse tema e o que encontramos foi um pré-natal com pouca adesão e menos ainda informação sobre a evolução de gestantes e números dentro da comunidade. A partir daí colocamos metas de busca ativa das ACS nas suas micro áreas e desenvolvemos formas de atendimentos mais dígitos atrativas para as gestantes e suas famílias.	Com a informação completa de quantas gestantes em nossa área e também da evolução delas no pré-natal, melhoramos significativamente a assiduidade nas consultas e a participação ativa das suas famílias.	Manter essa proximidade e também a criatividade de novas atividades dentro das consultas, Manter uma relação de trocas de saberes, experiências e minimizar os medos relacionados ao planejamento familiar e a saúde da mulher fomentando atividades que abrangem desde o início da fase reprodutiva, prevenindo gravidez na adolescência e as indesejadas, como também, manter as reuniões de gestantes, para fazer as pacientes e as famílias a terem curiosidade e interesse em ir as consultas e incentivar o autocuidado. Mantendo assim a assiduidade e conhecimento sobre esse processo lindo e importante que é a gestação em todas as suas fases, desde sua planificação, desenvolvimento e puerpério.

<p>IV – USO DE PSICOTROPICOS, AJUDA OU REGRESSÃO?</p>	<p>Um dos maiores problemas nos dias de hoje relacionados com os psicotrópicos � que se tem a ideia que eles fazem “milagres” e que são os únicos responsáveis pela melhora do paciente com problemas emocionais e psiquiátricos. Partimos do princípio de demonstrar que essa ideia era totalmente errada e que podíamos sim e tínhamos outras ferramentas para melhoria dos quadros. Uma ideia já existente dentro da unidade foi o grupo sentimental e também a ideia de participar intimamente da vida do paciente, tentando buscar assim os motivos pelos quais levaram ele a desenvolver a doença psiquiátrica.</p>	<p>Apesar do receio de não ser muito aceita a ideia de fazer visitas ativas � família e buscar o entendimento, a popula�o teve uma ótima aceita�o e assim conseguimos na maioria das vezes entender e tentar resolver o foco do problema. Com os grupos conseguimos demonstrar que a unidade de saúde e a família são a base forte e o apoio que eles precisam para melhorar, bem como outros profissionais, como psiquiatras e psicólogos. Os resultados foram significativos, o maior deles foi a diminui�o do uso de psicotrópicos em quase 80%.</p>	<p>Continuar com as visitas ativas e aumentando a proximidade e confiança com o as famílias assim como continuar com os grupos de saúde mental. Manter o incentivo à participa�o do grupo sentimental visto que o entendimento que se pode ter autonomia na melhora do humor, da auto estima e das rela�es é a alavanca de sucesso deste processo e de sua continuidade.</p>
<p>V – VACINAR � AMAR.</p>	<p>Conscientes da importância da vacina e de seus benefícios nos preocupamos com novas ideias de algumas pessoas na comunidade de que elas não teriam a devida importância e que por isso não achavam necessário vacinar seus filhos. Frente à essas novas ideias, resolvemos fazer busca ativas na comunidade em parceria claro com as agentes de saúde. As visitas são feitas e � pedido o cartão de vacina de todos os moradores e se for necessário é feito o encaminhamento do paciente para a unidade de saúde.</p>	<p>Mas uma vez os resultados foram excelentes, não podendo deixar de falar claro, do trabalho árduo e cansativo que a busca ativa feita com visitas domiciliares demandam. Porém uma vez mais � provado que essa proximidade melhora tanto o conhecimento das famílias como a confiança entre comunidade e unidade.</p>	<p>Manter busca ativa frequente, acompanhar o DNPM da criança através do grupo CD, acompanhar minuciosamente todos os fatores predisponentes na família e na comunidade que possa interferir neste e identificar precocemente qualquer altera�o, sobre o tema vacinas promover informa�es das campanhas e também promover palestras para que a popula�o tenha conhecimento do papel e da importância das vacinas, garantindo plena adesão � cronologia determinada pelo MS em carteira de vacina�o.</p>
<p>VI – HIPERTENSOS E DIABETICOS EM FOCO</p>	<p>Sem duvida alguma, as doenças crônicas não transmissíveis são as comorbidades que mais afetam a popula�o não apenas da região da unidade como de todo o país. Tendo em uma alta demanda, pensamos em como poderíamos integrar e se fazer presentes � adesão � a�es o maior número possível de pessoas e tivemos a ideia de um grupo. Dentro desse grupo fazemos palestras sobre diversos temas, escolhidos pelos próprios participantes, que os deixam a par de informa�es das próprias doenças, dos medicamentos e também de tudo que envolve, tendo exemplo � alimenta�o e os hábitos de vida.</p>	<p>O interesse e a participa�o da comunidade no grupo nos surpreendeu de forma positiva. Eles estavam la assiduamente e cheios de perguntas e novas ideias para outras reuniões. Assim como a cada encontro com novas informa�es e com menos dúvidas, eles perceberam que conseguem mudar seus hábitos, seguir melhor seu tratamento e alcançam o controle da comorbidade e sem riscos de doenças sobre agregadas. Introduzimos assim o princípio da autonomia sobre a saúde.</p>	<p>Manter o grupo, aumentar o número de temas e manter criatividade em atividades, como nossa ótima que foi o desafio dos 21 dias. Essas atividades envolvem os pacientes e fazem com que a cada reunião um paciente convida outro e assim multiplicamos nossos pacientes e o alcance desejado.</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o ano de 2018 trabalhamos junto com o a equipe da unidade de saúde e também com o orientador sobre diversos temas. Temas esses trabalhados um a um como microintervenção e aplicado na prática na rotina do nosso trabalho com a comunidade. Podemos observar todos as nossas deficiências e nossas maiores fraquezas, não apenas em relação a insumos ou estrutura, mas principalmente em relação a participação e interesse de equipe e comunidade. Observamos também nossos pontos positivos e foi um impulso para buscarmos a melhora e evolução. Ao iniciar o estudo de cada tema e a introdução dele na equipe, compartilhamos em reunião, dividimos opiniões e ideias.

