



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: FERRAMENTAS IMPORTANTES PARA
MELHORAR O TRABALHO DAS ESF DA POLICLÍNICA ALBERTO
LIMA MUNICÍPIO SANTANA.**

ARIESEL REYES ACEDO

NATAL/RN
2018

ARIESEL REYES ACEDO

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: Cleyton Cezar Souto Silva.

Dedico este trabalho a minha rainha
que é minha mãe.

A meu príncipe que é meu filho
Christopher.

A toda minha família e meus amigos
brasileiros que estiveram sempre me
apoiando cada dia nesta terra
maravilhosa que é o Brasil.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao meu professor orientador Cleyton Cezar Souto Silva pelo empenho e dedicação neste curso de especialização em saúde da família.

Agradeço a todos meus amigos e familiares que estando longe estiveram presentes em cada um dos dias.

Agradeço a grande equipe de trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela possibilidade de proporcionar essa formação.

A todos muito Obrigado.

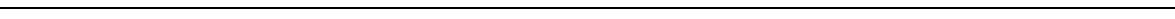
RESUMO

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas fundamentalmente na Atenção Primária à Saúde que é considerada a base do Sistema de Saúde. O presente trabalho teve como objetivo fundamental traçar linhas de trabalho em busca de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário do SUS tendo como base a introdução de novos métodos de trabalho desenvolvidos em equipe, chamadas microintervenções que foram executadas para a comunidade como: Microintervenção educativa para desenvolver a identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama com base na estratificação de risco em mulheres em idade fértil, Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento, Experiências no planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, Abordagem da saúde Mental na Atenção Primária, Atenção à Saúde da Criança, Impacto do controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Os principais resultados encontrados foram: melhora na qualidade no atendimento por parte da equipe de saúde, aumento dos índices de controle nas doenças crônicas não transmissíveis, melhoras na assistência a consultas programadas, aumento do nível de satisfação da população com os serviços oferecidos pela unidade de saúde. Finalmente foi traçado um plano de continuidade para garantir a correta execução das atividades desenhadas anteriormente.

Palavras chaves: Estratégia saúde da família, Microintervenção educativa.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
CAPÍTULO 1	03
CAPÍTULO 2	08
CAPÍTULO 3	11
CAPÍTULO 4	15
CAPÍTULO 5	19
CAPÍTULO 6	23
CAPÍTULO 7	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	37
ANEXOS	48



APRESENTAÇÃO

Nosso trabalho teve como cenário central seis relatos de experiência, a partir dos quais foram construídos microintervenções educativas destinadas a melhorar a qualidade de vida da população realizadas no território de abrangência da equipe 024 da Policlínica Alberto Lima do município de Santana, estado Amapá.

O município de Santana é considerado o segundo mais grande do estado sua população estimada em 2017 era de 115 471 habitantes, sendo o segundo mais populoso do estado, e a área é de 1 541,224 km². Conta com várias instituições de saúde dentro delas a policlínica Alberto Lima que oferece serviços de várias especialidades médicas como ortopedia, neurologia, oftalmologia, pediatria, serviços de pequena cirurgia, psicologia, nutricionista, além de ter 5 equipes da ESF e 2 de NASF. A policlínica conta com serviços de vacinação e odontologia.

Nossa equipe de trabalho está composta por uma enfermeira, uma odontóloga, uma técnica em enfermagem e 8 ACS (agente comunitária de saúde), e eu que sou médico especialista em saúde familiar e cheguei no ano 2016 no Brasil pelo programa Mais Médicos para dar assistência médica na população brasileira.

Nosso território de abrangência conta com uma população de aproximadamente 4007 habitantes onde damos cobertura de assistência médica ao 100 por cento da população em consultas médicas, visitas domiciliares, ações de saúde nas escolas, dentre outras.

Considero que o trabalho como médico dentro da atenção primária é muito importante porque é de fato o primeiro contato médico-paciente dando resolutividade a uma grande quantidade de problemas de saúde.

Durante o curso deste trabalho foram feitas seis microintervenções em temas de saúde importantes como Observação na Unidade de Saúde, Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento e Controle das Doenças

Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde e um último capítulo conformado por um plano de continuidade.

Aproveitando o trabalho em equipe se traçaram planos de ação baseados nos principais problemas encontrados na comunidade com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde da população brasileira fundamentalmente nas áreas de risco.

Para finalizar convido vocês para a leitura do meu trabalho de conclusão da especialização em Saúde da Família, que levarão vocês a conhecer o trabalho em equipe e a aplicação de microintervenções para desenvolver em qualquer comunidade do Brasil.

CAPÍTULO I: Microintervenção educativa para desenvolver a identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama com base na estratificação de risco em mulheres em idade fértil em Santana AP.

O câncer é considerado um grave problema de Saúde Pública mundial (BRASIL, 2004). No Brasil, essa patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres, em faixas etárias cada vez mais baixas, e com taxa de mortalidade também crescente (SCLOWITZ, 2005). Em 2008, a estimativa para novos casos de câncer de colo uterino foi de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres, e o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2008 era de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2004).

As neoplasias, atualmente, constituem a segunda causa de morte em mulheres brasileiras, sendo que o câncer de mama ocupa o primeiro lugar, seguido do câncer de pulmão, cólon e reto, e colo uterino (RABI, 2008). Esse perfil é semelhante ao de países desenvolvidos, exceto com relação ao câncer de colo uterino, para o qual o Brasil ainda apresenta índices elevados, como nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013). Por isso, novas práticas visando o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer da mama são urgentemente necessárias (RABI, 2008).

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, quando esses se fizerem necessários (BRASIL, 2013).

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce

com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2013).

A prevenção dos agravos à saúde pode ser primária ou secundária. O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar fatores de risco, enquanto na prevenção secundária enquadram-se o diagnóstico e tratamento precoce do câncer (ROBERTO, 2007). No diagnóstico precoce do câncer de mama insere-se a mamografia e o exame clínico das mamas, enquanto a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame citopatológico do colo uterino (HACKENHAAR, 2006). Contudo, é importante salientar que o diagnóstico precoce do câncer de mama está ligado ao acesso à informação para as mulheres, conscientizando-as sobre a realização do auto-exame das mamas, do exame clínico e da mamografia (BRASIL, 2004).

As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer (BRASIL, 2013).

