



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

RELATO DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O
PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SÍTIO NOVO, NO MUNICÍPIO
DE INDIAROBA(SE)

RAUL MANUEL DURAN VERDECIA

NATAL/RN
2018

RELATO DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DURANTE O PROGRAMA MAIS
MÉDICOS EM SÍTIO NOVO, NO MUNICÍPIO DE INDIAROBA(SE)

RAUL MANUEL DURAN VERDECIA

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 em Sítio Novo, no município de Indiaroba, no 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 autoavaliação 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:** Melhor controle da equistossomose e diminuição das subnotificações; redução das filas de espera; maior acessibilidade aos serviços de saúde; atendimentos centrados no usuário; menor índice de reclamações dos usuários; conscientização sobre uso do preservativo; maior controle dos pacientes com doenças psiquiátricas e psicológicas; redução do uso de psicofármacos; diminuição da desnutrição; detecção oportuna de alterações nos padrões de crescimento e desenvolvimento; atualização dos registros de vacinação; melhor acompanhamento dos portadores de doenças crônicas; Aumento de visitas aos usuários acamados e domiciliados. **Considerações finais:** É importante que o profissional médico e sua equipe estejam qualificados afim de manter o espaço de interação e avaliação da equipe e da equipe com a comunidade, melhorar as condições do local de acolhimento, aumentar a preparo do profissional para escuta qualificada no acolhimento, monitorar o grau de satisfação dos usuários, reavaliar o fluxo das consultas e obter maior organização.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	09
CAPÍTULO 2	14
CAPÍTULO 3	18
CAPÍTULO 4	22
CAPÍTULO 5	27
CAPÍTULO 6	31
CAPÍTULO 7	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

APRESENTAÇÃO

Sergipe é um dos 26 estados que conformam a República Federativa do Brasil, sua Capital é Aracaju. Localizado na região nordeste do país, limita ao norte com Alagoas, ao este e sul com o Oceano Atlântico, e ao oeste com Bahia. de acordo com o Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2010, a população é de 2.019.679 habitantes, com uma densidade de 92,18 hab/km² e uma superfície total de 21 910.35 km², idioma Português, gentílico Sergipano (IBGE, 2010).

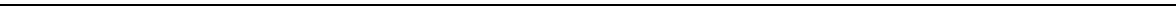
O município Indiaroba limita com os municípios Santa Luzia do Itanhy, Estancia, Umbaúba e Cristinápolis em território sergipano, Jandaira em território baiano, a distância até a capital 100 km, tem uma área de 313 576 km², uma população de 15 861 habitantes (IBGE 2010) e uma densidade de 50,58 hab/km², clima tropical (IBGE, 2010).

A caracterização da população do território de atuação do ESF especificamente consta de 2276 pessoas e 241 famílias, distribuída em 8 povoados, cindo de referência o Povoado Sitio Novo, com um nível de escolaridade baixo, a atividade fundamental é a agricultura e a pesca, a acessibilidade a os serviços de saúde baixa, e com predomínio populacional do sexo feminino, e o grupo etário predominante é entre 40-50 anos.

Minha equipe de saúde está composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e oito agentes comunitário de saúde e um médico. A equipe trabalha de segunda a sexta feira, no horário de 08:00 horas da manhã até 14:00 horas da tarde, nos oito povoados, onde temos atendimentos um dia para cada um deles, planejando as consultas pré-natais, hipertensos/diabéticos, demandas espontâneas, urgências, puericultura, Programa Saúde na Escola (PSE) e visitas domiciliares, entre outras atividades de promoção e prevenção de saúde.

O trabalho de conclusão de curso está estruturado em seis relatos com abordagens ao serviço de saúde na atenção básica, através da realização de microintervenções em áreas de atuação específicas da saúde (observação da unidade, acolhimento, saúde reprodutiva, saúde mental, saúde da criança e controle de doenças crônicas não transmissíveis), mais um sétimo capítulo que contém um plano para sustentabilidade das ações nos anos seguintes.

Sendo assim, convido você, leitor, a conhecer um pouco da rotina de um médico no contexto rural do nordeste brasileiro. Boa leitura!



CAPÍTULO I: Plano para redução da incidência de Esquistossomoses em Sítio Novo, no município de Indiaroba(SE).

Na Micro intervenção realizada pela equipe de trabalho foram identificados os principais problemas de saúde da comunidade. Entre dos principais problemas de saúde identificados pela nossa equipe de saúde, na população da localidade de Sítio Novo são, está o alto índice e prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis, entre elas, a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus; Altos índices de pacientes que fazem uso de Psicofarmacos; Altos índices de doenças sexualmente transmissíveis; Altos índices de doenças parasitárias; Alto índice de infestação pela esquistossomoses, sendo esta última a de maior incidência na população e prioridade para intervir.

A esquistossomose é uma doença parasitária que afeta frequentemente a saúde das pessoas, causadas pelo verme *Schistosoma Mansoni*, essa infecção pode causar sintomas e complicações como febre, náuseas, vômitos, hepatomegalia entre outros. Pelo geral afeta pessoas que moram em condições higiênicas e econômicas baixas e áreas com condições ambientais favoráveis para a instalação do verme e o caramujo transmissor, mais frequentes nas localidades sem saneamento ou com saneamento básico inadequado (BRASIL, 2010).

Trata-se de uma doença infecto parasitária, veiculada pela água e causada pelo *Schistosoma mansoni*, parasita que tem no homem seu hospedeiro definitivo, mas que necessita de caramujos de água doce como hospedeiro intermediário para desenvolver seu ciclo evolutivo. A transmissão desse parasita se dá pela liberação dos ovos através do homem infectado, em contato com a água os ovos desabrocham e libertam larvas que morrem se não encontrarem caramujos para se alojar, se os encontram, dão continuidade ao ciclo evolutivo e liberam novas larvas posteriormente infectam os homens penetrando pela sua pele ou mucosas (BRASIL, 2010).