Os temas abordados nas microsintervenções são rotineiros, como gestantes, doenças crônicas, doenças psiquiátricas, crescimento e desenvolvimento da criança dentre outras, o que faz todos pensarem que já dominam o tema e já dominam um atendimento de excelência na unidade e esse pensamento, sem dúvida se tornou um dos maiores problemas encontrados, já que quem acredita que já sabe o suficiente nunca busca melhorias.

Ficou bem claro que com novas ideias e com a agregação da comunidade em todas as fases, conseguimos solucionar e ter uma confiança de mão dupla e que nos fez subir degrau por degrau, rumo ao objetivo. A proximidade com a comunidade nos fez entender que agimos mais como realmente uma medicina preventiva, isso por que a população sabe que tem a unidade de saúde como primeira opção de ajuda, sabe que pode tirar dúvidas e conseguimos abordar os problemas no seu inicio ou antes mesmo de acontecer e assim prevenir. Claramente esse foi apenas um passo diante de tantos que ainda estão por vir e que levam a evolução, alias a evolução nunca deve parar, assim como o conhecimento.

REFERÊNCIAS

1º Encontro de Saúde Mental. Secretaria de Saúde do Paraná – SESA - PR. **Saúde Mental**, Paraná. 2014. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2862>, acessado em 01 de agosto de 2018.

BRASIL, 2015. **Saúde Mental**, FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>. Acessado em: 03 de agosto de 2018.

BRASIL, **Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf acessado em 06 de maio de 2018.

BRASIL, **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Departamento de Atenção Básica – DAB. Brasília: Ministério da saúde, 2015. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php, acessado em 05 de maio de 2018.

BRASIL. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Caderno de Atenção Básica nº 32. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 320 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf, acessado em 18 de julho de 2018.

BRASIL. **Atenção Qualificada e Humanizada - Manual Técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf acessado em 17 de julho de 2018.

GARUZI, M; ACHITTI, M.C.O; SATO C.A; ROCHA S.A, SPAGNUOLO RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**. 2014;35(2):144–9

SANTOS, M. dos; WEINRICH, V. **PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: uma revisão de literatura**. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI. Santa Catarina, 2016. Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Marcilene-dos-Santos.pdf>, acessado em 08 de maio de 2018.

SANTOS, Vanessa Sardinha dos. **"Importância da vacinação"**; *Brasil Escola*, 2016. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/saude-na-escola/importancia-vacinacao.htm>. Acessado em: 17 de agosto de 2018.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; SILVA, Gulnar Azevedo e; MENEZES, Ana Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto; BARRETO, Sandhi Maria;

CHOR, Dora; MENEZES, Paulo Rossi. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** *The Lancet*, [online] 9 May 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/edicoes-2015/is-n-4-out-dez-2015/143-informacao-para-a-saude/edicoes-2011/is-n-3-jul-set-2011/768-doencas-chronicas> Acessado em: 15 de setembro de 2108.

Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), **Calendário único de vacinação do nascimento a terceira idade.** Disponível em <https://abacusliquid.com/tag/calendario-de-vacinacao-2018>. Acessado em 18 de agosto de 2018.

ANEXOS

Anexo I: base para desenvolvimento da Microintervenção V

Questionário para Microintervenção

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

Anexo II - base para desenvolvimento da Microintervenção VI

Questionário para microintervenção

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?	Máximo de 10 dias		Máximo de 10 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		x		
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?		x		
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				x
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		x	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?		x		

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

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	