Esta Microintervenção educativa tinha como objetivo desenvolver a identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama com base na estratificação de risco de nossa população, Bora conhecer!

Primeiramente fizemos uma reunião com toda a equipe utilizando o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) onde avaliamos um conjunto de padrões de qualidade dando uma pontuação a cada um deles em uma escala de 0 até 10 sendo (0-2 muito insatisfatório, 3-5 insatisfatório, 6 e 7 regular, 8 e 9 satisfatório, 10 muito satisfatório) (BRASIL, 2016). Muitos foram os padrões que ficaram na escala 3-5 insatisfatórios, o padrão que equipe considero de maior importância foi: A ESF não desenvolve a

identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama, porém a equipe ESF realiza a busca ativa de tal situação.

Neste sentido realizou-se uma reflexão e discussão sobre o papel que desempenha cada um dos integrantes da equipe na busca ativa dos casos de maior risco dentro das mulheres em idade fértil e as ações que possam reverter essa situação e as possibilidades de mudanças na estratégia do trabalho. A equipe em conjunto fez primeiro o levantamento e registro de todos os pacientes com risco de câncer de colo uterino e mama de nossa área, tendo os ACS o papel primordial, pois eles ficaram responsáveis de pesquisar os pacientes nas visitas casa a casa, assim como os pacientes que foram registrados nas consultas do médico e enfermeira.

A Microintervenção envolveu toda a população com risco de câncer de colo uterino e de mama do equipe 024 da Policlínica Alberto Lima, município Santana, Amapá. A equipe envolvida foi composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde.

Já confeccionados os registros de nossa área por cada ACS, realizamos palestra educativa em nestes pacientes sobre as características das doenças, fatores de risco que são preveníveis, tratamento individuais e conhecimentos dos principais sintomas para minimizar as complicações.

Durante as palestras as pacientes compartilharam suas experiências com o grupo e foram dispensadas muitas dúvidas sobre as medidas educativas que podem ser realizadas por elas para prevenir a exposição a determinados fatores de risco. Em reuniões semanais da equipe haverá um monitoramento mensal do Registro das pacientes mediante as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Os resultados esperados com a implementação deste projeto se logrou desenvolver a identificação precoce do câncer do colo uterino e mama baseada na estratificação de risco de nossa equipe; aprimorar o conhecimento nas mulheres da comunidade sobre os principais fatores de risco e sintomas iniciais do câncer do colo uterino e mama, elevar o conhecimento sobre a importância da realização sistemática do autoexame de mama e coleta do Preventivo do Câncer

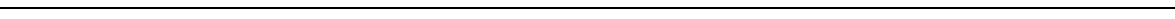
do Colo do Útero (PCCU), controlar os casos com risco de câncer de colo uterino e mama a través de registros da equipe baseando-se na estratificação de risco e nas necessidades individuais das pacientes, e aumentar o nível de conhecimento sobre a doença e fatores de risco preveníveis nas pacientes registradas partindo das dúvidas apontadas pelas pacientes.

O projeto permitiu realizar o registro atualizado das pacientes com risco de câncer do colo uterino e mama de nossa área e conseguimos estabelecer programas de cuidados e acompanhamento baseando se na estratificação de risco, nas necessidades individuais e nos determinantes sócias da saúde que afetam estas usuárias, também conhecer o número atual de pacientes em idade reprodutiva que apresentam algum tipo de fator de risco para estas doenças em nossa comunidade.

Esta intervenção foi de muita importância para mim e para minha equipe porque adquirimos um maior conhecimento sobre desenvolvimento de projetos para identificação precoce do câncer do colo uterino e mama diminuindo assim o risco destas doenças em nossa população.

Como potencialidade temos uma equipe mais preparada, conscientizada e com muitos desejos de conseguir um acompanhamento de qualidade as pacientes em idade fértil com risco de este tipo de doenças. Com esta Microintervenção aumento de forma comiserável a identificação de pacientes com risco de câncer de colo de útero e de mama o que impactará nos índices de morbimortalidade da doença.

A dificuldade foi dada já que alguns dos agentes comunitários de saúde não moram nas comunidades onde trabalham o que dificulta o trabalho com essa população, levando uma quantidade de tempo maior para a coleta dos dados necessários para a execução da Microintervenção.



CAPÍTULO II: Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento.

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o acolhimento deve considerar o princípio da integralidade e o protagonismo. (AYRES 2005)

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social. (BRASIL 2011)

Para o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo. (MERHY, 1998)

O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no quais trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde. (FAGUNDES, 2004)

A priori na Policlínica Alberto Lima do Município de Santana do Estado Amapá foram identificados problemas no acolhimento e na demanda espontânea e programada dos usuários o que levou a nossa equipe de trabalho a fazer a seguinte Microintervenção tendo como principal objetivo fazer um plano de ação que permitirá melhorar o acolhimento e o planejamento das consultas por demanda espontânea e programada.

A princípio foi necessário elaborar uma reunião com todos os integrantes da equipe 024 da Estratégia de Saúde da Família da Policlínica Alberto Lima onde cada membro pontuou problemas identificados em seu ambiente de trabalho. Perante a exposição de tais dificuldades conclui-se que a equipe estava carente de um aperfeiçoamento no acolhimento e no planejamento das consultas por demanda espontânea e programada.

Com essa reunião foi identificado uma grande falta de preparo dos membros da equipe sendo necessária uma qualificação para aprimorar o atendimento e o acolhimento, visto que nesta qualificação foram desenvolvidos práticas como aproximação, acolhimento e identificação de risco favorecendo a inclusão dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde.

O próximo passo foi reorganizar o espaço de acolhimento para melhorar o atendimento, visto que em alguns casos, intervenções seriam necessárias e é de suma importância o atendimento individual para a escuta baseada nas identificações dos riscos dos mesmos, porque sabemos que cada um possui uma particularidade.

Tendo em vista que a UBS não disponibiliza de um ambiente adequado para esse fim o acolhimento é realizado em salas que não está sendo utilizada pelas equipes de saúde nesse momento. Essa decisão foi tomada em conjunto com as demais equipes de saúde da UBS tornando-se um dos resultados esperados com a realização desta Microintervenção.

Outro ponto desenvolvido estrategicamente foi a distribuição da agenda sobre a quantidade de vagas preenchidas com a agenda programada e espontânea já que o acesso com qualidade deve ser uma prioridade fundamental do Sistema Único de Saúde.

