

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – SEDIS
LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM SAÚDE
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA -
PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MICROINTERVENÇÕES SIGNIFICATIVAS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO SABUGÍ-RN

THIAGO ALEXANDRE VIEIRA JORIO MACHADO

NATAL/RN

2018

THIAGO ALEXANDRE VIEIRA JORIO MACHADO

**MICROINTERVENÇÕES SIGNIFICATIVAS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO SABUGÍ-RN**

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: Túlio Felipe Vieira de Melo.

NATAL/RN

2018

À minha família e esposa, por estarem sempre ao meu lado me apoiando em todas as etapas formativas de minha vida, contribuindo enfaticamente para o meu crescimento pessoal e, sobretudo, profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço Deus por ser fonte de inspiração e me fortalecer para enfrentar os desafios evolutivos da jornada.

Gratidão á minha companheira por me prestigiar com seu carinho e atenção nos momentos mais difíceis desse percurso.

Aos meus amigos por se fazem presente nos momentos de descontração, mas também por me apoiarem quando mais preciso.

Aos colegas de profissão, os quais travaram comigo sempre as batalhas em prol da melhoria de uma atenção e saúde de qualidade para todos.

Agradeço por fim, a todos que de algum modo se fizeram presentes contribuindo em todos os aspectos para que eu me fizesse um profissional mais dedicado e competente na execução de minha profissão.

RESUMO

O desenvolvimento do homem vem permitindo a este estabelecer relações, bem como discussões críticas capazes de promover o seu bem-estar social, e nesse sentido, cuidar e ampliar suas possibilidades de melhores condições de vida através de saúde de qualidade, assim como preconizam os documentos legais. Desse modo, este trabalho tem o objetivo de trazer discussões significativas acerca da Saúde da Família a partir de microintervenções realizadas no município de São João do Sabugi/RN pela ESF. Todas as ações se deram mediante a realização de seis intervenções, onde na oportunidade foram determinados objetivos, anotações e reuniões, bem como planejamentos para realização de melhorias, no sentido de adequar os serviços para obtenção de resultados positivos. Com isso, atingimos pontos positivos, dentre eles, a realização de reuniões; melhorias na estrutura física, bem como maior receptividade e acolhimento dos usuários que buscam atendimento de um modo geral, além de mais atenção ao planejamento familiar. Assim, consideramos pertinentes as discussões que se fundamentam de forma crítica no sentido de melhorar a vida da comunidade e proporcionar mais atenção à família, confirmando por sua vez, a importância dos profissionais estarem cada vez mais unidos com vistas a concretizar objetivos significativos que atendam a todos e contribua para a qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde. Família. Microintervenção.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE	8
CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.....	14
CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	16
CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
CAPÍTULO V: A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	22
CAPÍTULO VI: CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

APRESENTAÇÃO

O trabalho apresentado a seguir, se constitui como uma construção advinda da realização de microintervenções, que considero significativas para a melhoria do serviço de atendimento às famílias. Na oportunidade de elaboração desse percurso, construímos seis relatos da experiência realizada, apontando sempre os objetivos, bem como a necessidade do que precisa ser melhorado. Esses relatos se apresentam em sequência de seis capítulos dispostos ao longo do corpo deste trabalho, para que assim possa ser visualizado e compreendido pelo leitor, de modo a contribuir para reflexões significativas entorno das práticas de melhoria de atenção a saúde da família.

Essas microintervenções foram realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Kival Araújo Gorgônio, localizada no município de São João do Sabugi-RN. Diante disso, vale ressaltar que sempre me mantive motivado a participar de todas as intervenções, pois vejo uma oportunidade de sempre aprender na relação com o outro, bem como, ampliar as possibilidades de pensar juntos sobre as melhores condições de trabalho de um modo geral. Além de fortalecer os vínculos com a equipe.

Nesse sentido, o meu objetivo foi sempre o de aperfeiçoar a prática em relação à atenção da saúde da comunidade atendida, tendo em vista também, refletir criticamente sobre o compromisso com a área e desenvolvimento profissional.

Portanto, enfatizo como sendo esta, uma experiência relevante e que me possibilitou crescer, e detectar as necessidades de mudanças, bem como realizar melhorias significativas em muitos aspectos. Esse processo se configurou como uma oportunidade de grande crescimento. Por isso, convido o leitor a prestigiar essa experiência, apresentada a seguir, mediante a exposição dos relatos em cada capítulo, servindo assim de reflexões para nortear e motivar outros profissionais.

CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE

Esse primeiro capítulo apresenta a atividade de um relato de experiência disposto em três etapas. A Parte I identifica os problemas da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Kival Araújo Gorgônio, em São João do Sabugi-RN, com base na Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), levando em consideração as notas inferior ou igual a cinco (5).

A Parte II deste considera os indicadores do Programa de Melhoria do Acesso Qualidade (PMAQ), a partir do Sistema de Informação em Saúde (SIS) e sugere melhorias e mais transparência com os resultados mensais da UBS. Já a Parte III, além de fazer um relato da experiência vivenciada com a Microintervenção, destaca pontos relevantes que necessitam de melhorias e os avanços conquistados através da interação junto com a equipe e junto ao Poder Público Municipal.

Desse modo, o trabalho foi desenvolvido com o objetivo de identificar como se dá o acesso das Pessoas com Deficiência na Unidade Básica de Saúde e sugerir possíveis adequações a fim de melhorar a acessibilidade para essas pessoas. Para alcançar o objetivo proposto foi necessária a realização de reuniões para apontamentos sobre a estrutura física e a acessibilidade do local.

Na primeira etapa da Microintervenção I, após reunir a equipe, debater e autoavaliar ações realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Kival Araújo Gorgonio, em São João do Sabugi-RN, com base no AMAQ, foi possível identificar quatro problemas cuja pontuação se apresentou inferior a 5 (cinco).

