



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

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O
PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM CARIRA(SE)

NADIESKA CELESTE TRILLO GONZALEZ

NATAL/RN
2018

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O PROGRAMA MAIS
MÉDICOS EM CARIRA(SE)

NADIESKA CELESTE TRILLO GONZALEZ

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: Ricardo Henrique Vieira de
Melo





RESUMO

Introdução: Este trabalho é composto de uma coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de micro intervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Bonfim, no Município de Carira, Estado de Sergipe. **Objetivo:** Relatar o planejamento e a execução das micro intervenções propostas nos módulos do curso de especialização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). **Metodologia:** Foram feitas reuniões sistemáticas para auto avaliação de processos de trabalho, leitura e discussão de protocolos assistenciais, bem como rodas de conversas reflexivas para problematização e busca de soluções e planejamento coletivo de intervenções. **Resultados:** adesão do Município ao Programa Nacional de Combate ao Tabagismo; redução do tabagismo em 70%; melhoria do atendimento prestado pelos profissionais da equipe; criação de um canal de diálogo com a gestão para discutir e alcançar melhorias ambientais e estruturais através de obras de reparos; maior adesão das mulheres ao uso de métodos anticoncepcionais; maior número de gravidez classificada como do tipo planejada; aumento da adesão das usuárias ao planejamento familiar; aumento da captação precoce das gestantes para início do pré-natal no primeiro trimestre; melhoria na referência/contra referência; diminuição do uso indiscriminado de medicamentos controlados; implantação de reuniões periódicas para reflexão sobre a prática; aumento da participação dos usuários às reuniões do Hiperdia; maior adesão ao tratamento e controle de suas morbidades; sensibilização dos gestores para implantação de processo seletivo para contratação de profissionais de apoio. **Considerações finais:** Para sustentar os ganhos alcançados, convém: manter as reuniões sistemáticas para discussão em equipe sobre o processo de trabalho mais adequado para organização das demandas; reorganizar as agendas inserindo, pelo menos uma vez ao mês, os temas trabalhados nas intervenções; melhorar a integração dos profissionais e a oferta de serviços; discutir periodicamente os principais problemas e avaliar o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dos usuários; e sensibilizar os gestores para repactuação das cotas com a finalidade de ampliação da oferta de exames e serviços nos níveis secundário e terciário da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	12
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	20
CAPÍTULO 5	26
CAPÍTULO 6	29
CAPÍTULO 7	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	40

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS), pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), composto por seis relatos de experiência, que foram construídos a partir de micro intervenções, considerando as potencialidades e as fragilidades apresentadas na equipe de trabalho. O estudo foi feito na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bonfim, na cidade de Carira, no interior de Sergipe, localizado no nordeste do Brasil.

Esta UBS atende cerca de 1456 habitantes, que apesar de que não ter uma população muito grande é um área bem extensa. A equipe do Bonfim é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde. A área adscrita está subdividida em cinco microáreas. Cada uma das micro intervenções realizadas apresentam objetivos específicos que nos permitiu desenvolver atividades e construir ferramentas de trabalho capazes de aplicação às situações cotidianas da Atenção Primária à Saúde.

Assim, convido os leitores à conhecer um pouco do dia a dia de um profissional do Programa Mais Médicos, no contexto rural do nordeste brasileiro.

CAPÍTULO I: O Tabagismo como principal problema de saúde no Bonfim (SE).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ESF é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A primeira experiência foi na reunião de equipe, na qual realizamos a autoavaliação, que não é mais que o ponto de partida para as ações de melhoria e qualidade dos serviços, quanto aos tópicos solicitados no AMAQ (Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica). É um instrumento de autoavaliação que auxilia no planejamento de ações da equipe. Com ele são identificados os nós críticos que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas. Foi uma experiência proveitosa, pois foi convocada uma reunião na equipe em conjunto com o médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde com o objetivo de discutir os principais problemas presentes na UBS, cada um colocou seu ponto de vista e entrou num acordo quanto à nota final de cada tópico.

O principal problema de saúde encontrado em nossa UBS foi a atenção integral a saúde e as ações desenvolvidas aos usuários de tabaco no território. O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de adoecimento e morte precoces do mundo. Fumar aumenta a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, vários tipos de câncer e doenças pulmonares. Crianças que convivem com pais fumantes ou que estão expostas à fumaça ambiental do tabaco apresentam maior risco de episódios de asma, doença respiratória aguda, sintomas respiratórios como tosse e chiado e infecções de ouvido médio, do que crianças não expostas.

Para enfrentar a escalada da epidemia do tabaco, países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveram a Convenção Quadro Para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro e único tratado internacional de saúde pública do mundo, o qual se encontra em vigor desde fevereiro de 2005. O Brasil ratificou a CQCT em novembro de 2005, mas já em 1989, com a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), implementou uma série de medidas abrangentes e efetivas de controle do tabaco, tais como: proibição da propaganda em todos os tipos de mídia; proibição de descritores enganosos light, ultra-light e regular; proibição de fumar em ambientes públicos fechados; obrigatoriedade na implantação de advertências com imagens nos maços de cigarros; e, mais recentemente, uma política consistente de aumento de impostos e preços dos produtos do tabaco.