Com a realização desta Microintervenção concluímos que a capacitação dos membros da equipe foi fundamental para desenvolver adequadamente o trabalho de acolhimento dos usuários tendo em conta a estratificação de risco. A falta de local dentro da UBS levou aos membros da equipe a buscarem alternativas de como utilizar os locais de consultas que não estavam sendo utilizadas no momento pelas equipes, e por fim, as agendas de consultas terão maior capacidade para acolher aos pacientes de demanda espontânea. Nesse sentido procuramos melhorar o atendimento individual dos usuários oferecendo um serviço de qualidade para nossa população.



CAPÍTULO III: Experiências no planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério da equipe 024 na policlínica Alberto Lima.

Planejamento Familiar é um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos, e também a prevenir gravidez indesejada. Todas as pessoas possuem o direito de decidir se terão ou não filhos, e o Estado tem o dever de oferecer acesso a recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem a prática do planejamento familiar (BRASIL 2002).

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país.

No que concerne à anticoncepção, os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. (BRASIL 2002)

Em 2007, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, no qual uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento familiar. A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. (BRASIL ,2013).

Os primeiros motivos de consulta na APS é a gestação Caracteriza-se por um período de grandes transformações e que requer adaptação à chegada do novo membro da família, constituindo-se assim em um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção à saúde e de inclusão do parceiro/a, desde que esse

seja o desejo da mulher, nas atividades de assistência à saúde da mulher. (SÃO PAULO 2010)

O pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, a partir desse momento, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal é que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34^a semana, sejam realizadas consultas mensais

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde (SÃO PAULO, 2010)

Na Policlínica Alberto Lima a equipe 024 tem desenvolvidos diversas tarefas encaminhadas a orientar as famílias em quanto ao planejamento familiar, pré-natal e puerpério, foram desenvolvidas algumas atividades que tive como principal objetivo ter uma melhora no atendimento desses pacientes. Em nossa área minha equipe faz palestras educativas todas as semanas com a maioria das mulheres em idade fértil, respondendo assim muitas dúvidas que elas tem sobre o tema principalmente os métodos anticoncepcionais e atenção ao pré-natal.

A equipe conta no cronograma de trabalho com um horário para avaliar as mulheres de risco reprodutivo, segundo a demanda, onde são oferecidas informações de saúde na mulher, como manter tratamento nas doenças crônicas, dieta saudável, pratica de exercícios físicos, oferecemos o tratamento com ácido fólico a toda mulher em idade reprodutiva que deseja engravidar, além de

palestras sobre a importância do acompanhamento do pré-natal durante todo o processo. No caso que alguma precisar de atendimento especializado é encaminhada para o centro de diagnóstico da mulher, onde tem ginecologistas, e oferecem alguns exames ou avaliações mais especializadas.

Na unidade de saúde se realizam teste rápidos para Sífilis, HIV, Hepatites B, C, e coletas para PCCU. Nos casos de ser positivo é oferecida ajuda psicológica e tratamento médico segundo a doença, se precisar se encaminha para o centro de DST, onde existem profissionais capacitados nessa área em específico. Também contamos com diferentes métodos anticoncepcionais como por exemplo: camisinha, dispositivos intrauterinos, injetável, pílulas, anticoncepção de emergência que são oferecidos na população de abrangência e recebem as orientações precisas para seu uso.

Segundo o esquema nacional de vacina o cartão de vacinação é atualizado em cada caso individual, orientando as grávidas da importância e os benefícios que as vacinas tem. Durante as consultas de pré-natal as grávidas são orientadas em quanto a uma adequada alimentação, além de ser encaminhadas a consulta com nutricionista dentro da UBS. São orientadas sobre a importância de retornar as consultas o dia agendado, assim como o retorno para o acompanhamento do puerpério e o recém-nascido.

Toda consulta falamos sobre a importância da amamentação até os seis meses de idade, as vantagens e desvantagens da mesma, a ênfases sobre as consultas de puericulturas, para que seja avaliado corretamente o desenvolvimento da criança.

Com relação ao puerpério as maiorias das mulheres não retornam à consulta de puerpério, sendo uns dos principais desafios que tem nosso equipe, durante as consultas explicamos a importância deste período e os cuidados específicos a ter em conta durante o mesmo.

Além de todo o esforço ainda temos algumas fragilidades, como por exemplo, existe pouca participação nas consultas de puericultura na área, também não contamos com ginecologista no posto pelo que qualquer avaliação tem que ser feita fora da UBS o que dificulta o processo de Inter consulta. Por

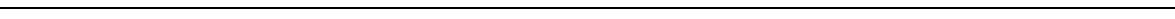
outro lado com todo o trabalho feito ainda há casais que não vão às consultas de planejamento familiar ou de infertilidades.

Nossa equipe tem como desafio uma série de dificuldades encontradas em nosso trabalho no dia a dia como são a incorporação de puérperas mais cedo a nossas consultas, melhorar a assistência das crianças a consultas de puericultura, incorporar cada vez mais os casais a consultas de planejamento familiar.

Nossa equipe realiza mensalmente atividade educativa com todas as gestantes de nossa área de abrangência com o objetivo de conscientizar a importância da assistência na consulta de puericultura já que isso constitui uma fragilidade em nossa equipe, são levados outros temas de interesse em aras de esclarecer dúvidas em relação ao todo processo de pré-natal, parto e puerpério, as gestantes são acompanhadas do parceiro e outros membros da família considerando que é um processo que envolve a família toda. Com esse tipo de atividade a equipe possui ferramentas que ajudam a traçar estratégias de trabalho para melhorar a qualidade da assistência prestada.

Tendo em consideração os problemas identificados concordamos reorganizar o processo de trabalho da equipe e incluir atividades de educação e capacitação para os ACS relacionadas com a importância do pré-natal, atenção a puérperas e recém-nascido, planificação familiar, aleitamento materno além de temas de promoção de saúde sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Com a realização desta microintervenção consideramos foi de muita importância, porquê permitiu trabalhar em equipe, identificar nossas fragilidades e traçar um plano de ação para melhorar os problemas identificados unidos todos melhorando o atendimento, acolhimento, é a saúde geral de nossa população.



CAPÍTULO IV: Abordagem da saúde Mental na Atenção primária. Experiência da equipe 024 da Policlínica Alberto Lima.