A partir daí foi selecionado os problemas mais relevantes, conforme descrito a seguir:

- ✓ A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva. Nota: 05
- ✓ A unidade básica de saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais. Nota: 04
- ✓ A unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. Nota: 04
- ✓ Levando em consideração os indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), a partir do Sistema de Informação em

Saúde (SIS), observa-se que na Unidade de Saúde Dr. Kirval Araújo os registros são feitos por meio de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Desse modo, foi sugerida a criação de uma Planilha contemplando tais indicadores:

- ✓ Média de atendimento de médicos e enfermeiros por habitante: 1,3
- Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea: 90,7%
- Percentual de atendimentos de consulta agendada: 5,5.

Os dados levantados, que são referente aos meses de fevereiro, março, abril e maio de 2018, apontaram que a Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante foi de 1,3. Os atendimentos de consultas por demanda espontânea atingiu um percentual de 90,7%. Enquanto que o atendimento de consultas por meio de agendamento foi de 5,5%.

A segunda parte deste estudo está relacionada à criação da planilha, valendo ressaltar que, uma vez sugerida, passou a ser elaborada e, posteriormente, será alimentada com todos os dados anteriormente mencionados. Ou seja, o banco de dados contará com os seguintes indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ): média de atendimento de médicos e enfermeiros por habitante; percentual de atendimento de consultas por demanda espontânea; e percentual de atendimentos de consulta agendada.

Dentre os indicadores inseridos na planilha da UBS está o número de Atendimento de Demanda Espontânea. Para tal indicador, o Ministério da Saúde prescreve algumas razões para se acolher esta demanda na Atenção Básica. Um dos motivos citados pelo Ministério da Saúde em um manual sobre Acolhimento à Demanda Espontânea é o fato de que, a equipe pode reconhecer situações e direcionar o serviço a fim de não prejudicar o atendimento programado.

Além disso, ao atender a demanda espontânea, as equipes podem se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço. Por exemplo, como lidar com o usuário que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal? O que fazer com a senhora “poliqueixosa” que aparece todo dia na unidade? Diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde, por onde começar?

Uma vez elaborada a planilha e após o processo de inserção dos dados será produzido e afixado um banner na parte interna da Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de que todos os usuários tenham acesso a essas informações mensalmente. O banner, já foi confeccionado e preenchido mensalmente.

Vale ressaltar que a produção da planilha busca atender uma solicitação que consta no Manual Instrutivo do PMAQ, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de Julho de 2011, onde um dos principais objetivos é permitir maior transparência e efetividades das ações conforme descrito: Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2012).

Na descrição desta Microintervenção I, onde foi possível “Conhecer o Território e a Unidade de Saúde”, foram abordados dois pontos relevantes com base no tema proposto: o primeiro ponto trata-se da infraestrutura física e dos equipamentos, observando a adequação da Unidade Básica de Saúde (UBS) para o atendimento de pessoas com alguma deficiência. E o segundo ponto considerado pela equipe refere-se à garantia de acesso – conforme disposta no art. 227, 2º da Constituição Federal de 1988 – ao portador de deficiência aos cuidados da UBS. (BRASIL, 2001).

A relevância da análise dos seguintes pontos é justificada pela necessidade de atender um determinado público, que por vezes, encontra obstáculos em virtude da ausência de acessibilidade em locais como Unidades Básicas de Saúde, impedindo assim o seu acesso.

Vale, portanto, definir a expressão tão comum por se tratar do acesso de pessoas com deficiência aos mais distintos meios e lugares. Para Tavares Filho et al. (2002) a acessibilidade e, conseqüentemente, o direito de acesso das Pessoas com Deficiência é um atributo essencial do ambiente que garante a qualidade de vida do indivíduo e que deve estar presente em instalações abertas ao público ou de uso público e, ainda, observando as Leis e Normas Brasileiras (NBR) como a Lei Federal 10.098/2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. (BRASIL, 2000).

Além das leis federais, anteriormente mencionadas, a Organização das Nações Unidas (ONU) em sua Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada à legislação brasileira em 2008 e aprovada no Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e do Decreto nº 6.949/2009, com equivalência de emenda

constitucional, em seu texto reconhece que se deve tomar todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde. (ONU, 2008).

Desse modo, é pertinente compreender como se dá o acesso das Pessoas com Deficiência na Unidade Básica de Saúde Dr. Kival Araújo Gorgônio e sugerir possíveis adequações a fim de melhorar a acessibilidade dos usuários com este perfil.

Pensando, portanto, na saúde desses pacientes, no ano de 2002 o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional da Pessoa com Deficiência contendo diretrizes que engloba os seus cuidados. (BRASIL, 2002). O objetivo era o de evitar situações como falta de assistência por razões como barreiras arquitetônicas por ocasião da ausência de rampa de acesso, corredores amplos, portas e banheiros apropriados para o seu trânsito. (VASCONCELOS, 2006).

Sendo assim, para a realização da Microintervenção contamos com a colaboração dos que fazem parte da UBS. O processo se deu por meio de reuniões e apontamentos sobre a infraestrutura física e a acessibilidade do local, onde participaram médicos e enfermeiros, sabendo que seríamos transferidos para outro local distinto da UBS. Teremos então nosso próprio ESF.

Após uma análise feita nos diversos ambientes da UBS contatou-se a necessidade da realização de mudanças. Dentre elas pode-se destacar:

- ✓ Construção e ampliação de salas, proporcionando iluminação adequada;
- ✓ Reforma e adequação de banheiros e copa;
- ✓ Barras de apoio nos corredores;
- ✓ Larguras de portas e corredores de circulação com medidas compatíveis com a circulação de usuários com cadeiras de rodas e macas;
- ✓ Piso tátil;
- ✓ Recursos auditivos;
- ✓ Portas internas adaptadas para cadeirantes;
- ✓ Profissionais para o acolhimento dessas pessoas.