Como consequência dessa política, a prevalência de tabagismo diminuiu consideravelmente, passando de 34,8% em 1989 a 14,7% em 2013 na população de 18 anos ou mais (inclusive entre os jovens adultos – 18 a 24 anos, passando de 29,0% a 10,6%). Porém o País ainda enfrenta muitos desafios nesse campo, como a necessidade de reduzir a iniciação e as inequidades provocadas pela maior prevalência de tabagismo em jovens e adultos de baixa renda.

Os fatores de risco para o uso de tabaco e outras drogas são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso. Por sua vez, se tal consumo ocorre na comunidade, é no âmbito comunitário que terão lugar as práticas preventivas de maior impacto sobre a vulnerabilidade e o risco. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental.

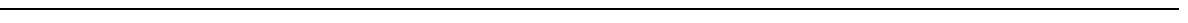
É importante notar que tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e conseqüente variabilidade de influência. Ainda assim, podemos dizer que a vulnerabilidade é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de tabaco e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente.

Após isso, nos reunimos para a construção da matriz de intervenção (apêndice 1), que não é mais que uma análise crítica do processo de trabalho pelos próprios

trabalhadores (equipe e da gestão) que contribui para a melhoria da qualidade da AB. É um processo contínuo que recomenda ser realizado como mínimo uma vez ao ano, pois promove a reflexão sobre a necessidade de mudança para: quebra de resistência, compartilhar visões, mediação de conflito, compromissos e compõe 10% da nota para certificação da equipe no (PMAQ-AB). Foi um pouco trabalhosa e demorada, mas boa para o aprendizado. Refletimos sobre os problemas e elaboramos intervenções possíveis de serem alcançadas para solucionar os problemas citados.

O problema que teve menor nota na avaliação de nossa equipe foi o tabagismo principalmente em adolescentes e adultos jovens. Logo, fizemos a construção de dois instrumentos para facilitar o monitoramento dos indicadores avaliados no AMAQ. Resolvemos fazer duas tabelas para facilitar o acompanhamento (apêndices 2 e 3).

Minha área é caracterizada por ser uma região de baixo nível socioeconômico e desemprego. Aliado a isso as taxas de alcoolismo também são altas, o que contribui para o uso abusivo do tabaco. No início observamos a resistência da população alvo no programa de controle ao tabagismo, ocorrendo descontinuidade e abandono. Mais a traves de palestras conseguimos mobilizar a população. Então, que aderiram ao programa e hoje procuram melhorar sua qualidade de vida.



CAPÍTULO II: O acolhimento norteando as práticas da equipe em Carira (SE).

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2012).

É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços (BRASIL, 2013).

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Dá-se o nome de demanda espontânea, aquele paciente que comparece a UBS inesperadamente seja por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde, e ela devem ser acolhidas na atenção básica, que pode ser capaz de absorver e ser resolutiva em grande parte dos problemas de saúde através da criação e fortalecimento de vínculos. Cria-se, então, oportunidade para invenção de novas estratégias de cuidado e de organização dos serviços.

Por sua vez, a demanda programada é aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ação previa à consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõem as redes de atenção primária a saúde pautada em ações preventivas.

Para realização da microintervenção, o primeiro passo foi reunir a equipe de saúde, que já possuía uma estratégia de acolhimento implantada.. Nossa unidade oferta consultas de puericultura, atenção pré-natal, atenção a hipertensos e diabéticos, saúde de idosos, saúde mental e realização de visitas domiciliares, que são agendadas (marcadas) pelos agentes comunitários de saúde.

O primeiro contato do usuário é na recepção, para serem direcionados ao atendimento, evitando esperas desnecessárias. Também temos a classificação de risco, feita pelo enfermeiro, para organizar o acesso do usuário. Isso acontece quando as consultas são programadas.

Quando se trata de demanda espontânea, o fluxograma também inicia-se pela recepção, escuta qualificada pelo enfermeiro, classificação de risco e consulta com o médico, que avaliará se o problema pode ser resolvido na UBS, ou precisa de encaminhamento para o hospital, nos casos de agudização. Para ampliar o conhecimento sobre as principais necessidades da população realizamos visitas domiciliares e reuniões com os usuários. Assim, temos tido resultados satisfatórios com essa forma de acolhimento. Identificam-se na nossa equipe a sensibilidade, o compromisso, a responsabilidade e o reconhecimento da importância do acolhimento no atendimento integral e resolutivo aos usuários na UBS.

Como dificuldades do acolhimento, posso dizer que na minha área apesar de não ter uma população muito grande, é um área bem extensa ou seja que atende 5 (cinco) micro áreas onde só duas de elas contam com um posto de saúde completamente estruturado e as outras 3 (três) o atendimento é feito em escolas e isso dificulta um pouco mais o acolhimento, já que não tem uma sala de acolhimento, os usuários conhecem pouco ou nada do tema, ademais dos extensos períodos de tempo entre o agendamento e a realização do atendimento.

