



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 NA ATENÇÃO BÁSICA VISANDO A
MELHORA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CRISTIANÓPOLIS - SE**

CRIS AYRES BARBOSA DOS SANTOS

NATAL/RN
2018

**MICROINTERVENÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA VISANDO A
MELHORA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CRISTIANÓPOLIS - SE**

CRIS AYRES BARBOSA DOS SANTOS

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

Orientadora: Laianny Krizia Maia Pereira Lopes

Dedico esta, e todas as demais conquistas, aos meus amados pais Acrisio e Rosalina, e ao meu esposo Juvêncio e filhos João Pedro e Gustavo Henrique.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que Ele tem feito na minha vida.

Agradeço à minha família pelo apoio de sempre e agradeço também a minha orientadora Laianny, pelo suporte e orientações no pouco tempo que lhe coube .

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde - APS é a base do Sistema Único de Saúde - SUS. Ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e educação em saúde para população e profissionais garantem uma melhor assistência e também um acréscimo na condição de saúde e qualidade de vida dos indivíduos envolvidos. Os relatos de experiência aqui descritos foram desenvolvidos em 3 Unidades Básicas de Saúde, no município de Cristinápolis - SE. As referidas UBS localiza-se na zona rural, sua população, com prevalência de baixo nível de escolaridade, comumente desconhece doenças e hábitos deletérios de vida, o que acaba determinando uma baixa adesão aos tratamentos preconizados e orientações dadas pela equipe assistencial. Foram realizadas microintervenções na área adscrita às referidas UBS, envolvendo toda a equipe de saúde. Dentre as ações desenvolvidas pode-se citar: palestras, reuniões de equipe, atividades lúdicas com crianças, aulas práticas, dentre outras. Como resultados das intervenções foram formados grupos permanentes de diabéticos e hipertensos, além de uma melhor qualificação profissional e fortalecimento do vínculo entre equipe assistencial e população.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Hábitos de Vida.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
CAPÍTULO I: Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica.....	8
CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	11
CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	13
CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	14
CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	16
CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.....	18
CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	25

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho consta o relato de seis experiências construídos a partir das microintervenções realizadas no território que atuo como médica. Onde esses relatos constam temas pertinentes ao Acolhimento na UBS (Unidade Básica de Saúde), Acolhimento as demandas espontâneas e programadas, Vida sexual reprodutiva, Pré Natal e Puerpério, à Saúde Mental, à Saúde da Criança, as Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Todas as microintervenções foram realizadas em povoados da zona rural do município de Cristinápolis no estado de Sergipe. Alguns povoados são bem distantes uns dos outros, alguns tem UBS, outros o atendimentos é feito em escolas municipais. As pessoas do território são acolhedoras, respeitadoras, sempre atentas ao aprendizado. Identifiquei-me na APS, parece que já nasci médica de Saúde da Família. Sou de Rondônia, onde consegui entrar no Mais Médico por um milagre, pois a classificação no ciclo que participei era a naturalidade, então quase impossível uma pessoa do norte ser locada no nordeste, mas aqui estou eu, com muita motivação para os desafios dessa profissão aprendizado foi muito importante. Foi constante a busca do conhecimento e verificar a necessidade em cada micro área através das microintervenções, onde tem o objetivo de contribuir de um modo direto para o aumento do conhecimento da população e dos profissionais de saúde. Com as microintervenções foi possível diminuir falhas no processo de acolhimento, e continuidade de acompanhamento de cada caso dos usuários, dividir em grupos para melhor atender a comunidade, aumentar o vínculo profissional da saúde e usuário.

Você está convidado a ler cada microintervenção, suas dificuldades para ser realizada, e após as realizações, muitas vezes percebemos o sucesso do projeto sabendo que virá muitos mais. Muitas vezes tivemos tantos obstáculos que nos bloqueou no caminho, mas, contudo há uma necessidade de nos reinventarmos a cada dia para a melhoria da qualidade de vida de uma população.

CAPÍTULO I: Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica

A equipe não utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica, onde deverá incluir no rol de oferta da ESF, capacitação em saúde acerca da utilização das plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, ampliando assim as práticas integrativas e complementares na abordagem clínica. Essas práticas são importantes e tem melhoria na saúde e qualidade de vida dos usuários, muitos profissionais da saúde e a população por desconhecer os reais benefícios dessas práticas, não adotam de forma rotineira esses serviços, na prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, por isso há uma necessidade de conhecimento das práticas integrativas e complementares.