As decisões tomadas sobre cada mudança necessária, listada anteriormente, está apoiada na Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 quando no Parágrafo único do artigo 11, que envolve os Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Atenção Básica, Especializada em Reabilitação e Hospitalar, Urgência e Emergência) determinam que “serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio,

observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários”, no que diz respeito a cinco aspectos, dentre eles a acessibilidade. (BRASIL, 2012a). No qual foi solicitada a gestão municipal tais decisões listadas para que na mudança de local já tenhamos todos os acessos.

A terceira etapa do processo, consta do relato de experiência vivenciado ao longo desta Microintervenção I, onde foram expostos os apontamentos necessários, feitos pelos participantes durante as reuniões, sobre a infraestrutura física, acessibilidade e análise dos ambientes da UBS, local que precisa passar por adequações. Vale salientar que tais adaptações independem dos profissionais da Unidade Básica de Saúde.

Portanto, os servidores podem e devem se mobilizar para transformar a realidade local, e nesse sentido, tem levado de forma articulada as reivindicações aos encarregados de realizar tais tarefas, no caso, aos gestores locais. É importante destacar que, apesar das dificuldades, algumas melhorias já foram iniciadas pela atual gestão e que têm ocorrido progressos significativos, apesar de ainda está aquém do esperado.

Contudo, é importante reconhecer que está havendo comprometimento por parte da gestão. Tal fato pode ser observado, uma vez que, houve a liberação de recursos financeiros direcionados a reforma e ampliação das salas, sonorização da recepção e corredores, adaptação de sanitários, aquisição de aparelho de ar condicionado e equipamentos de uso contínuo e essencial.

No que diz respeito à humanização do atendimento, a estratégia dos profissionais seria a de promover uma maior atenção aos pacientes que apresentam alguma necessidade especial, como: empenho, dedicação e comprometimento no sentido de fortalecer os vínculos na perspectiva do atendimento integral. Com base nesses direcionamentos foi criada uma escala de uso das salas que apresentam boa estrutura para proporcionar tanto ao profissional quanto ao paciente mais conforto e, conseqüentemente, melhor desempenho de suas funções, além de cumprir o objetivo que é o da acessibilidade. Ou seja, o de proporcionar melhor acesso aos pacientes com alguma necessidade especial.

Outra decisão seria a ajuda mútua entre os profissionais para melhorar a satisfação dos usuários de uma forma geral com o serviço ofertado e desse modo, oportunizar um ambiente de cuidado e promoção da saúde. Uma vez que ainda temos dificuldades com os plantonistas da unidade no qual fazem distinção entre usuários da unidade e do ESF.

De uma forma geral pode-se concluir que a realização desta Microintervenção I causou impactos positivos. O seu desenvolvimento mostrou a importância em realizar reuniões com objetivos de identificar e analisar problemas, além de constatar situações adversas que podem ser encaminhadas e resolvidas.

Espera-se, no entanto, que os pontos pautados nesta Microintervenção I sejam solucionados pela gestão de forma a obedecer as Leis e Normas Brasileiras de Acessibilidade, mesmo que gradativamente e dentro da realidade administrativa do município.

Por fim, diante da relevância, as reuniões entre os profissionais, tendem a permanecer acontecendo a fim de traçar metas que buscam melhorias, também, com o compromisso de interagir com a gestão a fim de cobrar investimento e fiscalizar a aplicação correta dos recursos.

CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA

A atenção deve ser uma demanda livre, para que todas as pessoas que busquem a unidade sejam bem acolhidas. A efetividade e resolutividade das suas práticas estão diretamente ligadas aos profissionais, gestão, coordenação, de modo que, todos os integrantes da unidade estejam com o mesmo propósito de ajudar.

O Ministério da Saúde caracteriza o acolhimento como o usuário sendo sujeito na produção de sua saúde, como uma ação que envolve técnica e assistência, apostando na mudança relacional entre profissional de saúde e usuário, em uma rede social que se estabelece nesse binômio por meio de fatores técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

Em nossa reunião de equipe para desempenhar e introduzir a demanda espontânea no ESF Dr, Kival Araujo Gorgônio, contamos com a presença do enfermeiro, odontóloga, técnica de enfermagem e todos os ACS que compõem nossa área, a fim de capacitá-los para uma melhor recepção dos pacientes e fazer uma triagem, para que assim todos sejam atendidos.

A dinâmica cotidiana da vida das pessoas no território exige a necessidade da equipe trabalhar em conjunto. A postura acolhedora de cada profissional é primordial para que se estabeleça o acolhimento de uma forma mais humanizada.

Um grande problema encontrado aqui na unidade foi por conta do ESF trabalhar vinculado na unidade de saúde. Temos plantonistas da unidade que não colaboram com o atendimento da demanda, com o pressuposto de ser paciente do ESF, e assim, esta distinção faz com que alguns pacientes de outras áreas, como da zona rural ou de outro ESF não sejam cobertos com um bom atendimento. Percebemos assim a necessidade da equipe se desdobrar para garantir o atendimento das consultas já agendadas; estabelecer prioridade para o atendimento espontâneo e as urgências que sempre chegam.

As estratégias desenvolvidas na microintervenção foram: definir quem vai receber o usuário, triagem e como organizar a agenda das consultas já marcadas do tratamento contínuo.

Com a execução, conseguimos determinar como seriam feitas as agendas, a forma de trabalho desenvolvido pelos ACS para esclarecer a população a nova forma de atendimentos, etc

Nesse sentido, estabelecemos prioridades em nossa unidade, a começar pelo tempo de espera de uma consulta seja com médico, enfermeiro, dentista não passar de 30 min., além de priorizar os dias para hipertensos, puerpério, e gestantes, ainda deixamos vagas para atendimentos espontâneos que possam aparecer, e nunca trabalhamos com agendamentos, buscamos suprir toda demanda do dia, chegando a ter 50 atendimentos diários.

Um ponto importante neste quesito são as visitas domiciliares, na qual é importante que a demanda apresentada pelo agente de saúde seja acolhida, escutada, reconhecida como legítima, para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos.

O acolhimento passa pela prática e tem como princípios a solidariedade, a compreensão e a generosidade no trato com os usuários dos serviços de saúde, fazendo com que eles se sintam bem vindos e à vontade no grupo que os acolheu.

É fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos, que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe.

Estamos buscando uma melhor maneira para atender de forma humanizada, com respeito e dedicação aos nossos pacientes. Para que tenhamos uma boa interação, buscamos fazer palestras quinzenais abordando diferentes temas, sejam sobre hipertensão, diabetes, assuntos por eles colocados, deixando sempre a nossa equipe a disposição para todos.

CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

O planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos para concepção e anticoncepção que, por sua vez, devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2006). Trata-se de um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visam de uma forma geral, oferecer de forma eficaz a promoção e prevenção da saúde, com a saúde sexual e reprodutiva. O módulo de Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério, foi importante para entender o processo de planejamento familiar, bem como a necessidade de intervenções mais efetivas, orientando as famílias com relação ao tema citado.

A informação adequada em planejamento familiar e reprodutivo é de fundamental importância devido a orientação dos métodos contraceptivos, sexual, familiar e, principalmente, sobre suas escolhas, evitando assim decisões e atitudes equivocadas. Portanto, o planejamento familiar adequado possibilita a população sanar suas dúvidas, fazer um bom planejamento, podendo evitar uma indesejada gestação, e se ocorrer, ter acesso à informação, educação e serviços de planejamento familiar pré-natal, sendo acompanhada pela equipe.

Na prática, principalmente com as atividades de pré-natal, notamos certa quantidade de mulheres que estavam em gestação não planejada, reforçando assim, o grande déficit no conhecimento e esclarecimento sobre planejamento familiar na população de São João do Sabugi/RN.

O pré-natal tem maior atenção por parte da minha equipe, sendo feito de forma regular e eficaz com as gestantes. Dentre as pautas principais das reuniões da equipe, abordamos o tema do pré-natal, fazendo levantamento do número de gestantes; quantas já encerraram a gestação, levantamentos de parto; quantas iniciaram no programa e se alguma gestante apresentou alguma intercorrência.

Após realizar o estudo em questão e analisar os fatos e os dados trazidos por nossas agentes de saúde, percebemos que conseguimos realizar com eficácia a

promoção e prevenção de saúde da nossa microregião da qual cobrimos o ESF Dr. Kival Araújo Gorgônio.

Percebemos que a atenção oferecida à saúde da mulher, principalmente, com relação à saúde reprodutiva estar sendo bem aceita e coberta. A população que está sobre nossa cobertura, possui uma grande quantidade de mulheres e gestantes que necessitam atenção na qualidade dos serviços prestados.

Através de artigos, periódicos e da prática clínica observamos que a gravidez não planejada decorre da falta de informações e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, do uso inadequado dos mesmos, descontinuidade na oferta do contraceptivo pelo serviço, oferta limitada na variedade dos métodos e efeitos colaterais adversos que levam ao abandono e ao limite de eficácia (FERRAND, 2007).

Desta forma, na perspectiva dos direitos reprodutivos, estamos orientando e tirando quaisquer dúvidas que possam surgir sobre o uso do DIU, método que o Ministério de Saúde está amplamente em campanha para sua utilização, com a ampliação do programa para inserção de DIU em recente portaria. O Ministério da Saúde, MS, dispõe sobre a colocação de DIU de cobre em Pós-parto ou pós-abortamento imediato, período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento.

Enfatiza-se que o DIU inserido logo após o esvaziamento uterino, aumenta significativamente a probabilidade de uma contracepção eficaz e facilita o acesso ao planejamento familiar, tornando-se uma estratégia para diminuir a recorrência de gravidez indesejada.

Baseado nisso, fizemos uma roda de conversa com nossas gestantes a fim de sanar dúvidas sobre sua utilização. Marcamos um encontro com as gestantes durante um turno onde foi abordada a temática do planejamento familiar e reprodutivo. Contamos com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para realizar a divulgação da ação, bem como, o reforço durante as consultas médicas e da enfermagem para ampliar o acesso à esse encontro.

A reunião contou com a presença de 17 gestantes. O encontro aconteceu em um turno programado exclusivamente para realizar o bate papo. Procuramos realizar uma exposição ampla sobre a importância da prática do planejamento familiar. Realizamos uma exposição do tema em geral, incluindo indicações, contraindicações, efeitos colaterais e mitos sobre o uso do DIU. Tivemos boa participação das gestantes com perguntas abertas, onde todas puderam esclarecer suas dúvidas e frustrações, sendo feita

uma abordagem sobre o que as gestantes acharam do tema, se ficou alguma dúvida sobre o tema, se alguma desejava fazer inserção do DIU, entre outros.

Nessa roda de conversa, observamos que a maioria das gestantes se mostrou interessada na inserção do DIU pós-parto. Procuramos deixá-las bem à vontade com o assunto e esclarecer as dúvidas que estavam ao alcance tanto da minha (Médica) e com o enfermeiro da equipe.

Com o término da conversa fomos parabenizados pelas gestantes e pelas ACS, que deram sugestão de outros temas relacionados à sexualidade e reprodução e que se possível criasse um grupo de gestantes em que pudessem ser trabalhados de forma contínua, na qual decidimos ter esta conversa mensalmente.

Desta forma pretendo seguir com a educação em saúde no planejamento familiar, elaborando palestras sobre diversos temas. Pretendo ampliar esses encontros à população jovem das escolas municipais com outros temas, como doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam estratégias e ações continuadas e programáticas, sobre o planejamento familiar na atenção básica, fornecendo assim melhor qualidade nos serviços oferecidos, autonomia nas escolhas das decisões e promoção e prevenção da saúde.

CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Ministério da Saúde estimula a inclusão e adaptação, e expansão dos cuidados aos pacientes de saúde mental UBS, tendo como base a criação de equipes para se ter um vínculo mais humanizado com os pacientes e os profissionais de saúde da equipe. Essa estratégia tem como diretrizes a universalidade, integralidade na atenção e territorialização através da equipe multidisciplinar atuando na prevenção e recuperação dos pacientes.