No Brasil, estima-se que cerca de seis milhões de pessoas infetadas, fundamentalmente no nordeste do país. Nesse sentido Sergipe é dos estados de prevalência alta com a doença estabelecida na zona da mata e do litoral (de acordo com dados do Sistema de informação de Agravos e Notificação SINAN), no período 2012-2015, e tendo uma maior prevalência nos pacientes de cor parda, com ensino fundamental incompleto, adultos, do sexo masculino e que moram na zona urbana (BRASIL, 2010).

Tomando conta que pelas características do município Indiaroba que uma de suas atividades fundamental de manutenção e a pesca, possui uma alta incidência na infecção

pelo *Schistosoma Mansoni*, também pelos resultados obtidos no estudo realizado na população pelo nosso Equipe de Saúde com uma mostra de 295 pacientes (que representa um 6,7 por cento) da população total do povoado, e fundamentalmente escolhidos do sexo masculino, com idade entre 25 e 50 anos e fundamentalmente desenvolvidos na atividade da pesca (ROLLEMBERG et al., 2008; 2011).

Apojados nas fichas de atendimento individual, as estatísticas das notificações de casos novos e dos resultados de exames laboratoriais e os dados clínicos-epidemiológicos, demonstrou-se que dos 295 pacientes um total de 38 (para um 12,8 %) apresentaram manifestações clínicas de infecção por *Schistosoma*, e em 13 (para um 4,4%) foi confirmado pelo laboratório a presença do parasita, além disso outro por cento não se realizou os exames, ou mudou-se de casa, pelo q ainda não pode se estabelecer o por cento com precisão. Por isso a necessidade de elaborar um plano de intervenção quanto para orientar a população sobre como prevenir a doença como identificar as possíveis complicações da doença já estabelecida (SANTOS, 2010).

Para a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade, a equipe em sua totalidade fez uma reunião, onde cada um dos profissionais de saúde identifico na sua área os fatores de risco e as doenças com maior incidência e a população maiormente afetado acordo com, a faixas etárias, sexo, depois a equipe estabeleço a ordem de prioridade, plano de ação, médios e recursos, tempo da execução, objetivos e resultados no prazo estabelecido do problema de saúde.

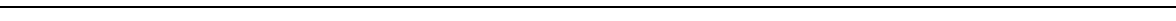
Quadro 1: Matriz de intervenção, 2018.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO
Descrição do padrão: 4.43. A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis (Incidencia da Eschistosomosis).
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Desenvolver plano de vigilância para reducao da Eschistosomosis.
Objetivo/meta: Melhorar a qualidade de vida da população obtendo uma diminuição na incidência e prevaença da esquistossomose; Elaborar um plano de ação para reduzir número de casos e o índice de infecção e a presença de complicações da esquistossomose na população.

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
_Equipar laboratorios diagnosticos.	_Reuniao com a Perfeitura, Secretaria de Saude e a Equipe de saude.	_Recurso financeiro pela parte da Perfeitura e da Secretaria de Saude. _Recurso humano. _Recursos materiais.	_Obter resultados de exames em pouco tempo. -	_Secretaria de saude	1ano	_Control das notificacoes de casos nuevos. _Mapeamento.
_Erradicacao de caramujos.	_Convocar as institucoes relacionadas ao tema. _Palestras na comunidade para o adequado saneamento e control dos residuos esgoto.	_Obter metodos de control e erradicacao (Biologico, Quimico “molucida”, Fisico).	_Disminucao do vector.	_Emfermeira. _Medico. _Secretaria de Saude.	6 meses	_Seguimento dos Indicadores de Control Ambiental.
_Informar a populacao sobre a doenca (schistosomosis)	_Palestras na comunidade. _Informar pelos meios de press. _Pintura mural nas UBS.	_Meios de press(Jornalismo)	_Maior conhecimento da populacao sobre a doenca e a prevencao.	_Secretaria de Saude. _Enfermeira. _Medico	6 meses	_Realizar encuestas na comunidade.

As principais dificuldades identificadas na realização do estudo são, escassos recursos para o saneamento das águas, escasso pressuposto no município para saúde para a construção de laboratórios e compra de equipamentos e médios diagnósticos, baixo interesse da população sobre o tema em questão, ou a população não tem dinheiro para se fazer os exames laboratoriais, perda dos resultados dos exames, os resultados de exames chegam

até 5 meses depois de sua realização, a instabilidade das pessoas no povoado, instabilidade na equipe de saúde, e outros problemas.



CAPÍTULO II: O benefício do acolhimento para a organização da demanda espontânea e programada em Sítio Novo, Indiaroba(SE).

Tendo presente que a saúde é um dos principais direitos das pessoas, e para o Ministério de Saúde Brasileiro e para o Governo Federal a saúde da população é primordial, em nosso trabalho cotidiano o pessoal da saúde leva a cabo o acolhimento que significa uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar. É o primeiro contato do usuário com a equipe de saúde e com certeza todo usuário tem problemas de saúde ou alguma preocupação sobre sua saúde, pelo que essa prática deve ser com a maior profissionalidade e humildade o que significa um desafio dia a dia para a equipe de saúde (BRASIL, 2013).

O acolhimento da demanda espontânea e programada tem como objetivo inclusão pois avalia sobre a ótica de riscos e vulnerabilidades das pessoas e da população de forma geral e para isso o profissional de saúde deve ter presente aspectos clínicos-epidemiológicos da sua área em específico, e assim pode se organizar e identificar adequadamente a ordem de prioridade das ações, como foi afirmado na Constituição do ano 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social (BRASIL, 2013).