Então foi iniciado uma palestra com a equipe para capacitação sobre a Políticas Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, onde foi explicado essas práticas, e esclarecido que elas já são realizadas em vários municípios e estados, com boa adesão e que são utilizadas a medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, a fitoterapia, a medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia.

Foi explicado sobre cada uma delas, onde a medicina tradicional chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral originado há milhares de anos na China. Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. A OMS recomenda a acupuntura aos seus estados-membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais.

A Homeopatia sistema médico complexo de caráter holístico, é baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. A implementação da homeopatia no SUS representa importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que: Recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde; Fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo; Atua em diversas situações clínicas do adoecimento, por exemplo, nas doenças crônicas não transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; Contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a farmacodependência.

As plantas medicinais e fitoterapia, onde a fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O Termalismo Social e Crenoterapia onde consiste no uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

A Medicina Antroposófica apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da Medicina Antroposófica como instrumentos para ampliação da clínica. Entre os recursos que acompanham a abordagem

médica, destacasse o uso de medicamentos baseados na homeopatia, fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica.

Todas essas práticas foram realizadas experiências comprobatórias da eficácia de cada uma delas na promoção da Saúde.

Após a palestra a equipe se mostrou entusiasmada com o novo conhecimento e com a necessidade da divulgação dessas práticas para os usuários, onde decidimos realizar palestras educativas em cada povoado para informação sobre as práticas integrativas e complementares, e que elas já são utilizadas pelo SUS.

A dificuldade sempre será em retirar a cultura da medicalização da população, pois em sua maioria, principalmente os idosos tem polifarmácia em casa, mas gradativamente é necessário reverter essa conduta.

A equipe se mostrou envolvida no processo de informação e conscientização, onde afirmaram o impulso de participar ativamente de um processo capaz de mostrar que são possíveis outras formas de aprender, praticar e cuidar da saúde, de si e dos outros. E que se aprimore a divulgação e apoio pelos profissionais de saúde para darmos sempre continuidade a essas práticas, pois a medicina complementar além de promover a redução dos custos, têm se mostrado eficaz na promoção da saúde, contribuindo para evitar que a doença se instale e que suas consequências sejam muito graves

CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

O acolhimento norteando as práticas da equipe

As relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários nos atos de receber e escutar as pessoas é onde se dá o acolhimento. Uma prática que muitas vezes não sai da teoria do papel, fica somente em discursos, mas é necessário a prática diária no acolhimento dos usuários da Atenção Básica de Saúde.

Os componentes das equipes de Saúde da Família muitas vezes não oferecem um serviço de acolhimento em demanda espontânea por falta de conhecimento, muitas vezes praticam o que visualizam em outras equipes ou em outras pessoas. Eles têm o conceito que os profissionais de saúde têm a definição da necessidade de saúde para os usuários. Sendo que nem sempre esse olhar técnico-profissional é o que vai determinar essa necessidade. Com base nisso, sinto a necessidade do aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento.

O acolhimento realizado de maneira correta fortalece o vínculo dos usuários com a Equipe de Saúde da Família, pois no momento de fragilidade, desproteção, ameaça, muitas vezes eles procuram a unidade de Atenção Básica pelo vínculo que possuem com os profissionais em que eles confiam. O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento.

Os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar alguma exacerbação em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se a legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização.

A realização do aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento terá o objetivo de melhorar o fluxograma da Unidade da Atenção Básica, pois os profissionais da saúde avaliarão através de escuta os usuários e estabelecerão condutas de imediato, mediato e tardia, facilitando a organização e andamento do trabalho na Unidade de Saúde.