Para começar, entendemos que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões. É por isso que neste relato privilegiamos as práticas de saúde mental que possam ser realizadas por todos os trabalhadores na Atenção Básica, independentemente de suas formações específicas (BRASIL 2013).

Em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, ou primária. Parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde. Enfatiza-se ainda a importância do desenvolvimento de ações de tipo preventivo e promocional da saúde mental que teriam, na atenção básica, o locus preferencial de desenvolvimento (BRASIL 2013).

Mas em nossa experiência pessoal na UBS Alberto Lima do município de Santana sabemos que a procura pelos serviços especializados em saúde mental aumentaram nos últimos tempos pelo que não existem tais serviços especializados que deram resposta as necessidades dos usuários.

O objetivo desta microintervenção é melhorar a estratégia de saúde mental que é realizada na Policlínica Alberto Lima.

No município de Santana, a rede de serviços de saúde mental tem os serviços das equipes do NASF e CAPS, mas não estão bem estruturadas ficando insuficiente em relação a alta demanda de pacientes que procuram ajuda profissional e precisam ser avaliados pelo especialista em saúde mental.

Cada vez mais o número de usuários em uso crônico de álcool, psicotrópicos e drogas está aumentando, apesar dos múltiplos esforços realizados pelo sistema nacional de saúde para melhorar esta situação, o número de pessoas de diferentes idades, raça ou sexo que procuram serviços médicos em busca de prescrições de ansiolíticos e antidepressivos está crescendo, bem como com processos secundários ao abuso de álcool e drogas.

É por isso que a equipe de saúde tem que ficar alerta e ter conhecimento dos pacientes em uso deste tipo de medicamentos, para atingir este objetivo foi criada uma planilha de controle onde serão registradas as informações referentes a esses usuários este instrumento tem como principal objetivo não só registrar os dados pessoais do paciente e a substância utilizada, mais também permite programar a consulta e, ao mesmo tempo, planejar as ações a serem executadas.

Em reunião da equipe e com a participação da diretora da UBS o novo instrumento de trabalho foi discutido e aprovado além de ser discutidos outros temas de interesse como foram a renovação de receitas de controle especial nas consultas médicas que foram indicadas por outros especialistas e que o médico da atenção primária tem que ter conhecimento do diagnóstico e um controle sobre as mesmas.

Mas a saúde mental em sua Unidade está organizada com requisitos mínimos do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção – PMAQ?

Para dar resposta da pergunta acima mencionada nossa UBS sim cumpre com os requisitos mínimos do programa mas ainda tem muitos aspectos para melhorar nossa equipe conta com um registro de usuários com necessidade decorrente do uso de álcool e com a implementação desta microintervenção desenvolvemos um novo instrumento de trabalho que proporcionara mais elementos e dados exigidos pelo PMAQ primeiramente se convoco a uma reunião onde tiveram uma participação ampla de todos os ACS já que eles tem um conhecimento mais individualizado da população dito instrumento (planilha) tive uma aceitação de todos os membros da equipe, onde vai ficar registrado usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes,

antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral o cadastro dos pacientes nesse novo instrumento já está sendo executado pelo equipe de trabalho aproveitando o espaço da visita domiciliar.

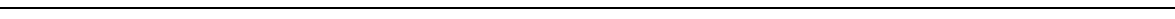
Para dar continuidade a segunda etapa da minha microintervenção foi construída uma linha de cuidado para um paciente de nossa área de trabalho. Trata-se de um paciente de 25 anos de idade, domiciliado, com histórico de ter sido vítima de assalto levando um tiro na região lombar que lesionou a medula espinal em dita região provocando uma paralis total dos membros inferiores deixando o paciente com uma paraplegia permanente dos membros inferiores o qual desenvolveu um síndrome de depressão profunda no paciente, encontrando-se isolado da realidade sem ter contato com ninguém. Negava se tomar alimentos, não queria tomar banho, não falava com ninguém. Mora com a mãe que é uma senhora de 58 anos, portadora de Hipertensão Arterial atualmente em acompanhamento com nossa equipe de saúde, dois irmãos que ainda moram com a mãe, um deles usuário de drogas e o outro irmão alcoólatra. Atualmente, ele é uma pessoa socialmente isolada, sem relacionamentos com os vizinhos e pouco relacionamento com os demais membros da família. Nossa equipe de saúde fez uma visita domiciliar em conjunto com o NASF para fazer uma avaliação profunda do caso e pautar a estratégia de trabalho a seguir desenvolvendo uma terapêutica multidisciplinar.

Uma vez que o paciente foi avaliado iniciamos a elaboração de um plano de ação para cumprir os objetivos propostos. Desta forma, foram propostas ações como: Aumentar a frequência das visitas domiciliares com a participação de toda a equipe. Prestar um atendimento periódico multidisciplinar; Incentivar sua participação em grupos de apoio na comunidade; Estimular sua participação em diferentes espaços abertos para maior interação com o meio e a população; Garantir a participação de seus pais nessas ações para que o paciente se sinta mais seguro e apoiado.

Tendo em consideração o número de especialistas com que conta o município é escasso, é necessário que a equipe de saúde esteja melhor preparada sobre como agir em presença de pacientes com este tipo de doenças. Durante a reunião em equipe surgiu a ideia de fazer uma capacitação dos ACS para fazer o acolhimento e orientação destes pacientes com transtornos psiquiátricos.

Sobre as potencialidades encontradas podemos ressaltar o esforço e a dedicação da equipe de saúde em melhorar o serviço de saúde mental de nossa policlínica e dentro das principais dificuldades encontradas foi que ainda faltou a retroalimentação por parte do especialista e do CAPS, pois nunca enviam a contra-referencia, porque a informação que temos do paciente é a relatada por ele mesmo.

Foi muito gratificante o trabalho desenvolvido em equipe e com a participação de todos iniciamos um projeto que aportara um grau de areia na melhoria da qualidade no atendimento deste serviço dentro da atenção primaria de saúde.



CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança na Policlínica Alberto Lima.

Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. Sendo assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do recém-nascido para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar pelo menos desde o pré-natal. O nascimento de um bebê é um momento de transição-chave do ciclo de vida da família. Por tal razão, é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades desta etapa, que se constitui na necessidade de adaptação à presença de um novo ser no sistema familiar, da representação de novos papéis e do realinhamento de relacionamentos (BRASIL, 2012).