Para obter a resolutividade na atenção básica, o profissional de saúde encarregado do acolhimento e consulta geral, deve saber escutar, analisar o problema do usuário (segundo Dalai Lama; A arte de escutar é como a luz que dissipa a escuridão da ignorância), temos que ter presente que cada pessoa tem suas próprias características, necessidades, nível de interpretação, e sensibilidade. Disso depende a qualidade do acolhimento e também é esse um dos problemas principais identificados no trabalho aqui apresentado (BRASIL, 2011).

No acolhimento de maneira geral, pode se apresentar diferentes situações e problemas de saúde que podem ser desde uma opinião de insatisfação até uma emergência o que vai requerer muito da preparação do pessoal de saúde e a capacidade da equipe para resolver o problema com a maior rapidez e qualidade, deve se estabelecer uma adequada ordem de prioridade das demandas espontâneas e as programadas com o objetivo de obter uma maior rapidez e resolutividade dos atendimentos quanto no posto de saúde como as visitas domiciliares e instituições (BRASIL, 2013).

A minha equipe presta atendimento em 8 povoados, mais como referência o posto de saúde da localidade Sítio Novo, Município Indiaroba, Estado Sergipe. A implementação do acolhimento como estratégia no atendimento das demandas espontâneas e programadas começou no ano 2016. No início o acolhimento não teve muita aceitação pela comunidade, e troço inconvenientes como o estabelecimento de uma ordem de prioridades errado, e o acolhimento pelo médico virava em consulta medica, e o usuário aguardava por muito tempo o atendimento já que tia muita demanda da população.

No início deste ano a minha equipe realizo uma reunião onde foi analisado o benefício e qualidade do acolhimento, o grau de aceitação da população, e como agente pode fazer melhoras e manter o acolhimento. O acolhimento com a dimensão de postura ele assume a função promover, prevenir, proteger, cuidar e recuperar (BRASIL, 2010).

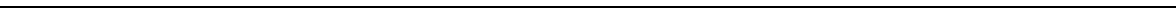
Por esse motivo a equipe fez um plano de estratégias para evitar a acumulação de pessoas no local, como foi planejar atendimentos por grupos de idades, grupos de risco, urgências e emergências, fazendo uso dos discriminantes (gerais e específicos), e estabelecendo o tipo de prioridades por cores; foi estabelecido o local para o acolhimento que reúna as características adequadas e privacidade; aumentar a preparação do profissional encarregado do acolhimento; procurar o momento para a equipe discutir os problemas e dificuldades da equipe, e discussão de casos; fazer conversas com os usuários para conhecer o grau de satisfação e monitorar a qualidade do acolhimento.

A equipe acho muito importante para nossa preparação fazer a discussão de casos, desde a sua chegada ao posto de saúde, refletir sobre os casos que precisarem ser encaminhados ou o manejo e acompanhamento da sua doença, além disso a equipe pode definir que caso precisa atendimento pelo médico ou de enfermagem. Para a equipe é um desafio muito grande já que é a nossa responsabilidade resolver a necessidade de saúde dos usuários com a maior rapidez e qualidade possível.

Para concluir, na reunião a equipe teve como resultado da avaliação do benefício do acolhimento na atenção primaria de saúde, que o usuário tem a maior acessibilidade ao serviço de saúde, q os atendimentos são mais direcionados e individualizado para cada usuário, e podem ser resolvidos e acompanhados os riscos e vulnerabilidades que foram detectados, foram menores as reclamações dos usuários, foi terminada as filas de espera nas consultas.

Espero que com este relato de experiência da minha equipe de saúde realizado com ajuda das enquetes, a revisão bibliográfica e a própria experiência possam se elevar o

controle, cuidado, acompanhamento dos problemas de saúde da nossa população, além disso diminuir o tempo de espera nos atendimentos e aumentar o grau de satisfação da população, e superar as possíveis barreiras entre usuário e o profissional da saúde.



CAPÍTULO III: Plano de ação para redução do risco da Sífilis na gravidez em Sítio Novo, Indiaroba(SE)

Com este trabalho, eu quero lhe fazer refletir sobre os riscos das Doenças de Transmissão Sexual na Gravidez, especificamente a Sífilis. Na reunião realizada pela minha Equipe de Saúde foi encontrado que nos últimos doze meses, um aumento no número de casos diagnosticados com sífilis em mulheres grávidas, e com maior prevalência na idade entre 17 a 28 anos, com baixo nível de escolaridade, baixos níveis de renda e condições higiênicas precárias, além disso com pouco conhecimento sobre o uso da camisinha ou tabu quanto ao uso da mesma.

Minha equipe está composta por Enfermeira, Médico, Técnica de Enfermagem e oito Agentes Comunitários de Saúde. Prestamos o nosso serviço de saúde em oito povoados do município Indiaroba, Estado de Sergipe, com centro de referência no povoado Sitio Novo, e temos uma população total de 2276 pessoas e 241 famílias.

Como desafio para minha equipe de saúde, está a diminuição da infecção da sífilis na gestante e a redução dos casos de sífilis congênita, bem como as possíveis complicações e sequelas da infecção, aumentar os conhecimentos da população sobre a doença, e conscientizar a população sobre a importância das relações sexuais protegidas.

Segundo o Brasil (2006), a enfermidade teve um aumento de 20,9 % nas gestantes e de 19 % nos casos congênitos. Os estados com maior número de notificações são Rio Grande do Sul, Espírito Santo, São Paulo, Sergipe, Santa Catarina, Matogrosso do Sul e Paraná.