Então sabendo da importância e necessidade de implantar um bom acolhimento nos reunimos para promover o aperfeiçoamento da equipe em conhecimento para implantar o acolhimento. Onde no primeiro momento não foi bem aceito pela equipe devido a maioria

já esta trabalhando nessa equipe a muitos anos, e que "isso"(acolhimento) não daria certo porque as pessoas já estavam acostumadas as práticas já realizadas. Mas foi realizado uma palestra iniciada por eu, médica das equipe onde foi falado sobre o que é acolhimento, o porque de acolher a demanda espontânea na Atenção Básica e o quanto temos dificuldades na prática de realizarmos esse tipo de acolhimento. Foi comentado sobre o fluxograma que daria a agilidade do trabalho e haveria organização. Foi abordado sobre os modelos de acolhimento que são:pela equipe de referência do usuário, acolhimento do dia, acolhimento misto e o coletivo. Vários agentes não sabiam que tinha vários tipos de acolhimento. Foi comentado sobre a importância da avaliação de risco e vulnerabilidade, nisso entra a equidade, é necessário tratar todos iguais, e cada um de acordo com suas necessidades evitando diferenciações injustas e negativas.

Que deverá ter agendas de atendimento individual, que seria agenda programada para grupos específicos, agenda de atendimentos agudos, agenda de retorno/reavaliação onde haverá um acompanhamento melhor por parte da equipe dos usuários. Que deve se considerar a necessidade da equipe definir indicadores que serão utilizados nos processos de autoavaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas.

Após a palestra sobre Acolhimento, podemos perceber que muitos de nós sabíamos pouco sobre Acolhimento e a importância na rotina e agilidade do trabalho na Atenção Básica de Saúde, e que as dificuldades na implantação serão muitas, principalmente com a população, apesar que eles podem nos surpreender.

A dificuldade maior é a conscientização nossa e dos usuários, de que existe o acolhimento e que essa fase no atendimento é primordial para melhorar a qualidade de vida par os usuários, porque depois que realmente utilizarmos da flexibilidade, modelos, avaliação de riscos, veremos como isso vai facilitar o acesso dos usuários a Unidade Básica de Saúde, saberemos o que acontece com cada paciente e os acompanhamentos necessários.

Realizaremos palestras em cada povoado que trabalhamos que são sete povoados, orientando sobre as mudanças e importância no Acolhimento, estamos confiantes que será aceito e utilizado pelos usuários e equipe as novas mudanças a esse acesso.

CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

A equipe se reuniu para analisarmos e discutirmos as questões levantadas, se estamos realizando as atividades, e prevenção adequadamente e vimos que o que mais temos deixado a desejar é a orientação reprodutiva para grupos e cuidados nutricionais e estímulos de hábitos saudáveis para gestante.

Resolvemos intervir na orientação de cuidados nutricionais e estimular hábitos saudáveis na gestação, para isso chamamos a nutricionista e a Fisioterapeuta do NASF, para orientar através de palestras, dinâmicas, demonstrações práticas de alimentação e exercícios físicos, possíveis a serem realizados na gestação, .

Tivemos dificuldades em reunir todas as gestantes devido trabalharmos em zona rural, e alguns povoados são distantes, a questão da logística dificulta quando queremos realizar um grupo que alcance todas a área, pudemos perceber que é praticamente impossível pois dependemos de transporte e apoio.

Durante a palestra da nutricionista ela fez de forma dinâmica através de plaquinhas verde(verdade) e vermelha(mito) onde fazia perguntas e as usuárias respondiam através de plaquinhas se era mito ou verdade foi muito prazeroso e participativo. Depois a fisioterapeuta explicou sobre a atividade física na gestação, quando fazer e qual atividade física, demonstrou juntamente com algumas gestantes os exercícios que devem realizar dependendo da idade gestacional, a aceitação foi unânime.

Percebemos a necessidade de abraçarmos esse grupo, pois esse é um momento de fragilidade emocional e que merece cuidados de todos. Então resolvemos colocar no nosso calendário da equipe que a cada 9 meses realizaríamos intervenções para o grupo de gestantes através de palestras e outras atividades na área da nutrição, atividades física, motivacional, psicológica.

E percebi que é necessário um melhor desempenho e preparação da equipe no acolhimento das gestantes no pré-natal e puerpério, então resolvi realizar treinamento para a equipe sobre esse tema.

CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Esta sendo dada a devida importância a Saúde Mental, antes negligenciada, hoje já se tem outra visão tanto dos profissionais de Saúde, como da população, que é necessário o acesso fácil e rápido, e uma atenção melhor e de continuidade de cuidados a essas pessoas, e isso envolve a humanidade tanto dos profissionais da Saúde como também dos familiares e de cuidadores que querem se veem livres do "problema" e não dão a necessária atenção evitando assim exames muitas vezes desnecessários e encaminhamentos errados.

A equipe na qual atuo, tem a existência de um prontuário de registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos, mas não possuem registro dos números dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico. Em reunião com a equipe para falarmos sobre essa microintervenção e elaborar a planilha, alguns agentes de saúde relataram que não há acompanhamento desses usuários e que quando são encaminhados ao CAPS não retornam com a contra referência. Explico para eles o que é sofrimento psíquico e que muitas vezes os profissionais de saúde transferem os usuários para os familiares sem nenhum acompanhamento, orientações e suporte para a família, porque espera-se o resgate ou estabelecimento da cidadania do usuário.

A equipe não possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, onde há vários usuários em alguns povoados, mas não aceitam que necessitam de ajuda, não acessam as Unidades de Saúde e nem são acompanhados por ela.

Percebemos que somos falhos com nossos registros e orientações aos usuários de Saúde Mental, o que temos de registro é muito pouco diante da importância e da necessidade do cuidado e acompanhamento desses usuários. Então elaboramos uma planilha mais adequada a avaliação do PMAQ e onde também isso irá melhorar o acompanhamentos dos nossos usuários. Algo que não existia que era o registro dos usuários de álcool, crack, e demais drogas, onde temos em alguns povoados vários jovens que utilizam dessas drogas.

A rede de saúde mental do município que atuo está organizada da seguinte forma: O usuário ou familiares do mesmo, que necessita de um atendimento médico, solicita ao agente de saúde e esse agenda a consulta ou por meio de visita domiciliar onde o agente de saúde em conversa com o usuário e família orienta a procurar uma orientação médica e

agente uma consulta com o médico da área, esse é consultado pelo médico onde é realizado o acolhimento onde se cria o vínculo com o usuário e família, depois é consultado pela médica da área onde é realizado a Anamnese, perguntas que poderão contribuir para um possível diagnóstico para poder encaminhar. O encaminhamento normalmente é feito ao CAPS, algumas vezes necessitando de acompanhamento pelo NASF, não se utiliza de ficha de referencia/ contra referencia, as vezes ficamos sabendo o que aconteceu com o paciente por meio do agente de saúde que faz busca ativa. Em reuniões com as equipes de ESF do município foi determinado que será utilizado por todos o documento de referência/contra referência, estamos aguardando na prática a utilização, pois reforço que muitas vezes nos perdemos e não podemos acompanhar nossos usuários, onde as vezes pela importância do caso solicito visita domiciliar ou que o agente de saúde traga o usuário a Unidade de Saúde, para esclarecimento, anotações em prontuário, orientações. E isso acontece do mesmo modo com o NASF.

Realizei uma consulta em um dos povoados com uma paciente que faz uso de antidepressivos e antipsicótico, relata que é muito ansiosa, nervosa, tem 2 filhos onde um deles frequenta o CAPS, pois é alcoólatra, veio para mudança de dose dos medicamentos e que quando utiliza do antipsicótico tem mal estar, se encontra chorosa, pois relata que não quer fazer uso dos medicamentos porque muitas vezes nem dinheiro para comprar os medicamentos não tem, mas necessita trabalhar e fica muito nervosa em vê a situação em que vive, e que o esposo pouco ajuda porque tem problemas de dor lombar, encaminho a paciente ao CAPS para avaliação por psiquiatra e acompanhamento pelo CAPS devido os conflitos familiares que tem a torna mais nervosa e ansiosa.

Ao trabalhar na área rural encontro a dificuldade de formar a rede de apoio, porque muitas vezes uma palestra de orientação pela equipe multidisciplinar aos usuários é difícil a realização por não ter transporte e isso dificulta realização de grupos e acompanhamento mais específico.

Mas me deu esperança que na ultima reunião das ESFs do município, o coordenador do NASF declarou que irá ser feito o matriciamento individual ou seja cada profissional do NASF ou CAPS irá fazer seu matriciamento individual com cada equipe.

CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

A Atenção Básica tem uma das prioridades a Atenção a Saúde de Criança, a partir do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, por meio da puericultura realizada pelos profissionais de Saúde, médicos e enfermeiro.

A equipe se reuniu no povoado do Assentamento São Francisco na Unidade Básica de Saúde para responder as questões sobre Atenção a Saúde da Criança, onde não houve nenhuma dificuldade para responder, mas verificamos algumas questões onde a resposta foi não e vimos que é necessário realizar algo sobre o assunto referente, como: Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade? Não há. Então foi algo que procuramos fazer e verificamos o quanto passamos a conhecer mais nossos usuários, a ficha espelho nos faz aproximar dos pacientes e conhecê-los melhor, pois após responder algumas questões podemos perceber o porque de alguns sintomas ou sinais que o paciente tem e com isso fazer uma conduta correta.

A Atenção a Saúde da Criança em nossa unidade é realizada inicialmente em visitas domiciliares as puérperas onde ali, enfermeiro e/ou médico realizamos exame físico e orientamos as puérperas quanto a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, as vantagens do aleitamento materno exclusivo quanto as infecções respiratórias, dermatológicas, nutrição, as vantagens não somente para os recém nascido, mas para a mãe, como: involução uterina mais rápida, diminuição de Câncer de Mama e Ovário, orientações sobre vacinação, sobre as consultas de rotina, que são realizadas no primeiro ano de vida, na primeira semana, primeiro mês, segundo mês, quarto mês, sexto mês, nono mês e décimo segundo mês, além de duas consultas no segundo ano de vida, no décimo oitavo mês e vigésimo quarto mês, e a partir do segundo ano de vida consultas anuais próximas ao mês do aniversário., falamos sobre a importância da leitura da caderneta da Saúde da Criança. Realizamos também o teste do pezinho nessa consulta.

Nas consultas médicas ou com o enfermeiro as genitoras são orientadas quanto a suplementação de ferro onde a criança deve tomar de 6 meses a 24 meses como forma de evitar Anemia e como forma profilática de 6 meses a 2 anos de vida e a vitamina A de 6 a 59 meses devem ser suplementadas e que essas vitaminas são ofertadas gratuitamente pelo SUS e diminui o risco de diarreia e infecções respiratória e ajuda no desenvolvimento do crescimento da criança.

As consultas de rotina infelizmente tem pouca demanda, nos primeiros meses ainda existe algumas consultas mas com o passar dos meses isso já não existe mais, e somente irão procurar a Unidade de Saúde em momento de alguma doença, ou sinais e sintomas da criança.

Na área em que atuamos não realizamos ainda nenhuma atividade exitosa na Atenção a Saúde da Criança, decidimos em equipe realizar uma palestra sobre higienização pessoal e lavagem das mãos, pois temos muitos casos rotineiros de infecções fúngicas, parasitárias, bacterianas e viral, onde a simples atitude de lavar as mãos diminuiria 70% dessas infecções, então decidimos fazer na escola do povoado Colônia, onde foi feito de forma lúdica a importância de lavar as mãos e o que isso afetaria em nosso corpo se esse gesto simples não for feito. Primeiro iniciei falando sobre a importância das mãos para nós e o quanto elas devem ser bem cuidada não só as mãos, mas todo o nosso corpo, foi falado em que momentos deve ser lavado as mãos e as doenças que podemos ter se isso não for feito. Cantamos músicas para memorizar a importância da lavagem das mãos. Depois ensinamos as crianças a lavar de forma correta as mãos, com isso as crianças tiveram mais facilidade de entender e poderem transmitir facilmente essa informação a seus familiares.

Foi exitosa a experiência para a equipe e saímos animados com a aceitação por parte das crianças porque esse era o nosso objetivo, e com isso a equipe decidiu realizar a mesma ação nas demais microáreas, percebemos que a forma lúdica fez com que eles memorizassem melhor a orientação, sendo sempre uma prevenção.

CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

A atenção à Saúde dos usuários que vivem com doenças crônicas não transmissíveis em nossa área é realizada, através do acolhimento desses nas unidades de Saúde que existem nos povoados, tanto para acompanhamento dos já existentes, como também a usuários que muitas vezes não sabem que estão com alguma doença crônica não transmissíveis.