As ações são realizadas no território do ESF, através dos agentes de saúde, na qual possibilita proximidade com a família, conhecer a vida cotidiana das pessoas e seus vínculos com a comunidade, viabilizando um encontro no momento que for necessário ou solicitado (visitas domiciliares) em pacientes com sofrimento psíquicos.

No caso das consultas agendadas ou demandas espontâneas na unidade, se respeita a interação individual respeitando a realidade local e a inserção social.

Ações desenvolvidas no ESF I Dr. Kival Araujo Gorgonio para atenção de cuidado em saúde mental na avaliação PMAQ.

O ESF I utiliza os protocolos assistenciais como diretrizes terapêuticas da saúde mental, e os critérios de encaminhamento para o CAPS, psiquiatria que atende mensalmente na unidade, fazendo agendamento aos casos mais complexos. A equipe desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, fazendo o acompanhamento por meios de atividades individuais, grupais, acolhimento, tratamento e acompanhamentos, juntamente com o NASF e CAPS, sempre que necessário.

Desse modo, atuamos com a demanda espontânea e consultas agendadas, realizando visitas domiciliares sempre que necessário ou agendadas pelos agentes de saúde, para termos um tempo adequado de consulta para cada paciente, para conseguirmos assim uma melhor abordagem sobre a realidade familiar, orientando sobre ações que possam prevenir e/ou reabilitar os mais vulneráveis. Um ponto bastante abordado é a mudança no estilo de vida dos pacientes, o incentivo a prática de atividades físicas, boa alimentação, interação com os familiares, são orientações dadas como hábitos fundamentais para o tratamento.

Nossa unidade tem registrados todos os pacientes em uso de substâncias (benzodiazepínicos, etc...) bem como a retirada de receitas dos pacientes já em tratamento há mais tempo em relação a minha chegada nesta unidade de saúde, assim como os registros novos dos pacientes mais graves que foram encaminhados para tratamentos em outros pontos de atenção a saúde mental.

Nossa equipe também identifica pacientes em uso de álcool, drogas no nosso território, e assim, oferece palestras e outras ações que incluem acolhimento, prevenção primária, diagnóstico precoce, realizando os cuidados, sempre compartilhado com a equipe do NASF através do psicólogo.

REDE DE PESSOAS E SERVIÇOS DISPONÍVEIS NO TERRITÓRIO PARA A ATENÇÃO PSICOSOCIAL

O ESF1 de São João do Sabugi é composta por um Médico especializando em saúde da família e comunidade; um enfermeiro; um técnico em enfermagem; um odontólogo para o atendimento das pessoas com sofrimento psíquico ou mental; contamos com o apoio do NASF que é composto por uma equipe de vários profissionais(fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, etc...) que atuam de forma contínua assistindo os 3 ESFs existentes na cidade.

ATENÇÃO INTEGRAL A UM USUÁRIO COM SOFRIMENTO PSÍQUICO PARA CONSTRUÇÃO DE SUA LINHA DE CUIDADO.

Uma paciente de 57 anos de idade que compareceu a unidade com alteração de humor, perda de sono, tristeza, perda do interesse em suas atividades diárias, com sintoma superior a 20 dias, referindo a causa dos sintomas a uma traição conjugal de seu marido com quem vive há mais de 30 anos.

Em sua consulta ofereci a escuta a paciente, procurando deixá-la tranqüila e segura, para assim poder expressar suas aflições e angústias, enfatizando que teria toda uma equipe a sua disposição para o que fosse necessário. Ao primeiro momento tive a impressão de uma depressão leve, na qual prescrevi medicamentos e orientações, marcando um retorno em 15 dias para nova avaliação, e um encaminhamento para a psicóloga do NASF.

Após 15 dias a paciente retornou sem melhoras do quadro, pois não tinha o resultado da certeza da traição, esteve com o psicólogo do NASF o qual Diagnosticou com depressão moderada, sendo assim encaminhada para o psiquiatra do CAPS.

O que aprendemos nesta microintervenção é que o vínculo e o diálogo com os usuários são necessários, a fim de enfrentar os problemas de maneiras mais ampla. Temos que seguir passo a passo todas as ações em seu tempo previsto para garantir a saúde da população do nosso território. Levando em consideração que o papel do ESF é a prevenção, promoção e recuperação da saúde, aprendemos que conhecer, discutir e refletir sobre os transtornos mentais nos proporcionam novos conceitos sobre o tema e novas formas de abordagem.

CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

No Brasil, os direitos das crianças já estão consolidados juridicamente por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) desde 1990, com a publicação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990).

Nossa equipe trabalha integralmente o acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento das crianças, que constitui um dos pilares fundamentais na atenção primária de saúde estabelecida pelo ministério de saúde.

Para o desenvolvimento desta, foi feita uma reunião de equipe, onde colocamos os pontos primordiais para cada uma das questões do questionário. Analisando os aspectos, notamos que uma parte do trabalho já está bastante concluída por nossa equipe, acompanhando as crianças menores de dois anos através do puerpério com nosso enfermeiro, fazendo conscientização sobre a importância da vacinação. Faltava ainda certa iniciativa das ACS em relação a busca ativa das crianças em suas respectivas áreas de cobertura, devido a resistência de algumas mães sobre a vacinação.

A primeira coisa a fazer foi capacitar os membros da equipe sobre o acompanhamento das crianças menores de dois anos e sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psico afetivos).

Atualizamos o cadastro das crianças menores de dois anos com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e criamos um registro das crianças menores de dois anos para assim ter um controle destas e das consultas de puericultura para garantir um adequado seguimento. Além disso, a equipe fez pesquisa ativa das crianças com baixo peso e prematuridade, e temos um registro destas crianças que permite identificá-las para assim darmos uma solução a estes casos.