Para uma melhor compreensão da doença temos que conhecer o que é Sífilis. A Sífilis é uma infecção pela bactéria *Treponema Pallidum*, e é transmitida principalmente pela via sexual. A Infecção pode apresentar várias manifestações clínicas e estágios (Sífilis primária, secundária, latente ou terciária, tardia e congênita), sendo nos estágios primário e secundário a maior possibilidade de transmissão. Os sintomas se manifestam entre 3 e 12 semanas após a infecção, começando com o aparecimento de uma ferida na região genital que não sangra e é indolor. Se não houver tratamento, o quadro pode avançar para outro estágio e afetar outros sistemas do organismo.

O *treponema* tem a capacidade de atravessar a barreira placentária, infectando o feto, o que é então chamada de sífilis congênita. Os riscos que pode apresentar quanto a mãe como o feto é; abortamento precoces, tardios e trabalho de parto prematuros; baixo peso ao nascer; óbito fetal; malformações cerebrais (exemplo a microcefalia); surdez;

cegueira; problemas nos ossos; síndrome nefrótica e edema; deformação do nariz, nos dentes, mandíbula e céu da boca; meningites e convulsões (RODRIGUES et al., 2004).

Tomado em consideração que a doença vai aumentando dia a dia, a minha equipe avaliou as principais dificuldades para a diminuição das infecções, como primeiro a equipe identificou o baixo nível de escolaridade, a pouca informação da população sobre os meios de proteção, promiscuidade, pouca acessibilidade aos meios de proteção, pouca informação sobre doenças de transmissão sexual e seus riscos para a saúde, o tabu sobre o uso da camisinha (perda da sensibilidade), pouca preparação dos profissionais de saúde sobre o tema, escassos recursos e locais para realizar palestras e atividades educativas, diagnóstico tardio das infecções, a notificação ineficiente ou não notificação dos casos.

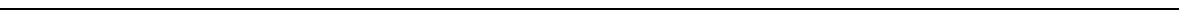
O plano de ação feito pela equipe para neste trabalho foi: a realização de palestras públicas sobre o tema; a superação acadêmica do profissional de saúde; a entrega de camisinha nos postos de saúde; fazer trabalho de grupo com gestantes e parceiros; avaliação mensal dos resultados; seguimento periódico das gestantes, parceiros e lactantes.

A equipe, no período de seis meses, espera aumentar os conhecimentos das gestantes e importância do uso da camisinha; diminuir os casos de infecção e aparição de problemas e complicações nas gestantes, nos fetos, recém-nascidos e lactantes; obter uma maior distribuição dos meios de proteção; obter uma maior preparação do profissional de saúde; incorporar e comprometer neste trabalho a Prefeitura, Secretaria de Saúde e equipe de saúde.

Quadro 2: Matriz de intervenção, 2018.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO						
Descrição do padrão: Riscos da Sífilis na Gravidez						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Falta de conhecimento sobre a prevenção da infecção por sífilis nas gestantes.						
Objetivo/meta: Diminuir a incidência de sífilis, reduzir os casos de sífilis congênita, ampliar os conhecimentos gerais da população sobre a doença, evitar complicações na gravidez e para o recém nascido, causadas pela doença.						
Estratégias para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento)	Recursos necessários para o desenvolvimento	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos

/metas	da execução)	das atividades				resultados
Elevar os conhecimentos da população sobre a doença.	Realizar palestra na comunidade. Realizar atividades recreativas, de promoção e prevenção	Local para as palestras. Recurso humano. Apoio da Secretaria de Saúde (recursos materiais), confeccionar cartazes informativos.	Que a população conheça a doença e como evitar a infecção	Secretaria de saúde. Médico. Enfermeira. Técnico de enfermagem e ACS.	6 meses	Controle permanente das fichas de atendimento individual.
Conscientizar sobre o uso dos meios de proteção (camisinha)	_Distribuição de camisinhas _Palestras na comunidade para demonstrar o benefício da proteção.	_Bom abastecimento de camisinhas (para homens e mulheres)	Maior preocupação da comunidade e por procurar se proteger. Diminuição das infecções nas gestantes e população geral.	Enfermeira. Médico. Técnico de enfermagem e ACS. Secretaria de Saúde.	6 meses	Controle na demanda dos meios de proteção.
Lograr controle periódico nas gestantes e parceiro	Realização de testes rápidos nas gestantes e parceiros. Indicação de exames Sorológicos. —	Testes rápidos nos postos de saúde. Acessibilidade para a população os laboratórios.	Detecção oportuna dos casos novos. Tratar oportunamente a doença.	Secretaria de Saúde. Enfermeira. Médico. Secretaria de Saúde.	6 meses	Controle dos exames no cartão de gestante. Controle das estatísticas da área.



CAPÍTULO IV: Uso abusivo dos psicofármacos em Sítio Novo, Indiaroba(SE)

Nesta microintervenção, eu quero lhe fazer refletir sobre o uso abusivo dos Psicofármacos pelas pessoas com problema de saúde mental. Na reunião feita pela minha equipe de saúde, foi determinado que na nossa população temos um número elevado de pessoas que usam Psicofármacos de certo modo excessivo ou abusivo, ou que ainda tem muito tempo de consumo destes medicamentos sem que se tenha a reavaliação pelo Psiquiatra. Além disso, temos muitos médicos generalistas que ainda prescrevem Psicofármacos por doenças que não precisam deles, a exemplo da depressão causada pelas doenças tireóideanas.

O desafio de minha equipe é reduzir o uso abusivo de Psicofármacos na população, melhorar o acompanhamento dos pacientes com uso de Psicofármacos, obter uma pronta avaliação pelo psiquiatra dos pacientes, evitar efeitos colaterais pelo consumo exagerado deles.