E, também, feita essa atuação através de visitas domiciliares pelos ACS onde acompanham o estado geral do paciente e orientam quando a toma de medicamentos, e orientações gerais, em reuniões da equipe sempre orientamos e relembramos aos ACS sobre a importância do acompanhamento aos pacientes e que são considerados mais graves onde muitas vezes o tratamento atual deve ser acompanhado para possível alteração deve ser mais contínuo as visitas. Com isso percebemos a necessidade de fazer o registro de usuários de diabetes/HTA com maior risco/gravidade.

Os usuários com doença crônica não transmissíveis são acolhidos na Unidade Básica de Saúde pelo Enfermeiro e esse através da pré consulta encaminha para consulta com médico/enfermeiro onde após a consulta esse poderá ser acompanhado mais continuamente por instabilidade do quadro clínico ou a períodos mais longos se estiver estável com o tratamento atual.

Na área que trabalho em uma das reuniões de equipe um dos agentes de saúde solicitou uma palestra para pacientes hipertensos e diabéticos para orientação a esses usuários sobre a toma adequada de medicamentos pois em uma visita domiciliar percebeu que a usuária estava tomando medicamento de maneira incorreta, por ter dificuldade na visão devido sua idade avançada estava confundindo os medicamentos existentes. Com essa fala da agente de saúde, vi a necessidade de orientação em grupo pois tenho feito sempre nas consultas quando percebo essa atitude. Então com isso marcamos uma palestra para os portadores de HTA/DM no povoado Assentamento São Francisco. Onde foi realizado a palestra por mim, médica da equipe começando explicando sobre o que é hipertensão, tabela para diagnóstico, sintomas e tratamento. Realizamos uma dinâmica mito ou verdade para que os pacientes participassem de maneira ativa na conversa, onde as perguntas estavam relacionado a dúvidas cotidianas de principalmente de quem convive com as duas doenças, como: posso ter uma doença descontrolada e a outra não? devo largar vícios como cigarro e álcool? como tomar medicamentos corretamente? nessa

pergunta falamos sobre algumas interações medicamentosas que elevam ou diminuem a hipertensão ou glicemia, principalmente xaropes para diabéticos, onde devem em qualquer dúvida procurar os profissionais de saúde. Falamos sobre o cuidado com a polifarmácia e a importância dos hábitos saudáveis.

Foi apresentado um modelo de carteirinha para identificação dos medicamentos onde a identifica a micro área, nome do paciente, e os medicamentos que são tomados, o horário e o ponto melhor a identificação por cores de cada medicamento na nossa área, foi bem aceito pelos usuários, tentamos contato com a coordenadora do psf para solicitarmos a confecção dos cartões de identificação de medicamentos, mas não obtivemos resposta, mas estamos esperançosos para aceitação por parte da gestão também.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade	<p>Diagnóstico: Despreparo da equipe para realizar práticas integrativas e complementares</p> <p>Problema: Ausência de práticas integrativas e complementares na UBS</p> <p>Intervenção: capacitar a equipe ESF, através de palestra acerca da utilização das plantas medicinais e fitoterapia.</p>	<p>Realizamos algumas palestras sobre o tema, algumas pessoas relataram aos agentes de Saúde que fazem remédios caseiros, chás por orientações dada na palestra que teve sobre plantas medicinais. Os outros métodos são mais difíceis de serem utilizados por falta do profissional como a Acumputura.</p>	<p>Realização de uma Horta Comunitária no terreno anexo às três UBS da área.</p> <p>Serão realizadas palestras mensais sobre a temática, de forma contínua.</p> <p>Serão ofertadas ações educativas com profissionais como Fitoterapeuta e Acupunturista para estimular esses hábitos.</p> <p>Avaliação: Análise da adesão aos eventos educativos (Listas de Presença) e Participação da Comunidade na Horta.</p>
Acolhimento à Demanda espontânea e Programada	<p>Diagnóstico: Despreparo da equipe para acolhimento adequado à demanda espontânea.</p> <p>Problema: falha no Acolhimento devido a falta muitas vezes de conhecimento dos profissionais de Saúde.</p> <p>Intervenção: Realizamos palestras de capacitação para a ESF e também passamos essas informações a Comunidade antes de cada atendimento médico para adequação da área, tanto para os Profissionais de Saúde quanto para a população.</p>	<p>A proposta da conscientização através de palestras é aceitável, mas isso tem que ser contínuo e muitas vezes devido a rotina diária da agenda acabamos muitas vezes nos omitindo da continuação das mesmas. É necessário a continuidade com as palestras pois sempre há usuários novos. O entendimento do que é acolhimento e a tomada de decisão sobre a escala de prioridade tem melhorado e o fortalecimento do vínculo no momento da escuta no acolhimento tem aumentado.</p>	<p>Para o próximo ano estabelecemos orientações uma vez por mês em cada povoado de forma rápida e objetiva antes dos atendimentos sobre acolhimento, já realizar a classificação do risco e prioridades.</p> <p>Avaliação: Análise da adesão aos eventos educativos (Listas de Presença) e resolutividade no acolhimento e triagem (análise da acessibilidade e acolhimento a partir dos relatos dos pacientes).</p>
Planejamento Reprodutivo, Pré Natal e Puerpério	<p>Diagnóstico: Ausência de ações educativas sobre pré-natal e puerpério.</p> <p>Problema: Falta de conhecimento sobre orientação reprodutiva.</p> <p>Intervenção: Resolvemos reunir as gestantes da área dos</p>	<p>A dificuldade maior é da logística, é quase impossível juntar todas as gestantes da área em um só local e também por dificuldade em ter o transporte para trazê-las para as reuniões, vimos também que reuniões a cada 9 meses não iria trazer efeitos para aquelas</p>	<p>Realizar palestras multidisciplinares com as gestantes mensalmente onde será abordado temas como importância da vacinação no pré-natal, estado nutricional na gestação, amamentação com aulas práticas e vários outros temas condizentes a essa fase da mulher.</p>