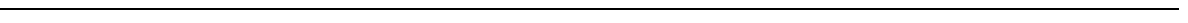
Como potencialidades do acolhimento posso dizer que em nossa equipe trabalhamos para melhorar o acolhimento a pesar das poucas condições, fazemos reuniões mensais, buscamos estratégias para melhorar, trabalhamos em equipe coisa que é muito importante se queremos melhorar nosso trabalho, os agentes comunitários de saúde são bem acolhidos por a comunidade, fazemos visitas domiciliares, pesquisamos e avaliamos os riscos presentes em nossa comunidade, fazemos palestras em dependência

do problema de saúde presente em nossa comunidade e com o objetivo de educar nossa população em quanto a acolhimento.

A medida que trabalhamos, pode surgir alguma eventualidade, que podemos aprender com ela e nos aperfeiçoar para trazer melhorias ao acolhimento da população. A organização a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda.

É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento: Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc.

Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério em Carira(SE)

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar em relação aos aspectos pertinentes do sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não apenas ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica que o sujeito possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve reproduzir (SÃO PAULO, 2016).

Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. A constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

Chama-se de Planejamento Familiar, o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente, é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades (BRASIL, 2013).

O acolhimento sobre saúde sexual na equipe em que atuo é feito sempre com escuta qualificada, aconselhamento e atividades educativas. Fazemos palestras com a população feminina, masculina e adolescentes, procuramos abordar sobre a existência de métodos contraceptivos e os disponíveis na unidade que são: Orais, Injetáveis, de barreira,

comportamentais e de emergência. E, no caso dos não disponíveis (DIU e esterilização), encaminhamos para a referência. Abordamos as características dos métodos, aceitabilidade, eficácia, efeitos secundários, modo de uso, disponibilidade e proteção contra IST/HIV. Mas também fazemos consultas, procurando encaixar à realidade de cada um, respeitando sua singularidade. Nos casos de infertilidade conjugal, realizo o acolhimento, solicito exames e encaminhamento para o especialista.

Até o presente momento, não tivemos casos de HIV/Aids. Mas, sempre realizamos ações educativas e incrementamos os testes rápidos. Através de reuniões da equipe, percebemos que na realidade da nossa área, temos muitas gestantes na adolescência. Então decidimos intensificar, palestras nas escolas incluindo pais, alunos e professores, para mobilizar esse grupo e tentar diminuir esse número.

As gestantes são captadas pelos agentes comunitário de saúde, que marcam as consultas com o enfermeiro e o médico. Nas consultas, procuro abordar os seguintes temas: se a gravidez foi planejada, histórico pessoal e familiar de doença, quantidade de gestações/partos/abortos, DUM/DPP, mudanças no organismo feminino, estímulo de alimentação saudável e atividade física. Solicito exames laboratoriais, USG, vacinação, vitaminas, tudo preconizado pelo ministério da saúde.

Realizo exame físico e orientações, preencho cartão da gestante, deixo marcada a próxima consulta. Explico sobre os tipos de parto e sobre a maternidade onde será atendida; oriento sobre a importância e benefícios do aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, assim como o retorno à UBS após o parto, para consulta puerperal e teste do pezinho.

Caso seja diagnosticada alguma situação de risco habitual que possa ser resolvida na atenção básica, inicio logo o tratamento. Quando se trata de gestação de alto risco, encaminho a paciente para o centro de especialidade, mas não deixo de contra referenciarla.

As dificuldades que encontro na minha área são: demora na marcação de exames; demora para o laboratório do município entregar os resultados de exames; o fato de o laboratório não realizar todos os exames solicitados, e com isso os pacientes são encaminhados a outro município, tendo despesas com alimentação e transporte; o fato do município não liberar a realização de USG morfológica, e assim nem todas as gestantes têm condições para pagar por ela.

Diante dos problemas citados, e através de reuniões com a equipe, chegamos a conclusão que nenhuma gestante está desassistida, porém ainda temos uma quantidade significativa de gestação na adolescência. E também alguns problemas na realização dos exames. O que está ao nosso alcance, já estamos realizando, como: educação em saúde sexual principalmente nas escolas, planejamento familiar, IST/Aids. Quanto a logística dos exames, sempre tentamos dialogar com a gestão, para que assim facilite o acesso da gestante, a fim de seguir com um pré-natal de qualidade.



CAPÍTULO IV: A linha de cuidado em Saúde Mental começa por minha ESF em Carira (SE).

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013).

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta

Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

No primeiro momento foi reunir a equipe, integrada por médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, para determinar como ter um melhor controle dos pacientes de saúde mental em nossa área, em quanto à quantidade, uso crônico de medicamentos controlados etc. Primeiramente a gente fez um instrumento que permitisse o registro dos mesmos, este consistiu em uma tabela que recolhia dados como: Nome e Sobrenome, Idade, Data de nascimento, No. Cartão de SUS, Endereço, Medicamentos/ Dosagem/ Apresentação/ Dose, Diagnóstico, Tempo de tratamento, Avaliação Psiquiatria/ Psicologia e Observações (ver Apêndice 4).