Chama-se de psicofármacos os agentes químicos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), e que estão em condições de modificar diversos processos mentais, gerando alterações na conduta, na percepção e consciência, sendo a substância capaz de provocar um efeito de grande intensidade e de gerar uma alteração da personalidade. A Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e tecnologia Médica (ANMAT) define Psicotrópicos como qualquer substância natural ou sintética capaz de influenciar as funções psíquicas por sua ação sobre o sistema nervoso central; e drogas psicotrópicas como qualquer produto farmacêutico composto de substância psicotrópicas, usado como objeto de tratar a condição mental ou neurológica (ANMAT, 1014).

Temos que ter presente que os Psicofármacos têm efeitos colaterais, como; a dependência; diminuição da atividade psicomotora; prejuízo da memória; tonteira e zumbidos e reação paradoxal, (excitação, agressividade e desinibição).

Na constituição, em 1988 criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de Saúde entre as quais a Saúde Mental. A oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, colocou como responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) o atendimento a 80 % das necessidades da população, incluído a Saúde Mental. Desta forma nas UBS o acompanhamento dos pacientes com sofrimento psíquico, e uma das

prioridades. Os médicos generalistas temos a obrigação de avaliar os pacientes com problemas de saúde mental e que consomem Psicofármacos, pesquisar a causa do tratamento; o tempo de uso do fármaco; e encaminhar para reavaliar pelo Psiquiatra (DESTRO, 2009).

De acordo com cada doença, muitas pessoas recebem tratamentos com Psicofármacos, mas por um curto período de tempo. Só que a dificuldade ou a pouca disponibilidade de especialista no território, a dificuldade de transporte dos pacientes, a perda dos prontuários, a falta de retroalimentação dos especialistas para a equipe de saúde encarregada do acompanhamento direito, a migração dos pacientes, são as causas fundamentais para o inadequado acompanhamento destes pacientes e o consumo exacerbado de Psicofármacos na comunidade.

Também temos a indicação destes medicamentos, pelos clínicos gerais, de forma indiscriminada e sem acompanhamento do paciente depois da prescrição. O usuário acha que o remédio é muito bom porque consegue dormir ou tem aliviado seus sintomas, e busca a atendimento por ainda mais remédio, e desse jeito fica dependendo do remédio, no melhor dos casos, ou apresentando os efeitos colaterais do medicamento no pior dos casos.

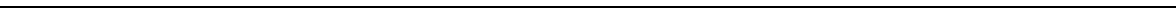
Para melhor controle e diminuição do uso de Psicofármacos, e melhorar a qualidade de vida das pessoas, a equipe fez um plano de ação, onde as principais ações foram: recadastramento dos pacientes com doença mentais ou uso de Psicofármacos; reavaliar os pacientes por psiquiatra; fazer trabalho com as famílias dos pacientes; fazer trabalho de grupo; uso de placebos na desintoxicação; obter trabalho multidisciplinar; identificar ferramentas para o trato dos usuários de drogas e famílias; promoção de um modo de vida saudável; fazer trabalho de promoção e prevenção de saúde; Aumentar os conhecimentos dos profissionais da saúde no acompanhamento dos pacientes com doenças mentais e uso de Psicofármacos.

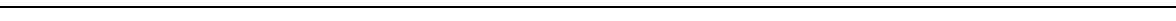
Quadro 3: Matriz de intervenção, 2018

MATRIZ DE INTERVENÇÃO
Descrição do padrão: a equipe realiza ações para minimizar o uso abusivo de Psicofármacos
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: os usuários apresentam uso abusivo de Psicofármacos

Objetivo/meta: diminuir o consumo abusivo de Psicofármacos; adequar a prescrição dos medicamentos pelo clínico geral; e obter a retroalimentação (contra-referência) dos psiquiatras para um melhor acompanhamento dos usuários.

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
_Diminuir o consumo de psicofarmac os.	_Reavaliacao pelo Psiquiatra. _Uso de placebos na terapia. _Trabalho com familiares, e palestrar	_Local para as palestras e trabalhos de grupo. _recursos materiais (medicamentos placebos).	_Diminua o do consume de psicofarmac os. _melhorar o manejo das familias.	_Secretaria de saude. _Medico. _Enfermeira. _Tecnico de enfermagem e ACS.	6 meses	_inquéritos na comunidade e familia. _estabelecer comunicação com psiquiatra. _mural ou quadro informativo
_Aumentar o conhecimento da população sobre o risco e efeitos colaterais.	_Palestras. _Prevenção e promoção nos meios de divulgação. _Mural pintura educativos.	_local para as palestras. _Recursos materiais. _Meios de divulgação.	_Diminuir os riscos e efeitos colaterais.	_Emfermeira. _Medico. _Tecnico de enfermagem e ACS. _Secretaria de Saude.	6 meses	_Estimativas rápidas e questionários na população. _avaliacao da inserção da pessoa na sociedade. _Controle das altas pelo psiquiatra.
_Adequada prescrição dos medicamentos psicofarmac os	_Distribucao de literaturas do tema. _Estimular a autopreparação dos profissionais da saude.	_Literatuas do tema. _Intercambios com especialistas psiquiatras.	_Reducir a prescrição inadequada dos medicamen tos. _Obter maior preparacao dos profecionai s.	Secretaria de saude. _Medicos.	6 meses	_Avaliar conjunto as Farmacias e notificacoes, compotamento dos remedios indicados pelos medicos gerais.





CAPÍTULO V: Importância das consultas de Puericultura em Sítio Novo, Indiaroba(SE)

Pela importância que tem as crianças em nossa vida, e para o futuro de nosso planeta, eu quero lhe fazer refletir sobre a importância das consultas de Puericultura, desde o nascimento, mesmo dos bebês ou das crianças, a adequada avaliação do crescimento e desenvolvimento, assim como a valoração nutricional das nossas crianças.