A linha de cuidado da saúde da criança é uma prioridade da Secretaria Estadual de Saúde, que assume o compromisso de reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e de equidade. Ela tem como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a assistência que se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. Um dos instrumentos já utilizados para esse acompanhamento é a Caderneta de Saúde da Criança, distribuída universalmente pelo Ministério da Saúde para todos os nascidos vivos das maternidades públicas e privadas, em cumprimento ao estabelecido na Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005; para que profissionais da Saúde e familiares registrem pontos importantes do crescimento e do cotidiano infantil, imunização, peso, altura, aquisições do desenvolvimento, alimentação, brincadeiras preferidas, dentre outras informações (SÃO , 2015).

Nossa equipe de saúde teve como objetivo fundamental para esta microintervenção fazer uma avaliação do processo de atendimento à saúde da criança em nossa unidade com a finalidade de identificar possíveis deficiências ou fragilidades para assim elaborar estratégias de trabalho que possam melhorar o atendimento seguindo as recomendações do PMAQ na atenção básica.

Posso começar meu relato falando que nossa equipe realiza as consultas de puericultura nas crianças de até dois anos e mais, utilizando os protocolos voltados para atenção a crianças, sendo uma dificuldade encontrada que muitas mães não levam as crianças a consulta em tempo pautado, tomando isto em consideração a equipe teve uma reunião onde participaram os 100% dos ACS para definir estratégias e melhorar tal situação.

Nossa equipe possui cadastramento atualizado das crianças no território e utilizamos a caderneta de saúde da criança para fazer o acompanhamento, existe na UBS fichas com informações equivalentes. Nas consultas de puericulturas registramos o crescimento e desenvolvimento das crianças assim como seu estado nutricional. Temos também registros sobre vacinação em dia para ter um controle sobre esse importante trabalho onde tem uma ampla participação os ACS. Não temos registro de teste do pezinho nem acidentes sendo isto uma fragilidade encontrada durante o desenvolvimento desta microintervenção.

Em nossa área de abrangência não contamos com nenhum caso de violência familiar, consideramos muito importante a busca ativa de crianças prematuras, com baixo peso, com consultas de puericulturas atrasadas nesse aspecto a equipe aproveita ao máximo o espaço das visitas domiciliares com apoio permanente no papel que desenvolve os ACS.

Tendo em consideração que o Ministério da Saúde recomenda a amamentação até os dois anos de idade ou mais, e que nos primeiros 6 meses, o bebê receba somente leite materno, sem necessidade de sucos, chás, água e outros alimentos. Quanto mais tempo o bebê mamar no peito, melhor para ele e para a mãe. Depois dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos saudáveis e de hábitos da família. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional (BRASIL, 2017)

Nosso equipe realiza e desenvolve constantemente ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até 6 meses de idade aproveitando

os espaços das consultas de puericultura é palestras de educação para a saúde levadas a cabo em nosso auditório.

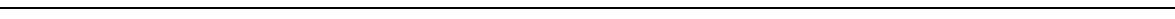
Até os seis meses, o leite materno é tudo o que a criança precisa para ficar bem alimentada. Depois dessa idade, é preciso continuar dando o leite de peito e também outros alimentos. Aos poucos a criança aprende a experimentar novos sabores, temperaturas, formas e texturas: macios, firmes, finos ou grossos. Isso contribui para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2017).

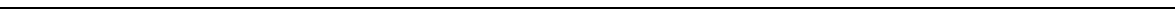
Dar ao bebê novos alimentos exige atenção, cuidado e paciência da mãe ou de quem cuida do bebê. De início, os bebês precisam de comidas mais pastosas e macias, pois ainda não sabem mastigar, é por isso que nossa equipe desenvolve constantemente ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis ao mesmo tempo que incentiva para continuar o aleitamento materno complementar até os dois anos de idade.

Depois do parto as mães já tem na suas mãos todas as ferramentas e orientações sobre as frequências das consultas de puericulturas assim como sua periodicidade, enfatizamos na importância de manter uma assistência adequada nessas consultas pela repercussão que tem sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Uma das estratégias exitosas adotadas pela equipe de saúde foi fazer visitas programadas nas escolas da área de abrangência com apoio das ACS, com o objetivo de resgatar aquelas crianças que haviam perdido algum tipo de vacina, contando com a participação da dentista da equipe aproveitando para fazer ações conjuntas para prevenção de doenças buco dentarias além de consultas de puericulturas nas crianças maiores de 2 anos que deixaram de assistir a consulta na UBS prévio aviso dos pais, isso permitiu aumentar o índice de assistência a consultas de puericulturas em crianças em idade escolar e adolescentes.

Com a execução desta microintervenção a equipe fortaleceu ainda mais os conhecimentos sobre atenção da saúde da criança que servirá de apoio na melhora da qualidade da atenção, seguindo as recomendações do PMAQ.





CAPÍTULO VI: Impacto do controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na equipe de saúde 024 da policlínica Alberto Lima.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas e diabetes) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda. Evidências indicam aumento das DCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo (GENEVA, 2012).

A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que as pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada, pelos maiores gastos familiares com a doença pela procura de serviços, dentre outros. Os custos socioeconômicos associados com DCNT têm repercussão na economia dos países, sendo estimados em US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países de baixa e média renda.

Assim, a redução global das DCNT é uma condição necessária para o desenvolvimento do século (GENEVA 2012).

A principal causa de atendimento tanto nas consultas como nas visitas domiciliares na policlínica Alberto Lima de Santana é constituída pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis dentro delas tem papel fundamental a Hipertensão Arterial, Diabetes melitus, Crônicas respiratórias, Obesidade entre outras.

Estudos têm revelado que o aumento da incidência das doenças crônicas não-transmissíveis - DCNT (doenças cardiovasculares, cérebro-vasculares,

cânceres, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, cárie dental, osteoporose entre outras) representam cerca de metade de todos os óbitos ocorridos. As doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus (DM) têm destacada posição nesses coeficientes de morbimortalidade. A educação em saúde para grupos de portadores de doenças específicas aumenta a conscientização sobre a doença, o número de indivíduos diagnosticados e em tratamento. Conseqüentemente, possibilita melhor controle da doença e até diminuição das complicações (BRASIL 1997).