Uma de as principais dificuldades encontradas foi a falta de informação pelos pacientes sobre a medicação que utiliza e o seu desconhecimento. Pacientes que usam mais de um medicamento controlado ao dia. Pacientes que não tem acompanhamento por Psiquiatria/ Psicologista por mais de um ano. E quanto à possibilidade de tentar minimizar o seu uso, eles alegam não saber ficar sem o uso do medicado controlado.

Pudemos perceber que a construção deste instrumento potencializou a equipe de conhecer melhor seus usuários e, além disso, discutir sobre que contexto os levou a utilizar o acolhimento à saúde mental. Também foi uma forma de organizar o acompanhamento do paciente pela equipe, e até mesmo de alertar quando ele está muito tempo sem passar por avaliação do psiquiatra. Então com muita dificuldade, tentamos marcar uma consulta para ele no CAPS, e nos casos de agudização são encaminhados para urgências psiquiátricas na capital.

A situação acompanhada diz respeito a um paciente de 50 anos, masculino, natural e proveniente de Carira (SE), casado, desempregado (taxista como profissão), pai de 3 filhos, ensino fundamental completo, evangélico. Vem acompanhado da sua esposa na primeira consulta no posto. Paciente que relata como queixa principal: Sentimentos de culpa “Pensamentos de morte”. A esposa relata que paciente teve depressão há 10 anos e há 4 meses demonstra sinais de nova depressão em período que coincide com a morte da mãe do paciente, o que resulto em abandono de emprego de taxista, desde então, a esposa relata que o paciente apresenta, insônia, irritabilidade, perda de interesse ou prazer pela vida, dificuldade de concentração e fadiga etc.

Primeiramente este paciente é acolhido na UBS, munido de seus documentos pessoais e seu cartão de SUS, depois a equipe realiza a triagem, para logo ser atendido pelo

médico, e conhecendo o quadro clínico (Particularmente falando desse caso), o paciente precisa e é encaminhado para o CAPS, com o diagnóstico de “Transtornos Depressivo”. A equipe multidisciplinar do CAPS avalia as necessidades do usuário, considerando seu contexto histórico, social e psicológico e constrói o Projeto Terapêutico Singular (PTS). A partir do PTS inicia-se um acompanhamento terapêutico (biopsicossocial) onde o usuário do serviço recebe apoio psicossocial partir de atividades terapêuticas, culturais e sociais, objetivando sua reabilitação psicossocial.

Na minha região, a saúde mental ainda está em uma fase de construção a passos lentos. Existe apenas um CAPS, que atende a todo o município e todos os tipos de transtornos mentais desde os mais graves aos mais leves. Então isso se torna difícil, pois em alguns casos atendo pacientes com transtorno de ansiedade, que precisam mais de um acompanhamento do psicólogo do que de medicação, e infelizmente só temos um psicólogo que não faz esse tipo de acompanhamento individualizado e rotineiro.

Também existem casos em que o paciente está com dificuldade de dormir e por essa razão é prescrito medicação controlada, o que acaba por aumentar esse uso indiscriminado de controlados, e sem acompanhamento mensal pelo psiquiatra, pois já está ultrapassando seu limite de consultas e assim fica cada vez mais difícil fazer o desmame daquela medicação. Ou seja, aqui nos deparamos com casos que poderiam ser resolvidos apenas com a escuta e acompanhamento da psicologia, e de pacientes que fazem uso de controlados e poderiam fazer o desmame da medicação e avaliação pelo psiquiatra se tivéssemos profissionais suficientes para cobrir a grande demanda. Aqui também não tem NASF, o que dificulta ainda mais. Nós não temos uma contra referência direta do CAPS. Isso é feito pelas visitas dos ACS em suas micro áreas, que nos passam informações nas reuniões da equipe.

Minha equipe e eu gostamos muito da experiência de estar à frente com a população, exercendo a profissão e compreender o quão importante é um profissional ter um olhar humanizado. Esta experiência foi importante para constatar a necessidade de intervenção junto à população. Infelizmente não foi possível criar mecanismos de minimizar o uso indiscriminado de medicamentos controlados. Dessa forma se faz necessário uma reflexão por parte de todos nos em quanto ao uso de forma racional existindo um acompanhamento constante dos pacientes por um profissional da equipe de saúde. Aprendemos a ouvir o paciente, atendê-lo em sua singularidade e compreender a sua dor, visto que muitos utilizam medicamentos psicotrópicos como medida de “fuga” aos

problemas do dia-a-dia. Ter empatia pelo outro é essencial, pois te faz compreender as dificuldades que possam existir e assim diminuir conflitos.

É necessário dar continuidade a pesquisa, buscando meios de minimizar o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos, buscando parcerias inter e intrasetoriais para investigar o perfil de uso de psicofármacos na APS para faz-se planejar estratégias de intervenções em saúde mental, relacionadas com a promoção do uso racional dos medicamentos. Também é essencial elaborar estratégias para melhorar o acesso, tratamento dos usuários e uso racional de psicofármacos, incluindo a revisão das listas de medicamentos essenciais e a capacitação dos profissionais da APS.