A minha equipe realizou uma reunião para avaliar de que jeito estamos acompanhando os recém-nascidos e lactantes em nossa área de saúde. A minha equipe está composta pela Enfermeira, Médico, Técnica de Enfermagem, e oito Agentes Comunitários de Saúde.

O que é puericultura? Para melhor compreensão, a história da puericultura no Brasil tem início com Carlos Artur Moncorvo Filho (1871-1944). Filho de Carlos Artur Moncorvo de Figueredo, primeiro especialista em medicina pediátrica no país. A Puericultura é a especialidade médica pertencente à Pediatria, que trata do bem-estar e saúde das crianças no seu nascimento e primeiros dias de vida. A puericultura (do latim puer, pueris, que quer dizer “jovem”, “juvenil” ou “infantil”) é considerada normalmente uma subespecialidade da pediatria, área da medicina dedicada à saúde dos bebês e crianças pequenas (MEDEIROS, 2011).

Puericultura é a arte de promover e proteger a saúde das crianças, através de uma atenção integral. Nas consultas periódicas, o pediatra ou médico geral observa a criança, indaga aos pais sobre as atividades do filho, reações frente a estímulos e realiza o exame clínico. O acompanhamento do crescimento, através da aferição periódica do peso, altura e perímetro cefálico e sua análise em gráficos, são indicadores das condições de saúde das crianças. É por isso que, na reunião, a equipe achou que temos muitos problemas para manter o controle e seguimento dos recém-nascidos e lactantes na nossa área de saúde. (NOVAES, 1979; SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2015).

Como uma das principais dificuldades achadas tem o fato de que as mães fazem o controle pré-natal na nossa área de saúde, mas depois mudam-se para casa de seus pais ou sogros para ter lá o seu puerpério e a equipe perde a continuidade do bebê e da mãe. Outra dificuldade é que a mãe, seja por problemas do transporte ou outra causa, não comparecem as consultas de puericultura.

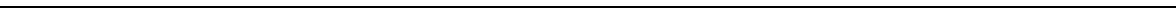
O desafio da equipe é buscar a estabilidade das mães na área de saúde, pois temos que obter o maior conhecimento das mães sobre a importância das consultas periódicas das crianças, assim como a realização dos exames e vacinação oportuna. Obtendo os desafios a equipe pode fazer o diagnóstico oportuno de doenças preveníveis e identificar os fatores de risco da criança e da família. Para isto a equipe vai realizar palestras para as gestantes e puérperas, mães de lactante, crianças de até dois anos, principalmente, e a população geral; realizar panfletos e murais informativos em todos os postos de saúde, através dos meios de imprensa (rádio e televisão) realizar rodas de conversas educativas sobre o tema em questão. Para isso, em um prazo de seis meses, a equipe espera ter o controle de 100 % de nossas crianças nas consultas de puericultura.

Quadro 4: 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	

Fonte: elaboração própria, 2018.



CAPÍTULO VI: Prevenção das complicações da Diabetes Mellitus em Sítio Novo, Indiaroba(SE)

A Diabetes Mellitus (DM), é uma doença com uma alta incidência e prevalência no mundo, e especificamente no Brasil tem uma alta taxa de co-morbidade, por isso nesta microintervenção eu quero refletir sobre a importância dos cuidados das pessoas que sofrem esta doença e prevenção das possíveis complicações, principalmente o Pé Diabético.

Na reunião feita pela minha equipe de saúde, composta pela Enfermeira, Técnico de Enfermagem, mais oito Agentes Comunitários de Saúde e o Médico, encontramos que quase 30 % dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) apresentam complicações, entre as quais, a alta incidência do Pé Diabético que, em muitos casos, termina em amputação do membro. Então, existe a determinação da equipe em desenvolver ações para diminuir o aparecimento deste problema. Para melhor compreensão, eu quero lhes falar sobre esta doença.

A Diabetes mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios metabólicos dos carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina, pelo que se caracteriza pelo excesso de glicose no sangue e na urina, que surge quando o pâncreas deixa de produzir ou reduz a produção de insulina, ou ainda quando a insulina não é capaz de agir de maneira adequada. O DM pode ser classificado de acordo com suas patogêneses, em: Diabetes Mellitus tipo I; DM tipo II; Diabetes Gestacional e Diabetes Insipidus (BRASIL, 2013).

O pé diabético é uma das complicações mais frequentes nos pacientes diabéticos, que apresentam alterações na circulação arterial, imunidade diminuída, lesões nos nervos (neuropatia diabética) periféricos e alterações da anatomia dos ossos dos pés. Pela redução da sensibilidade o paciente tem dificuldade de sentir dor e de distribuir corretamente o peso do corpo sobre os pés, desse jeito a pessoa ao ato de caminhar pode levar maior pressão anormal sobre uma área do pé, tornando-se calosos e ferimentos da pele, tecidos moles, ossos e articulações (BRASIL, 2013).

Quanto a deformidade da anatomia óssea, músculos e articulações, nas lesões dos vasos sanguíneos com fluxo do sangue diminuído, favorece a isquemia da pele e aparição de úlceras e prejudicando a cicatrização de feridas, que vai se aumentando de tamanho e

profundidade continuamente, que sim não é identificada e medicada oportunamente pode evoluir até a amputação do membro.