As DCNT compartilham diversos fatores de risco, como hereditariedade, raça, sexo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, dislipidemias, consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras e sedentarismo. A inatividade física e o excesso de peso são responsáveis, respectivamente, por 3,2 e 2,8 milhões de mortes/ano. Ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool são atribuídas 2,3 e 6 milhões de mortes ao ano. O monitoramento das DCNT e de seus fatores de risco é prioridade no Brasil, e acompanha os esforços globais que estão sendo desenvolvidos (CARVALHO, 2018).

A microintervenção deste módulo tem como objetivo fundamental melhorar a qualidade do atendimento na assistência de pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis mediante a diminuição dos fatores de risco, para assim contribuir na melhora da qualidade de vida destes pacientes.

Primeiramente foi convocada uma reunião da equipe onde participaram todas as ACS, técnica de enfermagem, enfermeira e eu como médico onde se discutiram o papel de cada membro no atendimento integral das DCNT principalmente na participação das ações para combater os fatores de risco que aumentam a incidência e mortalidade deste tipo de doenças na comunidade e população em geral, daí que foi necessário traçar um plano de ação onde cada ACS tem um papel fundamental. Foi preciso fazer uma capacitação sobre os principais fatores de risco de cada doença tomando medidas de educação, prevenção e promoção de saúde.

Nossa equipe realiza diariamente a pesquisa, controle e tratamento de todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tanto em consultas agendadas, demanda espontânea e visitas domiciliares e o

tempo de espera para ser consultados depende do momento que ele chega para ser agendado ou visitado, mas não ultrapassa os 7 dias.

Todos os pacientes com hipertensão e diabetes são registrados para controle e seguimento tendo um controle especial em pacientes diabéticos e hipertensos que possui um risco aumentado.

A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão sendo também avaliados a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos para definir um tratamento individualizado a cada paciente.

Uma das dificuldades encontradas durante a realização desta microintervenção foi que a equipe não utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus definidas para esse fins. Foi convocada uma reunião de equipe novamente para entre todos construir uma ficha de cadastro e acompanhamento deste tipo de pacientes.

Uma das complicações mais frequentes da hipertensão arterial são as doenças cardiovasculares é por isso que fazemos acompanhamento e busca ativa em cada consulta programando as consultas e exames em função da estratificação de risco individual.

Os pacientes hipertensos e diabéticos que são avaliados em nossas consultas e precisam de ser encaminhados para outras especialidades além de ficar registrados tem um acompanhamento por parte da equipe de saúde já que nossa policlínica tem outros especialistas como nutricionistas, psicólogos, ortopedista, cirurgião geral que prestam seus serviços para toda a população.

O Diabetes Mellitus (DM) tem sido considerado um dos principais problemas de saúde pública, visto que se encontra em ascendência no que diz respeito a índices alarmantes de pessoas afetadas pelas incapacitações e por mortalidade prematura, como também aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Trata-se de uma das condições crônicas não transmissíveis mais comuns em todo o mundo. O DM tem se constituído na atualidade como uma gravíssima patologia do ponto de vista da prevalência,

incidência e morte prematura. Nota-se que as complicações do DM crescem com o passar dos anos, assim, inteirar-se desta realidade pode ser uma estratégia para elaborar ações que reduzam seu surgimento precocemente. As particularidades sociodemográficas e clínicas, junto com o planejamento de ações prévias, podem direcionar o gerenciamento do cuidado e programas educativos pela equipe de saúde (BRASIL, 2006).

É por isso que nossa equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e realiza exame do pé diabético e fundo de olho periodicamente para detectar as complicações que tão frequentemente acontecem em eles.

Em cada uma das consultas médicas os usuários são avaliados antropométricamente (peso e altura) calculando o índice de massa corporal (IMC) de cada um, no caso que seja identificado um paciente com $(IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2)$ é acompanhado e encaminhado para outros serviços como nutricionista, endocrinologistas, psicólogos no caso que seja necessário.

Outra das dificuldades encontradas foi que a equipe não oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso, porém foi constituída um grupo de educação chamado “Exercita Santana” com a participação de um professor de educação física que funciona todas segundas férias no horário de 5 a 7 da tarde, tendo uma ampla participação de todas as pessoas da comunidade que desejam perder peso e realizar atividade física.

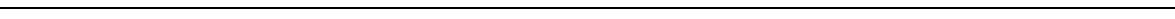
A partir da realização desta microintervenção e devido à alta incidência das DCNT em nosso território a equipe realiza estratégias diferenciadas de busca ativa, todas terças feiras tem uma palestra sobre temas relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis profundando nos fatores de risco, com a participação de outros profissionais como nutricionistas psicólogos, os principais temas estão relacionados com:

- Importância de levar uma alimentação saudável
 - Benefícios da prática de atividade física para prevenção de doenças
 - Evitar o consumo excessivo de álcool
-
-

-
- Como combater o tabagismo na comunidade

Entre outras, todas encaminhadas a diminuir a presença de fatores de risco que contribuíram a aparição de DCNT.

Com a realização desta microintervenção a equipe levou uma experiência muito boa já que ajudou a desenvolver estratégias que permitiram melhorar a qualidade no atendimento dos pacientes com DCNT de nosso território tendo uma atenção diferenciada aos fatores de risco pela importância que eles tem na produção deste tipo de doenças.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Microintervenção educativa para desenvolver a identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama com base na estratificação de risco em mulheres em idade fértil em Santana AP.	Foi realizada auto avaliação da equipe utilizando o instrumento AMAQ, achando maior vulnerabilidade e poder de resolatividade ao problema seguinte: A ESF não desenvolve a identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama, porém a equipe ESF realiza a busca ativa de tal situação. Realizou se capacitação dos ACS, neste sentido realizou-se uma reflexão e discussão sobre o papel que desempenha cada	Se logrou desenvolver a identificação precoce do câncer do colo uterino e mama baseada na estratificação de risco de nossa equipe; aprimorar o conhecimento nas mulheres da comunidade sobre os principais fatores de risco e sintomas iniciais do câncer do colo uterino e mama, elevar o conhecimento sobre a importância da realização	Continuar a pesquisa de todas as mulheres em idade fértil do território de abrangência, tentando vincular o 100 por cento delas ao exame de Papanicolau e de mama. Avaliação trimestral (reunião da equipe) Responsável: ACS. Monitoramento mensal dos indicadores do PMAQ Avaliação mensal (reunião da equipe) Responsável: Médico e enfermeira da equipe.