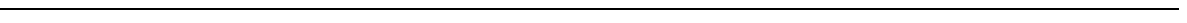
Além disso, torna-se imperioso efetivar a implementação de programas que visem desburocratizar a entrega das receitas de psicofármacos para os usuários, utilizando recursos já existentes nos serviços de saúde, como o acolhimento humanizado e formação de vínculo com a equipe da UBS, com enfoque na integralidade para detecção dos transtornos mentais por todos os profissionais e agentes de saúde.

Para a enfermagem, especificamente, sugere-se criação de oficinas e grupos de educação para a saúde com o intuito de inserir o usuário na comunidade e aumentar o vínculo com esses pacientes. Em contrapartida, é evidente que o usuário assistido pelas equipes de saúde, contribui positivamente para melhoria da qualidade de vida. Diante disso, entende-se que a educação e a promoção da saúde caminham juntas, gerando possibilidades para que o paciente de saúde mental se conscientize e empodere, objetivando a sua qualidade de vida.

Conclui-se que, o uso indevido de psicotrópicos envolve todos os atores sociais por vários motivos, dentre eles destaca-se os terapêuticos, a automedicação e a praticidade e/ou conforto por alguns profissionais gerando grande preocupação quanto à falta de informação sobre as consequências do seu uso crônico pelos usuários. Ações de proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças são desenvolvidas com enfoque multiprofissional, entre os integrantes da equipe da UBS.

Todos têm uma grande responsabilidade na promoção da saúde tornando-se notável a necessidade e a importância da disponibilização do tratamento e do uso de medicamentos no tratamento dos reais transtornos na saúde mental. Dessa forma se faz necessário uma reflexão por parte de todos quanto ao uso de forma racional existindo um acompanhamento constante dos pacientes por um profissional da equipe de saúde.





CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança em Carira (SE)

No âmbito da atenção à saúde da criança, destaca-se a puericultura como instrumento de acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, por meio de ações simples, e eficazes e de baixo custo. Para tal, deve-se compreender e conhecer a criança e sua família por uma visão física, mental e social, mantendo o vínculo com os familiares, além de estimular a responsabilidade contínua e conjunta na atenção à criança (VIEIRA et al, 2012).

A puericultura destina-se a assistir integralmente a criança e a família, por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos, correlacionando determinantes físicos, sociais e psíquicos da criança com o ambiente no qual ela está inserida, com vistas à redução dos adoecimentos, aumentando, assim, as chances de a criança crescer e se desenvolver alcançando todo o seu potencial. Desse modo, torna-se uma aliada na efetivação da promoção da saúde infantil, à medida que objetiva enfrentar múltiplos problemas relativos à saúde, a partir da ampla compreensão do processo saúde-doença e de seus determinantes (MARTINIANO et al, 2013).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Este calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada (BRASIL, 2012).

O primeiro contato da puericultura na nossa equipe começa a partir do pré-natal. O médico e enfermeiro realizam orientações a gestantes sobre a importância do acompanhamento da criança após seu nascimento na UBS. No início o dia da puericultura era reservado no cronograma.

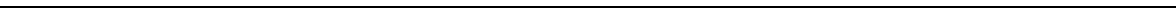
As crianças de zero a dois anos são cadastradas pelos agentes comunitários de saúde, estes informam ao enfermeiro. Na unidade existe um registro para o acompanhamento de essas crianças e as consultas agendadas os agentes de saúde tem a função de avisar aos pais o dia da consulta.

Porem, minha equipe encontrou umas dificuldades que impediam de reservar um dia exclusivo para puericultura. Pois minha área é muito grande e as micro áreas são afastadas e distantes, então as crianças costumem-se consultarem comigo só quando estão doentes, o que acaba não sendo uma puericultura rotineira. Assim o acompanhamento rotineiro das crianças de ate dois anos e uma consulta completa de puericultura são realizados pelo enfermeiro. E quando ele percebe alguma alteração encaminha ao medico da área.

Como falei na minha área e realizado a consulta como é orientada pela literatura e existe um dia programado para isso. Porem, por questões de outras demandas e pouco tempo, a puericultura é realizada pelo enfermeiro e dou suporte quando e necessário.

Nossa equipe faz palestras com as mães, orientações coletivas, nas consultas faz exame físico, procuram saber sobre alimentação, promove o aleitamento materno exclusivo ate seis meses, acompanha o crescimento e desenvolvimento a traves do preenchimento do cartão da criança.

Com a realização de esta micro intervenção, esperamos que possamos introduzir no cronograma um dia exclusivo para puericultura como é preconizado por o ministério da saúde e melhorar o acompanhamento das crianças.



CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Carira(SE)

As doenças crônicas são devastadoras para indivíduos, famílias e comunidades, particularmente as populações pobres e são uma ameaça crescente ao desenvolvimento econômico (BRASIL, 2014).