A puericultura tem como objetivo acolher a todas as crianças, dando assistência de forma integrada, realizando a vigilância do crescimento e desenvolvimento e monitorando os fatores de risco ao nascer e evolutivos; estimulando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado com alimentação da família, até os dois anos de vida; garantindo a aplicação das vacinas do esquema básico de imunização e, garantindo assim um atendimento de qualidade. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2015).

Hoje podemos dizer que a equipe realiza as consultas de puericultura das crianças menores de dois anos utilizando os protocolos voltados para atenção destas. Contamos com um cadastro atualizado de todas as crianças menores de dois anos pertencentes a nossa área de abrangência, mesmo estas sendo feito através de prontuários escritos a mão.

São realizadas palestras na comunidade sobre a importância das consultas de puericultura e os riscos que as crianças prematuras e de baixo peso podem apresentar. Há grupo de gestantes para quem o tema é abordado desde a etapa pré-natal, para conscientizar as futuras mães sobre estes aspectos. Uma vez que seja identificado esses casos, damos os dados para o ACS responsável dessa micro área para que faça a visita domiciliar deles e detecte o problema, no caso que for preciso o resto da equipe vai visitar essa família, dependendo de cada situação.

Nas consultas de puericultura se preenchem os dados mais importantes nas cadernetas de saúde das crianças. Nos prontuários dos pacientes são colocados todos os dados que depois são preenchidos na caderneta, permitindo ter essas informações mais importantes das crianças de nossa área de abrangência na UBS.

Durante o acompanhamento das crianças nas consultas de puericultura são avaliados aspectos acerca do crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, teste de pezinho e vacinação atualizada. Além disso, orientamos as mães e familiares sobre a prevenção de acidentes que são muito frequentes nos primeiros anos de vida e que a maioria podem ser evitados. Orientamos também em relação aos cuidados que se devem ter com as crianças de um modo geral nesta fase tão importante.

Comprendemos que esses cuidados recaem no tocante a qualquer tipo de infração aos direitos dessas crianças, principalmente nos aspectos de agressão seja de qual tipo for. A violência contra crianças e adolescentes pode se expressar como violência física, psicológica, negligência, abandono e abuso sexual; pode ocorrer em suas residências, nas escolas, em instituições públicas ou privadas ou mesmo nas ruas.

O enfrentamento desse fenômeno é complexo, pois além de suas causas serem múltiplas, a invisibilidade das situações é um fato inegável e o índice de subnotificação é muito elevado. Por isto, um dos principais desafios consiste no estímulo para que as situações de violações e de violência sejam denunciadas. (BRASIL, 2010).

Nossa equipe encontrou alguns casos de maus tratos, e casos de violência contra crianças, no qual estamos cientes da forma como abordamos e tais fatos são denunciados aos órgãos competentes do município de São João do Sabugi. Então

pedimos a colaboração da psicóloga para fazer ações de promoção de saúde na comunidade conjuntamente com a equipe. Estamos através da Gestão com um auxílio da assistência social municipal, para assim termos um controle dos casos de violência que possam aparecer no futuro. Mas o principal objetivo é prevenir que estes casos aconteçam em nossa comunidade, daí a importância de fazer as atividades de promoção, como palestras e orientações aos pais e cuidadores.

Ainda nesse sentido de cuidados com as crianças, enfatizamos que leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, fornecendo inclusive água, com fatores de proteção contra infecções comuns da infância, isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança. Além do mais, o ato de amamentar é importante para as relações afetivas entre mãe e filho. (BRASIL, 2005).

Recomenda-se iniciar a alimentação complementar aos seis meses, em crianças que mamam exclusivamente no peito. Casos especiais poderão requerer a introdução de alimentos complementares antes do sexto mês devendo cada caso ser analisado e avaliado individualmente pelo profissional de saúde. (BRASIL, 2005).

Estima-se que as ações de promoção do aleitamento materno e as ações de promoção da alimentação complementar, respectivamente, sejam capazes de reduzir em até 13% e 6% a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo. (BRASIL, 2013).

Nossa equipe faz atividades de promoção sobre aleitamento exclusivo durante os primeiros 6 meses de idade das crianças, sempre lembramos de falar sobre a alimentação complementar a partir dos 6 meses de vida estimulando a introdução de alimentos saudáveis. Hoje por exemplo, dia 20/08/2018 aconteceu uma roda de bate papo com as mães no ESF1 Dr. Kival Araújo Gorgônio, abordando este tema de suma importância. Contamos com a Nutricionista do NASF para que nos apoiasse na palestra sobre esta temática com as mães, além de lembrá-las nas consultas de seguimento e dar orientações durante o puerpério e também no primeiro ano de vida das crianças.

Foi muito bom fazer esta microintervenção, pois nos melhoramos e damos continuidade em nossos trabalhos. As ACS estão mais ativas neste caso, trazendo de volta as famílias que por qualquer motivo se distanciaram. Tudo ficou mais organizado mediante a criação do novo registro e aperfeiçoamento dos existentes, permitindo brindar um ótimo atendimento as crianças e seus familiares. A equipe incrementou as

ações de promoção em saúde e intercambiou conhecimentos e experiências com nossos pacientes, principalmente junto as mãe.

CAPÍTULO VI: CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são altamente prevalentes em nosso meio, sobretudo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), sendo causadas por vários fatores culturais e sociais e podem desencadear implicações graves para a qualidade de vida das pessoas. Tais agravos representam um desafio para a atenção básica à saúde (BRASIL, 2013 a); (BRASIL, 2013 b).

O principal objetivo desta microintervenção é avaliar o acompanhamento dos pacientes com Doenças Crônicas na Unidade Básica de Saúde Dr. Kival Araújo Gorgônio, segundo as prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. O outro objetivo trata-se de relatar experiências vivenciadas com ações programadas pela equipe para diminuir complicações em pacientes com doenças crônicas que não têm acompanhamento ou que não têm o hábito de ir até a unidade para controle da doença.

Realizamos uma reunião da equipe para refletir sobre como é feito o acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas e realizar avaliação do mesmo, principalmente dos pacientes que não frequentam as atividades realizadas na unidade. Nesta reunião participaram o (NASF), ACS, juntamente com a equipe completa do PSF.