	<p>um dos integrantes da equipe na busca ativa dos casos de maior risco dentro das mulheres em idade fértil. Já confeccionados os registros de nossa área por cada ACS, realizamos palestra educativa em nestes pacientes sobre as características das doenças, fatores de risco que são preveníveis, tratamento individuais e conhecimentos dos principais sintomas para minimizar as complicações.</p>	<p>sistemática do autoexame de mama e coleta do Preventivo do Câncer do Colo do Útero (PCCU), controlar os casos com risco de câncer de colo uterino e mama a traves de registros da equipe baseando-se na estratificação de risco e nas necessidades individuais das pacientes, e aumentar o nível de conhecimento sobre a doença e fatores de risco preveníveis nas pacientes registradas partindo das dúvidas apontadas pelas pacientes.</p>	
--	--	---	--

<p>Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento.</p>	<p>A priori na Policlínica Alberto Lima foram identificados problemas no acolhimento e na demanda espontânea e programada dos usuários. Cada membro da equipe pontuou problemas identificados em seu ambiente de trabalho. Perante a exposição de tais dificuldades conclui-se que a equipe estava carente de um aperfeiçoamento no acolhimento e no planejamento das consultas por demanda espontânea e programada. Tendo em vista que a UBS não disponibiliza de um</p>	<p>Capacitação dos membros da equipe foi fundamental para desenvolver adequadamente o trabalho de acolhimento dos usuários tendo em conta a estratificação de risco. A falta de local dentro da UBS levou aos membros da equipe a buscarem alternativas de como utilizar os locais de consultas que não estavam sendo utilizadas no momento pelas equipes, e por fim, as agendas de consultas terão maior</p>	<p>Continuar aperfeiçoando o acolhimento da demanda espontânea e programada. Priorizar disponibilidade da sala para a realização da escuta qualificada dos pacientes. Monitoramento mensal Responsável: Médico e enfermeira da equipe.</p>

	ambiente adequado para esse fim o acolhimento é realizado em salas que não está sendo utilizada pelas equipes de saúde nesse momento.	capacidade para acolher aos pacientes de demanda espontânea.	
Experiências no planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério da equipe 024 na policlínica Alberto Lima.	Neste trabalho descrevemos como é feito o planejamento reprodutivo, atenção pré-natal e puerpério na nossa unidade, foram desenvolvidas algumas atividades que tive como principal objetivo ter uma melhora no atendimento desses pacientes. Além de todo o esforço ainda temos algumas fragilidades, como por exemplo, existe pouca participação	Realizar mensalmente atividade educativa com todas as gestantes de nossa área de abrangência com o objetivo de conscientizar a importância da assistência na consulta de puericultura já que isso constitui uma fragilidade em nossa equipe. Palestras sobre processo de pré-natal, parto	Auto avaliação da qualidade da atenção ao planejamento reprodutivo pré-natal e puerpério. Continuar com as atividades educativas e conversas desenvolvidas no território. Avaliação trimestral (reunião da equipe) Responsável: Médico e enfermeira da equipe.

	<p>nas consultas de puericultura na área, também não contamos com ginecologista no posto pelo que qualquer avaliação tem que ser feita fora da UBS o que dificulta o processo de Inter consulta.</p>	<p>e puerpério. Capacitação para os ACS relacionadas com a importância do pré-natal, atenção a puérperas e recém-nascido, planificação familiar, aleitamento materno além de temas de promoção de saúde sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.</p>	
<p>Abordagem da saúde Mental na Atenção primária. Experiência da equipe 024 da Policlínica Alberto Lima.</p>	<p>Neste trabalho foi descrito como se realiza a atenção ao paciente com doença mental, e a estrutura da Rede de atenção psicossocial do nosso município,</p>	<p>Iniciamos a elaboração de um plano de ação para cumprir os objetivos propostos. Desta forma, foram propostas</p>	<p>Continuar auto avaliando o desenvolvimento da atenção a pacientes com doença mental por parte da equipe. Avaliação trimestral (reunião da equipe) Responsável: Médico e enfermeira da equipe. ACS</p>

	<p>foram desenvolvidos todos os requisitos que o PMAQ solicita para o trabalho na atenção primária de saúde, detalhando as principais dificuldades que existem em nossa equipe e em nosso município. Foi construída uma linha de cuidado para um paciente de nossa área de que precisou uma atenção integral em saúde mental.</p>	<p>ações como: Aumentar a frequência das visitas domiciliares com a participação de toda a equipe; Prestar um atendimento periódico multidisciplinar; Incentivar sua participação em grupos de apoio na comunidade; Estimular sua participação em diferentes espaços abertos para maior interação com o meio e a população; Garantir a participação de seus pais nessas ações para que o paciente se sinta mais seguro e</p>	<p>da microárea.</p>
--	---	---	----------------------

		<p>apoiado.</p> <p>Durante a reunião em equipe surgiu a ideia de fazer uma capacitação dos ACS para fazer o acolhimento e orientação destes pacientes com transtornos psiquiátricos.</p>	
<p>Atenção à Saúde da Criança na Policlínica Alberto Lima.</p>	<p>Nossa equipe de saúde teve como objetivo fundamental para este trabalho fazer uma avaliação do processo de atendimento à saúde da criança em nossa unidade com a finalidade de identificar possíveis deficiências ou fragilidades para assim elaborar estratégias de</p>	<p>Se realiza e desenvolve constantemente ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até 6 meses de idade aproveitando os espaços das consultas de puericultura é palestras de educação para</p>	<p>Checar de forma mensal a assistência a consulta das crianças convocadas, na última reunião da equipe do mês.</p> <p>Fazer supervisão dos registros trimestralmente, para avaliar atualização dos mesmos</p> <p>Avaliação mensal (reunião da equipe)</p> <p>Responsável: Médico e enfermeira da equipe.</p>