Os principais problemas identificados pela minha equipe para o adequado controle dos pacientes diabéticos foram: muitos pacientes não comparecem a consultas de hiperdia; a não existência de registro de usuários com diabetes mellitus; o desconhecimento dos pacientes sobre a doença e risco de complicações, pelo que não procuram ajuda profissional diante da presença de calos ou lesões da pele nos pés; perda das fichas (prontuários) que impede o conhecimento da história pessoal da doença e tratamentos anteriores recebidos; dificuldade nos encaminhamentos para serviços especializados e não contra referência; escassos recursos materiais para curativos, entre outros.

O desafio para minha equipe é: realizar o controle periódico de todos os pacientes diagnosticados com DM, e pesquisa ativa nas pessoas com fatores de risco para sofrer a doença; aumentar os conhecimentos sobre a DM e as possíveis complicações dos pacientes e sua família, para obter mudanças no modo e estilo de vida deles e melhorar sua qualidade de vida; garantir o encaminhamento oportuno quando forem identificadas lesões sugestivas de pé diabético; realizar o registro de usuários com Diabetes Mellitus; realizar palestras e trabalho de grupos com pacientes diabéticos e família.

Para concluir, só lembrar que a verdadeira medicina é a preventiva e não a curativa, a prevenção de aparição de doenças e prevenção de suas complicações já estabelecidas, é muito importante, já que a pessoa pode atuar sobre o fator de risco, modificar o modo e estilo de vida e conservar sua saúde e integração na sociedade. Tendo isto presente, é muito importante que as nossas equipes de saúde tenham um registro atualizado dos pacientes diabéticos para melhor controle dos mesmos. Também devem ter um alto conhecimento sobre o manejo dos pacientes diabéticos, inclusive com a identificação oportuna de sinais e sintomas de uma possível aparição de suas complicações.

Quadro 5: Questionário norteador da microintervenção, 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	x		x	

diabetes mellitus?				
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?	1		1	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	x		x	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	x		x	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?		x		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		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		x	
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		x		x
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	x		x	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		x		x
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	x		x	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	x		x	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?		x		x

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE**QUESTÕES****SIM** **NÃO**

A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?

X

Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?

X

Se SIM no item anterior, quais ações?

QUESTÕES**SIM** **NÃO**

Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS

X

Oferta ações voltadas à atividade física

X

Oferta ações voltadas à alimentação saudável

X

Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS

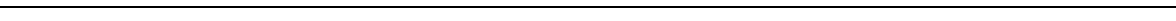
X

Encaminha para serviço especializado

X

Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso

X



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

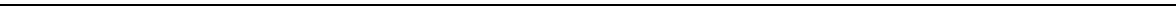
PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Plano para Redução da Incidência de Esquistossomoses em Indiaroba(SE).	Na intervenção realizada pela equipe, foi identificada uma alta incidência de <i>Shistosoma</i> na população, para este foram utilizados critérios padronizados pela AMAQ. Foi formulada a matriz de intervenção para a implementação do plano de ação, na questão debatida.	Se obteve uma diminuição do vetor; Se obteve uma redução da infecção de acordo aos resultados de exame laboratoriais; A equipe teve melhor acompanhamento e controle dos novos casos assim como as notificações.	Manter o espaço de interação e avaliação da equipe, e da equipe com a comunidade; manter a pesquisa ativa do novos casos e controle do vetor.
Benefício do Acolhimento da Demanda Espontânea e programada.	Nesta intervenção foi considerada a resolutividade e fluxo dos atendimentos no posto de saúde com a implementação do Acolhimento. A equipe realizou um plano de estratégias para evitar a acumulação de pessoas no local, além de direcionar as consultas aos grupos vulneráveis.	Foi terminada as filas de espera; o usuário teve maior acessibilidade aos serviços de saúde; atendimentos direcionados e individualizados para cada usuário; O índice de reclamações foi menor.	Melhorar as condições do local de acolhimento; aumentar a preparação do profissional encarregado do acolhimento; monitorar o grau de satisfação dos usuários; reavaliar o fluxo das consultas e obter maior organização.
Plana de Ação para redução da Sífilis na	A sífilis é uma doença que tem um aumento nos últimos	Elevação do conhecimento sobre a doença,	Obter um trabalho conjunto com todas as instituições de interesse no assunto; obter a

Gravidez.	anos em mulheres grávidas, constitui uma das principais causas de abortamentos, e sífilis congênita com as complicações que causa nos recém-nascidos e crianças. A nossa equipe acompanha as gestantes desde a primeira consulta e tem o controle dos testes e exames específicos para a detecção da doença preçosa-mente, além da realização de trabalho preventivo nas mulheres em idade fértil.	riscos e complicações para a mãe e o recém-nascido; conscientização sobre uso do preservativo; detecção oportuna da doença; Tratamento oportuno satisfatório; Diminuição do número de casos novos.	conscientização da população geral na prevenção da doença; Garantir os recursos para o diagnóstico e tratamento dos casos diagnosticados; Aumentar a preparação do profissional da saúde.
Uso Abusivo de Psicofarmacos.	A equipe identificou que temos um alto percentagem de usuários com uso abusivo de Psicofarmacos há muito tempo; médicos generalistas que ainda prescrevem Psicofarmacos; prescrição destas substâncias em doenças que não precisam; A equipe também observou Falta de controle e perda das fichas Prontuários (prontuários); Não reavaliação pelo Psiquiatra em longo tempo.	A equipe obteve maior controle das fichas dos pacientes com doenças psiquiátricas e psicológicas; Maior número de reavaliações pelo psiquiatra; Redução do uso de Psicofarmacos.	Realizar palestras para educação dos usuários e família; recadastrar e avaliar usuários com longo tempo de uso de Psicofarmacos; Conscientização das pessoas com uso destes medicamentos do risco de dependência e reações indesejáveis.