Nossa equipe realiza todas as últimas sextas-feiras do mês, um bate papo para pessoas com Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus, organizado assim para melhor organização do trabalho, tendo diariamente consultas abertas para estes pacientes em especial. Uma vez detectada e diagnosticada a doença o tempo de espera para a primeira consulta é imediato, sendo que o acompanhamento da mesma é feito durante todo tratamento.

A equipe coordena e acompanha a fila de espera dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção, sendo depois feito acompanhamento sobre novas medicações que poderiam ser prescritas para os mesmos.

Além do mais, refletimos sobre uma porcentagem de pacientes hipertensos e diabéticos que não são acompanhados adequadamente segundo as atividades propostas na ESF, identificando-se diversas causas: baixa escolaridade/analfabetismo, falta de medicamentos nas farmácias populares, pacientes que moram sozinhos, entre outros que não têm conscientização da doença crônica e não demonstram interesse em procurar

assistência médica. Aqueles que fazem tratamento por um tempo e com a melhora do quadro deixam de usar a medicação.

No final, a equipe chegou a conclusão que essas ações são uma experiência positiva porque os usuários aumentaram o nível de conhecimento sobre as doenças crônicas que sofrem, demonstrando mais interesse pelo controle. A porcentagem de pacientes atendidos por doenças crônicas na unidade de saúde aumentou, diminuindo o número de internamentos hospitalários por agravamento destas doenças. Ainda assim, temos muito para fazer, porque a população mais carente ainda insiste em não participar dos encontros mensais na unidade.

CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde	Essa microintervenção se deu em três etapas, e teve como principal objetivo conhecer e identificar como se dá o acesso das Pessoas com Deficiência na Unidade Básica de Saúde e sugerir possíveis adequações. Foram feitas reuniões com a equipe, que resultou por sua vez, em melhorias de um modo geral, principalmente entre a equipe.	Melhorias já foram iniciadas pela atual gestão e tem ocorrido progressos significativos, apesar de ainda está aquém do esperado; Criação de uma escala de uso das salas para melhor atendimento.	As reuniões entre os profissionais tendem a permanecer acontecendo a fim de traçar metas que buscam melhorias, também, com o compromisso de interagir com a gestão a fim de cobrar investimento e fiscalizar a aplicação correta dos recursos.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	Em nossa reunião de equipe para desempenhar e introduzir a demanda espontânea no ESF Dr. Kival Araujo Gorgônio, contamos com a presença do enfermeiro, odontóloga, técnica de enfermagem e todos os ACS que compõem nossa área, a fim de capacitá-los para uma melhor recepção dos pacientes e fazer uma triagem, para que assim todos sejam	Um grande problema encontrado aqui na unidade foi por conta do ESF trabalhar vinculado na unidade de saúde; estabelecemos priorizar os dias para hipertensos, puerpério, gestantes, ainda deixamos vagas para atendimentos espontâneos que possam aparecer; Um ponto importante neste	Continuaremos buscando uma melhor maneira para atender de forma humanizada, com respeito e dedicação aos nossos pacientes. Para que tenhamos uma boa interação, buscaremos fazer palestras quinzenais abordando diferentes temas, sejam sobre hipertensão, diabetes, assuntos por eles colocados, deixando sempre a nossa equipe a disposição para todos. O trabalho não deve parar, uma vez que os resultados estão sendo visualizados.

	atendidos.	<p>questo são as visitas domiciliares. Com a execução, conseguimos determinar como seriam feitas as agendas, a forma de trabalho desenvolvido pelos ACS para esclarecer a população a nova forma de atendimentos, etc.</p>	
Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	<p>Esta microintervenção de Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério, se deu de forma importante para entender o processo de planejamento familiar, bem como a necessidade de intervenções mais efetivas, orientando as famílias com relação ao tema citado. Nesse sentido foi possível realizar rodas de conversas com as gestantes, bem como foi fundamental contar com o apoio das ACS, para realizar o estudo e trazer os dados para realizar intervenções.</p>	<p>Na prática, principalmente, com as atividades de pré-natal, notamos certa quantidade de mulheres que estavam em gestação não planejada, reforçando assim, o grande déficit no conhecimento e esclarecimento sobre planejamento familiar na população de São João do Sabugi/RN. Após realizar o estudo em questão e analisar os fatos e os dados trazidos por nossas agentes de saúde, percebemos que conseguimos realizar com eficácia a promoção e</p>	<p>Pretendo seguir com a educação em saúde no planejamento familiar, elaborando palestras sobre diversos temas. Pretendo ampliar esses encontros à população jovem das escolas municipais com outros temas, como doenças sexualmente transmissíveis (DST).</p>

		<p>prevenção de saúde da nossa microregião da qual cobrimos o ESF Dr. Kival Araújo Gorgônio. Percebemos que a atenção oferecida à saúde da mulher, principalmente, com relação à saúde reprodutiva estar sendo bem aceita e coberta</p>	
<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>As ações são realizadas no território do ESF, através dos agentes de saúde, na qual possibilita proximidade com a família, conhecer a vida cotidiana das pessoas e seus vínculos com a comunidade, viabilizando um encontro no momento que for necessário ou solicitado (visitas domiciliares) em pacientes com sofrimento psíquicos. O ESF I utiliza os protocolos assistenciais como diretrizes terapêuticas da saúde mental, e os critérios de encaminhamento para o CAPS, sempre que necessário.</p>	<p>Um ponto bastante abordado é a mudança no estilo de vida dos pacientes, o incentivo a prática de atividades físicas, boa alimentação, interação com os familiares, são orientações dadas como hábitos fundamentais para o tratamento. Nossa equipe também identifica pacientes em uso de álcool, drogas no nosso território, e assim, oferece palestras e outras ações que incluem acolhimento, prevenção primária, diagnóstico precoce, realizando os</p>	<p>Temos que seguir passo a passo todas as ações em seu tempo previsto para garantir a saúde da população do nosso território. Levando em consideração que o papel do ESF é a prevenção, promoção e recuperação da saúde, aprendemos que conhecer, discutir e refletir sobre os transtornos mentais nos proporcionam novos conceitos sobre o tema e novas formas de abordagem. Continuaremos agindo dessa maneira e implementando mais outras atividades para o acolhimento e envolvimento de todos, sempre contando com as parcerias.</p>