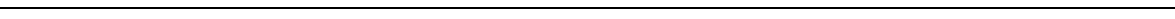
	<p>trabalho que possam melhorar o atendimento seguindo as recomendações do PMAQ na atenção básica. Nossa equipe realiza as consultas de puericultura nas crianças de até dois anos e mais, utilizando os protocolos voltados para atenção a crianças. Destacando se a importância em todo momento do aleitamento materno exclusivo para crianças até 6 meses de idade.</p>	<p>a saúde levadas a cabo em nosso auditório. Fazer visitas programadas nas escolas da área de abrangência com apoio das ACS, com o objetivo de resgatar aquelas crianças que haviam perdido algum tipo de vacina.</p>	
<p>Impacto do controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na equipe de saúde 024 da policlínica</p>	<p>Neste trabalho tem como objetivo fundamental melhorar a qualidade do atendimento na assistência de pacientes</p>	<p>Realização de palestra sobre temas relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis</p>	<p>Fazer controle da assistência dos pacientes com DCNT as consultas planejadas. Fazer supervisão dos registros trimestralmente, para avaliar a equipe e atualização dos mesmos.</p>

Alberto lima.	<p>portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis mediante a diminuição dos fatores de risco, para assim contribuir na melhora da qualidade de vida destes pacientes.</p> <p>Nossa equipe realiza diariamente a pesquisa, controle e tratamento de todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus tanto em consultas agendadas, demanda espontânea e visitas domiciliares.</p> <p>A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão</p>	profundando nos fatores de risco, com a participação de outros profissionais como nutricionistas psicólogos, etc.	Responsável: Médico e enfermeira.
---------------	---	---	-----------------------------------



	<p>sendo também avaliados a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos para definir um tratamento individualizado a cada paciente.</p>		
--	---	--	--





CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação de microintervenções na Atenção Primária a Saúde permitiu o desenvolvimento de estratégias que contribuíram na melhoria da qualidade de vida dos pacientes baseadas nos indicadores do PMAQ, tendo um impacto positivo e de relevância nos atendimentos médicos.

Com a realização dos relatos de experiência a partir das microintervenções se conseguiram os objetivos propostos durante esse período evidenciando resultados positivos como são: a conformação de registros, planilhas para garantir o controle dos pacientes da área de abrangência da policlínica Alberto Lima, aumento considerável das ações de promoção e prevenção com a formação de grupos específicos como idosos, obesos, grávidas, diabéticos, hipertensos, adolescentes, aperfeiçoado o acolhimento do paciente ou usuário do SUS, implantação de um atendimento integral e multidisciplinar para os pacientes portadores de doenças crônicas não-transmissíveis, capacitação dos profissionais da saúde em diversos temas relacionados com a promoção da saúde e manejo e controle de doenças, aumento o número de assistência a consultas de puericultura e consultas de grávidas.

Com a finalização deste trabalho esperamos haver cumprido com as expectativas propostas e haver contribuído com nosso grão de areia com a implementação destas microintervenções que ajudará no aperfeiçoamento da saúde do povo brasileiro, garantindo um plano de continuidade para o ano 2019 que manterá a continuidade de nosso trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso [texto na Internet]. Brasília; 2004. [Citado 2008 jun. 23]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicações/Consensointegra.pdf> [Inclua suas Referências Bibliográficas aqui]

SCLOWITZ ML, MENEZES AMB, GIGANTE DP, TESSARO S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev. Saúde Pública. 2005;39(3):340-9.

RABI T, BANERJEE S. Novel synthetic triterpenoid methyl 25hydroxy-3-oxoolean-12-en-28-oate induces apoptosis through JNK and p38 MAPK pathways in human breast adenocarcinoma MCF-7 cells. Mol Carcinog. 2008;47(6):415-23.

BRASIL. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

ROBERTO NETTO A, RIBALTA JCL, FOCCHI J, BARACAT EC. A Prevenção do câncer do colo do útero e seu conhecimento por educadores de ensino fundamental. Femina. 2007;35(10):643-9

HACKENHAAR AA, CÉSAR JA, DOMINGUES MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. Rev. Bras. Epidemiol. 2006;9(1):103-11

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I) -Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a

assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-2.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

Brasil, Caderno de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SÃO PAULO. Manual de acompanhamento da criança. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Agosto/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aleitamento Materno. 2017.

GENEVA. World Health Organization. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. [citado 2014 nov 3].

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília (DF): Secretaria de Assistência a Saúde; 1997.

CARVALHO, S.P.S.; CESSE, E.D.P.; LIRA, PEDRO ISRAEL CABRAL; RISSIN, A.; CRUZ, R.S.B.L.C; BATISTA FILHO, M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do Nordeste Brasileiro. Cien Saude Colet (2018/Fev).

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde.
(Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2006.

APÊNDICES

MATRIZ DE INTERVENÇÃO-AMAQ.
EQUIPE 024 UBS ALBERTO LIMA. MUNICÍPIO SANTANA, AP.

<p>Descrição do padrão: Unidade de análise: Equipe de Atenção Básica. Dimensão: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral a Saúde. Subdimensão: L-Atenção integral a saúde. 4.26 - A equipe de Atenção Básica desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama e faz busca ativa dos casos de <u>citopatologia</u> alterado. Nota: 4</p>						
<p>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A ESF não desenvolve a identificação precoce do câncer do colo uterino e de mama, porém a equipe ESF realiza a busca ativa de tal situação.</p>						
<p>Objetivo/meta: Sensibilizar a gestão sobre a cobertura do exame e suas importâncias nas UBS do município.</p>						
Estratégias para alcançar os objetivos/metat	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
-Elaborar um projeto de intervenção para acompanhamento das mulheres de 25 a 65 anos para realizar o exame <u>citopatológico</u> e mama.	-Realizar um diagnóstico com base no número de mulheres cadastradas. -Articular com a equipe de AB sobre a adesão do exame na UBS. -Orientar a população por meio de grupos de ACS sobre a importância do exame.	-Envio do projeto de intervenção através de documentos para a AB informando a necessidade da realização do exame. -Controle de mulheres com exames alterados e exames não realizados. -Palestras sobre a importância de tal exame.	-Prevenção precoce. -Aumentar a oferta do exame. - Atendimento de qualidade.	-Médico - Enfermeiro. -Téc. Enfermagem. - Agentes Comunitários de Saúde(ACS).	-junio 2018.	-Avaliar o nível de informação da população sobre o exame. -Busca ativa das mulheres que realizaram e não realizaram os exames para realizar o levantamento destes resultados.

ANEXOS



Figura 1: Ação de saúde Outubro rosa na Policlínica Alberto Lima. Município Santana.



Figura 2: Ação de saúde na comunidade da equipe 024. Policlínica Alberto Lima. Município Santana.