<p>Importância da Consulta de Puericultura.</p>	<p>Tendo presente que o bom desenvolvimento das crianças pode ser afetado por muitas causas, é a importância da consulta de puericultura, onde a equipe pode descobrir alguma alteração nos indicadores de crescimento e desenvolvimento adequado; o exame físico, medições e interpretação destes indicadores pode salvar a vida da criança; Nestas consultas a equipe educa as mães ao bom manejo das crianças quanto higiene, alimentação e outros cuidados pôr em a importância de manter o acompanhamento desde o nascimento do bebê.</p>	<p>As mães participam nas palestras; Comparecem a consulta programada; diminui o índice de mal nutrição; Crescimento e desenvolvimento adequado das crianças; detecção oportuna de alterações nos padrões de crescimento e desenvolvimento; Controle e registro da vacinação.</p>	<p>Lograr o acompanhamento desde o nascimento; Incorporar o total das crianças na vacinação; cadastrar crianças com transtornos no desenvolvimento e seu desenvolvimento; aumentar o conhecimento da família sobre o cuidado das crianças e prevenção de acidentes; aumentar as atividades educativas na sobre violência, abuso infantil; Diminuir ainda mais o índice de desnutrição.</p>
<p>Prevenção das Complicações da Diabetes Mellitus (DM).</p>	<p>A Diabetes Mellitus e uma das doenças crônicas não transmissíveis que afeta a saúde da população, a grão maioria dos casos tem presente complicações o são muito vulneráveis de lãs apresentar, como pie diabético, nefropatia diabética,</p>	<p>A obteve uma maior organização no acompanhamento dos pacientes com DM; logrou-se manter a estabilidade dos níveis de glicemia da paciente já diagnosticada; diminui-o o</p>	<p>Manter a estabilidade dos abastecimentos de medicamentos; lograr a participação da família nos cuidados do paciente de forma geral; lograr um maior acompanhamento d equipe com os pacientes; Realizar palestras sobre identificação, cuidados e prevenção de complicações.</p>

	<p>doenças cardiovasculares ou do sistema nervoso central; O mal abito dietético, a não realização de exames periódico dos pacientes de risco de padece-la; O pouco aceso aos serviços de saúde; A instabilidade da equipe e dos integrantes; A perda das fichas individuais e não cadastro ou diagnostico foi parte dos objetivos a serem resolvidos pela equipe e a decisão da criação do plano de ação.</p>	<p>índice de complicações destes pacientes; melhorou o modo e o estilo de vida das famílias e pacientes; Melhor controle das fichas dos usuários; Aumento o número de visitas a pacientes com impossibilidade de se trasladar até o posto ou que moram muito distante.</p>	
--	--	--	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada micro intervenção teve uma abordagem específica e buscou pôr em prática ferramentas, muitas vezes simples, que trariam benefícios para o nível de saúde dos usuários em todos princípios da assistência.

Para que as ações possam se sustentar e ter continuidade nos anos seguintes, é necessário manter o espaço de interação e avaliação da equipe e da equipe com a comunidade; melhorar as condições do local de acolhimento; aumentar a preparo do profissional para escuta qualificada no acolhimento; monitorar o grau de satisfação dos usuários; reavaliar o fluxo das consultas e obter maior organização.

Convém ainda obter um trabalho conjunto com todas as instituições de interesse no assunto; obter a conscientização da população geral na prevenção da doença; garantir os recursos para o diagnóstico e tratamento dos casos diagnosticados; aumentar a preparação do profissional da saúde; realizar atividades educativas com usuários e famílias, periodicamente; recadastrar e avaliar usuários com longo tempo de uso de psicofármacos; conscientizar as pessoas com relação ao uso destes medicamentos sobre o risco de dependência e reações indesejáveis; cadastrar crianças com transtornos no desenvolvimento; aumentar o conhecimento da família sobre o cuidado das crianças e prevenção de acidentes; aumentar as atividades educativas na sobre violência, abuso infantil; diminuir ainda mais o índice de desnutrição, manter a estabilidade dos abastecimentos de medicamentos; alcançar a participação da família nos cuidados do paciente de forma geral.

Cada instrumento novo que foi aplicado foi capaz de ousar na busca de uma atenção mais integral junto aos usuários, responsabilizando todos os atores envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado.

REFERÊNCIAS

ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica). Ministerio de Salud. **Psicotrópicos y estupefacientes: visión farmacológica y normativa**. Buenos Aires: ANMAT, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. **Acolhimento à demanda espontânea** Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DESTRO, D. R. **Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla** [dissertação]. Minas Gerais: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/>

MEDEIROS, H. R. F. O passado e o presente da puericultura através da história do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho 2011.

NOVAES, H. M. D. **A Puericultura em questão** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2004, v.16, n.3, p.168–75.

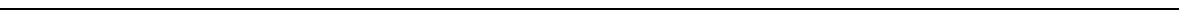
ROLLEMBERG, C. V. et al. Aspectos epidemiológicos e distribuição geográfica da esquistossomose e geo-helminths, no Estado de Sergipe, de acordo com os dados do Programa de Controle da Esquistossomose. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 1, p. 91-96, fev. 2011.

ROLLEMBERG C.V.; QUINTANS JSS.; SANTOS R.C. Avaliação do Programa de Controle de Esquistossomose no Bairro Santa Maria, Aracaju, Sergipe, sob a Perspectiva Farmacêutica. **Revista da Fapese**, v.4, n. 2, p. 63-82, jul./dez. 2008.

SANTOS G.O. Aspectos epidemiológicos da esquistossomose em trabalhadores rurais sem terra no estado de Sergipe. 2010. 95 f. **Dissertação** (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2010.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Puericultura**: a atenção integral à saúde das crianças. 2015. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/03/puericultura-atencao-integral-saude-das-criancas>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

APÊNDICES



ANEXOS