		cuidados, sempre compartilhado com a equipe do NASF através do psicólogo.	
Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	<p>Para o desenvolvimento desta, foi feita uma reunião de equipe, onde colocamos os pontos primordiais para cada uma das questões do questionário. Analisando os aspectos, notamos que uma parte do trabalho já está bastante concluída por nossa equipe, acompanhando as crianças menores de dois anos através do puerpério com nosso enfermeiro, fazendo conscientização sobre a importância da vacinação. Faltava ainda certa iniciativa das ACS em relação a busca ativa das crianças em suas respectivas áreas de cobertura, devido a resistência de algumas mães sobre a vacinação.</p>	<p>Foi muito bom fazer esta microintervenção, pois nos melhoramos e damos continuidade em nossos trabalhos. As ACS estão mais ativas neste caso, trazendo de volta as famílias que por qualquer motivo se distanciaram. Tudo ficou mais organizado mediante a criação do novo registro e aperfeiçoamento dos existentes, permitindo brindar um ótimo atendimento as crianças e seus familiares. A equipe incrementou as ações de promoção em saúde e intercambiou conhecimentos e experiências com nossos pacientes, principalmente</p>	<p>O objetivo e que continuemos dando todo apoio na garantia pelos direitos de crescimento saudável da criança. Buscar sempre com apoio de outros órgãos para estar realizando encontros e debates para ampliar as possibilidades de discussão e melhor orientar as mães em todos os aspectos.</p>

		junto as mãe.	
Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	<p>O principal objetivo desta microintervenção é avaliar o acompanhamento dos pacientes com Doenças Crônicas na Unidade Básica de Saúde Dr. Kirval Araújo Gorgônio, segundo as prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Realizamos uma reunião da equipe para refletir sobre como é feito o acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas e realizar avaliação do mesmo, principalmente dos pacientes que não frequentam as atividades realizadas na unidade. Nesta reunião participaram o (NASF), ACS, juntamente com a equipe completa do PSF.</p>	<p>A equipe chegou a conclusão que essas ações são uma experiência positiva porque os usuários aumentaram o nível de conhecimento sobre as doenças crônicas que sofrem, demonstrando mais interesse pelo controle. A porcentagem de pacientes atendidos por doenças crônicas na unidade de saúde aumentou, diminuindo o número de internamentos hospitalários por agravamento destas doenças. Ainda assim, temos muito para fazer, porque a população mais carente ainda insiste em não participar dos encontros mensais na unidade.</p>	<p>No tocante a continuidade, percebo que temos que realizar outros momentos para promover intervenções que busque ampliar o número de pessoas carentes que não participam dos encontros mensais.</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse processo que se realizou, foi fundamental cada etapa e todos os detalhes do percurso, desde os objetivos a criação de estratégias que pudessem ser aplicadas para impactar de forma positiva em todos os aspectos. Esses são momentos que contribuem para a formação pessoal, e, sobretudo, profissional, oportunizando sempre o encontro com a realidade, bem como possibilitando reflexões que possibilitem transformações.

Mediante as circunstâncias de tempo e espaço, nem sempre as ações se realizam conforme o necessário, mas o importante é que cada passo é dado com vistas sempre a melhorar e qualificar os serviços ofertados. É fundamental o embate com outros órgãos e também com a gestão para que possamos ampliar nossas conquistas e concretizar os objetivos.

Muitos são os aspectos positivos deixados nas microintervenções, possibilitando a toda equipe crescer em conjunto e de modo integrado, tendo sempre em vista manter a atenção, e cuidados efetivos e eficazes com os usuários da unidade. A realidade ainda exige muito trabalho para que se possa também ampliar outros aspectos para um atendimento de qualidade.

Nesse sentido, que possamos realizar sempre novas estratégias dentro dos eixos de intervenção e potencializar ainda mais todos os recursos utilizados que promoveram resultados significativos, frente a necessidade de atenção a saúde da família de um modo geral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº. 10.048, de 08 de Novembro de 2000. **Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L10048.htm. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Lei nº. 10.098, de 19 de Dezembro de 2000. **Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desaude/reabilitacao/portaria_1060.pdf. Acesso em: 04 jun.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **A proteção das pessoas portadoras de deficiência.** 3. ed. Brasília: Corde, 2001. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/protecao_const1.asp. Acesso em: 06 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso Em 06 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do**

Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 – 2020.** Brasília, 2010. Pág. 16. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/PoliticaPlanoDecenal_ConсультаPublica.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos /** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Pag. 19. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, **MANUAL DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA** Agosto, 2015. Pag.8 <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual_de_acompanhamento_da_crianca.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Págs. 14 e 15.

BRASIL. Congresso. Senado. **PORTARIA Nº 3.265.** Ampliação do Acesso Ao Dispositivo Intrauterino TCU 380 (DIU de Cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus). Brasília, 1 dez. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ms, 2009.

COSTA, Sarah Hawker. **A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.187-206, abr. 1989. Semestral.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica.** Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 5, p.2549-2558, maio 2011. FapUNIFESP (SciELO).

ONU. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p.

SILVA, Ana Carolina Ribeiro. **Planejamento familiar na Atenção Básica de Saúde: Um plano de ação para promoção de saúde.** 2014. 26 f. TCC (Graduação) – Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade de Minas Gerais, Formiga, 2014.

VIERO, Reno Ortega et al. **Atividade de grupo como acesso ao planejamento familiar.** In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Não use números Romanos ou letras, use somente números Arábicos., 2014, Gramado. Anais.Gramado: Sbmfc, 2014. v. 1, p. 1 – 46.