	<p>oito povoados em que a ESF 3 atua e foi ministrado palestra para as gestantes pela nutricionista e fisioterapeuta do NASF.</p> <p>Criação do grupo de gestantes na área.</p>	<p>gestantes, tinha que ser mensal e decidimos realizar palestras no Acolhimento para as gestantes em cada povoado, alguns tem duas outros quatro, mais foi a melhor maneira que encontramos de fazer algo contínuo.</p>	<p>Avaliação: Análise da adesão aos eventos educativos (Listas de Presença)</p>
<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Problema: Ausência de registro dos números dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, e acompanhamento deficiente aos pacientes, falhas na contrarreferência do CAPS.</p> <p>Intervenção: Elaboração de planilha mais adequada a avaliação do PMAQ e onde também isso irá melhorar o acompanhamentos dos nossos usuários. Algo que não existia que era o registro dos usuários de álcool, crack, e demais drogas.</p>	<p>A intenção era elaborar as planilhas para fazer o acompanhamento dos pacientes e esta sendo feito esse acompanhamento, começamos a definir com a equipe que todo paciente a cada 7 meses deverá ser reavaliado por consulta médica, pois a maioria dos pacientes somente renovam receitas e em muitos prontuários os pacientes não tem nem o diagnóstico. Com essas reavaliações teremos diagnósticos que não estavam definidos, doses corretas pois na consulta em conversa com o paciente muitas vezes percebemos que a dose não está adequada e se caso for necessário encaminhamos ao psiquiatra para avaliação e conduta.</p>	<p>Em reunião com a equipe decidimos elaborar uma carteira de medicamentos onde constará os medicamentos, nome do paciente, dispensador, retorno da próxima data, quantos medicamentos dispensou, pois tem ocorrido alguns casos de pacientes que muitas vezes por condições financeiras ou porque a farmácia não liberou os medicamentos, as vezes prescrevemos 60 comprimidos e a farmácia dispensa 30 comprimidos e o paciente vem para renovação de receitas antes do tempo indicado no prontuário, com a carteira, saberemos quanto realmente foi dispensado de medicamentos na farmácia.</p> <p>Avaliação: Análise da cobertura do cadastro dos pacientes e verificação das anotações na carteira de medicamentos.</p>
<p>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</p>	<p>Problema: Ausência de Fichas espelho na UBS e ausência de ações educativas em Atenção a Saúde da Criança.</p> <p>Intervenção: palestra lúdica sobre higienização pessoal e lavagem das mãos, na escola do povoado Colônia.</p>	<p>Não realizamos outras palestras, começamos a montar a Semana de Saúde da Criança em Outubro, mas por nossa área ser na zona rural, pelo problema de transporte, ficou inviável nosso projeto, almejando o apoio da gestão.</p>	<p>Em reunião com a equipe decidimos realizar um cronograma de palestras pertinentes a Saúde da criança como: Saúde Bucal, Puericultura, Obesidade Infantil, Depressão Infantil, etc.</p> <p>Avaliação: Análise das ações educativas realizadas e adesão aos eventos educativos (Listas de Presença)</p>
<p>Controle da Doenças Crônicas Não Transmissíveis</p>	<p>Diagnóstico: Baixo nível de escolaridade e baixa acuidade visual pelos idosos adscritos.</p>	<p>Temos nos reunidos mensalmente em uma das microáreas na UBS Josefa da Conceição, onde em cada</p>	<p>É um projeto piloto onde queremos ampliar para as outras microáreas e as outras equipes. Esse processo</p>