Na minha unidade de saúde, o primeiro contato com os pacientes doentes crônicos se dá através de uma consulta normal em que solicito exames de rotina. De acordo com o exame clínico e resultado de exames, realizo diagnóstico, então colocamos o nome do paciente em um livro de registro para pacientes com doenças crônicas, principalmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Nesse livro de registro informamos o nome do paciente, idade, sexo, medidas antropométricas (Peso, Altura e IMC), fatores agravantes, co-morbidade, medicações em uso (Dosagem, Posologia), data da consulta e o retorno. Através deste instrumento conseguimos acompanhar o paciente no controle de sua doença crônica.

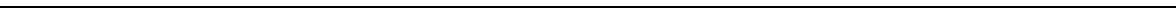
Normalmente o tempo de espera em número de dias para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde é de 7 dias. A partir de aí damos seguimento ao tratamento observando a aceitação da medicação. Para pacientes que estão com todos os exames controlados agenda-se um retorno para 6 meses e, para aqueles que possuem alguma co-morbidade, o retorno será com 3 meses. Mas, caso o paciente necessite de uma consulta antes de esse período, será atendido como demanda espontânea.

Do mesmo modo, se o paciente não tiver respondendo ao tratamento na atenção básica, encaminhado para o especialista. Por mais que agendamos essas consultas para 3 ou 6 meses, todo mês realizamos palestras sobre doenças crônicas referentes a fatores de risco, alimentação saudável, atividades físicas, cumprimento do tratamento e, durante essas palestras, sempre avaliamos o Peso, Altura, Glicemia e Circunferência abdominal.

Durante esses procedimentos, caso exista algum paciente com alguma alteração, ele será atendido no mesmo dia pela médica. O registro dos pacientes facilita o acompanhamento dos mesmos pela equipe. Sendo que ajuda aos agentes de saúde a comunicá-los a data da sua próxima consulta. Neste caso, eu já solicito os exames que ele deveria trazer sempre na consulta anterior.

As fragilidades que temos são causadas pela adesão tardia ao tratamento, pois as vagas para realização dos exames são escassas e demora a sair o resultado. Então, o tratamento fica atrasado.

Apesar do registro ser muito útil, nem sempre conseguimos aproveitá-lo de maneira exitosa, pois existem falhas na rede (marcação de exames) do SUS do meu município.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Plano de Continuidade

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
O Tabagismo como principal problema de saúde no Bonfim (SE).	Por se tratar de uma área com alta prevalência de tabagistas e da vulnerabilidade relacionada a esse problema, mobilizou a população através de ações de educação em saúde e dialogou com a gestão sobre a importância de implantação de um programa de combate ao tabagismo.	Adesão do Município ao Programa Nacional de Combate ao Tabagismo; Implantação das primeiras turmas de usuários ao programa; Redução do tabagismo em 70%.	Sustentar a adesão do Município ao programa; Realizar ações educativas antitabagismo mensalmente; Realizar eventos e campanhas periódicas alusivas ao tema; Divulgar no calendário o dia nacional do tabagismo; Aumentar a quantidade de profissionais de saúde capacitados multiplicar a formação de grupos antitabagistas.
O Acolhimento norteando as práticas da equipe em Carira (SE).	A Atenção Básica precisa acolher e escutar muito bem os usuários. Através da intervenção, a equipe discutiu e praticou os fundamentos da Política Nacional de Humanização em relação ao acolhimento,	Melhoria do atendimento prestado pelos profissionais da equipe; Criação de um canal de diálogo com a gestão para discutir e alcançar melhorias ambientais e estruturais através de obras de reparos.	Manutenção do Acesso Avançado priorizando o espaço da demanda espontânea; Discutir e definir periodicamente a inserção e participação de diferentes profissionais no acolhimento; Ampliar a capacidade resolutive da equipe de saúde via educação permanente e

	otimizando a organização da demanda e as necessidades dos usuários.		integração com a Rede de Atenção à Saúde.
O planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, em Carira (SE).	A gravidez na adolescência é um grande problema no Brasil, principalmente por falta de conscientização sobre o tema. Assim, implantamos, na rotina: a realização de ações educativas em escolas, sobre IST e gravidez; captamos as mulheres em idade fértil para realização do planejamento familiar; e intensificamos as visitas domiciliares às gestantes e as visitas puerperais.	<p>Maior adesão das mulheres ao uso de métodos anticoncepcionais;</p> <p>Maior número de gravidez classificada como do tipo planejada;</p> <p>Aumento da adesão das usuárias ao planejamento familiar;</p> <p>Aumento da captação precoce das gestantes para início do pré-natal no primeiro trimestre.</p>	<p>Manter a realização periódica de ações educativas e de promoção à saúde nas escolas e demais espaços comunitários;</p> <p>Acompanhar mensalmente o livro e planilhas de registro do planejamento familiar;</p> <p>Garantir a oferta e distribuição de métodos anticoncepcionais masculinos e femininos.</p>
A linha de cuidado em Saúde Mental na minha ESF	Relatamos para os gestores municipais as prioridades de nossa área em relação à saúde mental, após reuniões de avaliação	<p>Contratação de um psiquiatra para suporte e apoio matricial;</p> <p>Melhoria na referência/contrarreferência;</p>	<p>Implantar agenda de trabalho integrada com o nível de atenção secundário para organização do processo de apoio matricial;</p> <p>Sensibilizar e capacitar a</p>