<p>na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Problema: Baixa adesão ao tratamento por idosos portadores de DCNT na ESF Josefa da Conceição.</p> <p>Intervenção: A equipe de ESF promoveu aos pacientes e cuidadores com dificuldades visuais ou de compreensão, palestras a fim de esclarecer verdades e mitos sobre DCNT e a importância da adesão correta do tratamento. Foram distribuídas carteirinhas para identificação dos medicamentos em uso, que são separados por horários e cores. Criação de um grupo de pacientes hipertensos e diabéticos juntamente com seus cuidadores, visando melhor assistência.</p>	<p>reunião vem um profissional onde ali é realizado palestras educativas para promoção da Saúde. Tivemos duas palestras com a nutricionistas onde nosso objetivo tem sido tentar alcançar metas com eles para reeducação alimentar, perda de peso, e principalmente ajudar eles sobre os nutrientes de várias verduras, legumes que eles tem em casa e não sabem o quanto fazem bem</p>	<p>contínuo é benéfico para o paciente, pois é gradativo as informações e como é em poucas pessoas isso faz com que assimilem mais e percebam o quanto devem mudar suas atitudes para terem qualidade de vida.</p> <p>Avaliação: Análise da implantação dos grupos nas outras microáreas, e adesão da comunidade.</p>
---	--	---	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que após essas microintervenções o aprendizado que tivemos através dos acertos e erros e o quanto muitas vezes somos falhos e por causa da rotina acabamos não dando atenção a algo que mudaria a qualidade de vida, auto ajuda de uma pessoa, como no caso da sensibilidade que tivemos para ensinar através de cores na carteira de identificação de medicamentos, os horários com desenhos para facilitar a memorização e associação com o medicamento, tudo isso nos faz perceber o quanto os detalhes mudam a vida de uma pessoa.

Acredito em cada microintervenção realizada, creio que se tivermos uma equipe unida iremos alcançar nossos objetivos de forma positiva, diminuir o agravamento de doenças, ter uma comunidade mais informada, que diminua solicitações de exames invasivos sem necessidades, que adere mais a hábitos saudáveis, que propague saúde.

O desafio maior é que todos tenham o mesmo desejo e visão do bem comum, do amor ao próximo, porque me deparei com agentes de saúde que trabalham há mais de 7 anos (e fazem questão de falarem isso), e estão na mesma rotina, sem motivação para melhoria do seu trabalho para traçar metas, então o que vemos são profissionais de saúde que necessitam ser valorizados, fazendo isso consequentemente alcançaremos nossos objetivos com a população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em 12 set. 2018.

ANEXOS





RECEITA: _____ PRESCRITOR: _____
 DISPENSAÇÃO: _____ DISPENSADOR: _____

JEJUM

CAFÉ DA MANHA 08:00



COR	QUANT	MEDICAMENTO
	01	Losartana 50mg

IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PARA IDOSOS



EQUIPE 3

MICROÁREA:
 Pov. Assentamento São Francisco

MÉDICA: Dra. Cris Ayres
 Enf^o Giliard
 Téc. Enf. Ita

ACS Nildes

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
 Josefa da Conceição