	<p>e discussão. Os problemas elencados foram: uso de medicamentos controlados sem necessidade; falta de acompanhamento por psiquiatra e psicólogo; e ausência de pessoal capacitado para acolher e triar os usuários em situação de sofrimento e transtorno mental.</p>	<p>Diminuição do uso indiscriminado de medicamentos controlados; Instalação de processo seletivo para contratação de psicólogos.</p>	<p>equipe da atenção básica para acolher com resolutividade e encaminhar, quando necessário, os usuários em/com sofrimento/transtorno mental para a Rede de Atenção à Saúde.</p>
<p>A atenção à saúde da criança, Crescimento e Desenvolvimento (CD) no Bonfim (SE)</p>	<p>As consultas de puericultura e de C.D. devem ser realizadas pela equipe de atenção básica. Devido à grande demanda de atendimentos neste ciclo de vida, elas são realizadas pela Enfermagem que, em caso de necessidade, encaminha para a médica. Outro fato que dificulta a atenção é a distância geográfica entre as micro áreas e a sede</p>	<p>Implantação de reuniões periódicas para reflexão sobre a prática. (Ainda não conseguimos inserir na agenda medica a puericultura e as consultas continuam sendo feitas pelo enfermeiro, com qualidade).</p>	<p>Manter reuniões sistemáticas para autoavaliação e discussão em equipe sobre o processo de trabalho mais adequado para organização da demanda neste ciclo de vida; Reorganizar as agendas inserindo, pelo menos uma vez ao mês, a puericultura com a médica, para melhorar a integração dos profissionais e a oferta de serviços.</p>

	da UBS.		
O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na minha unidade de saúde.	Temos nos dedicado a prevenção das DCNT e implementação do Hiperdia, mas encontramos algumas barreiras de fluxo na rede municipal, pela redução de vagas para realização de exames e início tardio do tratamento. Também ocorre a falta de programas e profissionais de apoio, como: academia da cidade e nutrição saudável.	Aumento da participação dos usuários às reuniões do Hiperdia; Maior adesão ao tratamento e controle de suas morbidades; Sensibilização dos gestores para implantação de processo seletivo para contratação de profissionais de apoio (Nutricionista/Educador Físico).	Incluir os novos profissionais contratados em reuniões e debates da equipe, discutir os principais problemas e avaliar o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com DCNT; Sensibilizar os gestores para repactuação das cotas com a finalidade de ampliação da oferta de exames e serviços nos níveis secundário e terciário da Rede de Atenção à Saúde



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finaliza-se, então, essa coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de cada micro intervenção realizada na UBS Bonfim, em Carira, no Estado de Sergipe.

Foram incorporadas à equipe as diversas reuniões sistemáticas de avaliação do processo de trabalho, bem como vários momentos de leitura e discussão de situações percebidas e de protocolos assistenciais.

As rodas de conversações realizadas despertaram os aspectos reflexivos para a problematização e busca de soluções através do planejamento coletivo de intervenções.

Foram muitos os resultados alcançados, entre eles: adesão do Município ao Programa Nacional de Combate ao Tabagismo; redução do tabagismo em 70%; melhoria do atendimento prestado pelos profissionais da equipe; criação de um canal de diálogo com a gestão para discutir e alcançar melhorias ambientais e estruturais através de obras de reparos; maior adesão das mulheres ao uso de métodos anticoncepcionais; maior número de gravidez classificada como do tipo planejada; aumento da adesão das usuárias ao planejamento familiar; aumento da captação precoce das gestantes para início do pré-natal no primeiro trimestre; melhoria na referência/contra referência; diminuição do uso indiscriminado de medicamentos controlados; implantação de reuniões periódicas para reflexão sobre a prática; aumento da participação dos usuários às reuniões do Hiperdia; maior adesão ao tratamento e controle de suas morbidades; sensibilização dos gestores para implantação de processo seletivo para contratação de profissionais de apoio.

Para sustentar os ganhos alcançados, convém: manter as reuniões sistemáticas para discussão em equipe sobre o processo de trabalho mais adequado para organização das demandas; reorganizar as agendas inserindo, pelo menos uma vez ao mês, os temas trabalhados nas intervenções; melhorar a integração dos profissionais e a oferta de serviços; discutir periodicamente os principais problemas e avaliar o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dos usuários; e sensibilizar os gestores para repactuação das cotas com a finalidade de ampliação da oferta de exames e serviços nos níveis secundário e terciário da Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 164p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v.1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v.2).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- FIGUEIREDO, V. C.; SZKLO, A. S.; COSTA, L. C.; KUSCHNIR, M. C. C.; SILVA, T. L. N.; BLOCH, K. V. et al. **Erica**: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Publica*. v.50, supl.1, p.12. 2016.
- MARTINIANO, C. S. et al. Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória. v.15, n.1, p.40-48, jan-mar, 2013.
- NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.
- SÃO PAULO (Estado). Assembléia legislativa do Estado de São Paulo. **Projeto de Lei Nº 706, de 2016**. Cria a Política Estadual de Saúde Sexual e Reprodutiva, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/spl/2016/09/Propositura/1000004121_1000007948_Propositura.doc>. Acesso em Jul. 2018.
- VIEIRA, V. C. L. et al. **Cogitare Enferm**. v.17, n.1, p.19-25, jan-mar, 2012.
-



APÊNDICES

Apêndice 1: Matriz da micro intervenção I, 2018.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão: 4.39. A equipe de Atenção Básica desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no território.

Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Desenvolvimento de ações voltadas ao uso indiscriminado de tabaco em adolescentes e adultos jovens no território.

Objetivo/meta: Reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo do tabaco

Estratégias para alcançar os objetivos /metas	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
<p>Prevenir iniciação ao tabagismo em adolescentes e adultos; Implantar o programa nacional de combate do tabagismo; Ter um acompanhamento o rotineiro dos usuários tabagistas.</p>	<p>Realizar ações educativas para famílias, destacando os riscos e consequências do cigarro para a saúde, tantos em fumantes ativos quanto passivos; Promover e fortalecimento de um ambiente favorável à implementação de todas as medidas e diretrizes de controle do tabaco (avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou coletiva, e se necessário tratamento medicamentoso); Acompanhar de perto cada usuário afim de reduzir os danos causados pelo tabagismo.</p>	<p>Utilizar impressos e multimídias em palestras, que causam impacto para saúde humana; Ter uma equipe treinada, realizar preenchimento de formulário dos usuários, realizar reuniões com usuários e prescrever a medicação quando necessário; Criar um dispositivo de armazenamento de informações dos usuários envolvidos no tratamento, contendo dados pessoais, patológicos, assiduidade em reuniões e evolução da clínica.</p>	<p>Conscientização de jovens e adultos que ainda não tiveram contato com o tabaco sobre seus malefícios; Potencializar ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual,</p>	<p>-médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde. - médicos e enfermeiros -médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.</p>	<p>60 dias</p>	<p>- Número cada vez maior de ouvintes nas palestras; - Aumento da procura para o tratamento e fidelidade do paciente até o fim do tratamento; - Aquisição de mudança no estilo de vida do paciente, e consequentemente redução da morbimortalidade.</p>

			social e ambiental dos produtos derivados do tabaco; Redução de adoecimento da população, principalmente por doenças crônicas, e assim de hospitalizações e mortes.			
--	--	--	---	--	--	--

Apêndice 2: Instrumento 1 para registro e monitoramento do tabagismo.

INSTRUMENTO 1		FICHA DE CADASTRO DE PACIENTES TABAGISTAS NO TERRITÓRIO					
Nome e Sobrenome	Idade	Sexo	Micro área	Tempo que leva fumando?	Quanto cigarro fuma ao dia	Já tentou parar de fumar?	
						Sim	Não

Apêndice 3: Instrumento 2 para registro e monitoramento do tabagismo.

INSTRUMENTO 2	
FLUXO DE IDENTIFICAÇÃO E ABORDAGEM DO TABAGISTA NO TERRITÓRIO	
Identificação dos tabagistas do território	a) ficha de cadastro individual.
	b) atendimento/acolhimento na unidade.
Orientações aos Usuários que não querem parar de fumar:	a) malefícios do tabagismo
	b) tipos de tratamento para tabagismo
	c) disponibilidade de tratamento na rede e do fluxo que os usuários devem seguir para inicia-lo
	d) redução de danos.
	a) Acompanhar o usuário periodicamente, abordando a questão do tabagismo

Orientações aos Usuários que querem parar de fumar:	b) Realizar abordagem individual, monitorando: b.1) nível de dependência ao Tabaco; b.2) motivação para o tratamento; b.3) disponibilidade para o tratamento.
---	--

Apêndice 4: Registro de paciente Saúde Mental, 2018.

No.	Nome e Sobrenome	Idade	Data de nascimento	No. Cartão de SUS	Endereço	Medicamentos / Dosagem/ Apresentação/ Dose	Diagnóstico	Tempo de Tratamento	Acompanhamento		Obs
									Psiquiatria ou Psicologista		
									Sim	Não	
1-											
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											

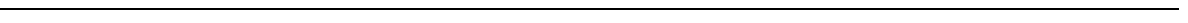
Apêndice 5: Questionário da Microintervenção, 2018.

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	

Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		X
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Apêndice 6: Questionário da micro intervenção VI, 2018.

QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO	Em relação às pessoas com Hipertensão Arterial		Em relação às pessoas com Diabetes Mellitus	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
QUESTÕES				
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	7		7	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			X	
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	X			
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que	X		X	



ANEXOS

