



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família –
PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MICROINTERVENÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO NOVO
HORIZONTE: um desafio ininterrupto**

WALESKA PEREIRA CÂMARA

**MICROINTERVENÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DO NOVO
HORIZONTE: um desafio ininterrupto**

WALESKA PEREIRA CÂMARA

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.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, e as pessoas que mais amo, meus pais, meu filho Lucas, e meu esposo, assim como todas as pessoas que me ajudaram direta ou indiretamente.

Ao Professor-orientador Túlio, pelas correções de cada microintervenção e dos puxões de orelha para o cumprimento dos prazos.

Aos meus amigos companheiros de pantões da UPA e da unidade básica de saúde e outros locais pelo incentivo e ajuda para ser realizado cada atividade.

Agradeço aos meus pais pela confiança e amor.

À minha família, filho e esposo, pela cumplicidade e paciência nas horas de angústia e ausências pelos motivos de trabalho e estudo.

RESUMO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	.....	6
CAPÍTULO 1	.....	7
CAPÍTULO 2	.....	9
CAPÍTULO 3	.....	10
CAPÍTULO 4	.....	14
CAPÍTULO 5	.....	15
CAPÍTULO 6	.....	18
CAPÍTULO 7	.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	.....	27
REFERÊNCIAS	.....	32
APÊNDICES	.....	33
ANEXOS	.....	39

APRESENTAÇÃO

Este TCC caracteriza-se como compilação e consequentemente produto final referente as nove microintervenções realizadas ao longo do ano de 2018, na Unidade Básica de Saúde do Novo Horizonte, localizada no município de Touros/RN, juntamente com toda equipe participante constituinte desta localidade.

Cada microintervenção foi construída tendo como norte a proposta e temática de cada módulo, inicialmente com um processo de identificação, avaliação de um problema, além da construção de uma proposta de ação que deverá ser executada, sendo assim dispostas cada uma em seu capítulo apropriado.

CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE - INTERAÇÃO E CONHECIMENTO DA REGIÃO EM QUE SE TRABALHA

O modelo de atenção voltado à Estratégia Saúde da Família (ESF) tem proporcionado avanços significativos na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Ao longo de tantos anos, tornou-se iminente a qualificação das ações ofertadas à população no primeiro nível de atenção, tornando necessário o desenvolvimento de ações avaliativas para a tomada de decisão no nível da gestão do sistema de saúde. Com base nisso foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no qual oferecem estratégias indutoras da qualidade adotada pelo Ministério da Saúde na direção da melhoria dos resultados das ações de saúde ofertadas à população (BRASIL, 2013).

A experiência que será relatada ocorre no município brasileiro de Touros/RN, com uma população estimada de 34 mil habitantes, pertencente à mesorregião do Leste Potiguar, código IBGE 2414407, mais especificamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Novo Horizonte, localizado na Rua Poeta Severino F. da Silva, SN, bairro do Novo Horizonte, cadastrado no CNES 7666705.

A equipe foi convocada recentemente para fazer a avaliação do AMAQ (instrumento de autoavaliação da gestão e das equipes), já que é participante da reconstrutualização/adesão ao PMAQ, no qual foram propostos inicialmente encontros presenciais na unidade de saúde, logo envolvemos e mobilizamos todos os profissionais integrantes da equipe;: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, técnico em saúde bucal, e agentes comunitários de saúde (ACS). Em rodas de conversas, foi discutido a atual situação de saúde da população adscrita e logo depois de respondido o AMAQ, começamos a realização de uma análise mais minuciosa, com objetivo de atentar para possíveis fragilidades a serem descobertas e em seguida fazer a construção de uma matriz de intervenção de modo a permitir e estimular a participação de todos na avaliação dos pontos positivos e dificuldades a serem enfrentadas.

A utilização da ferramenta matriz de intervenção é feita para orientar as etapas de diagnóstico de dificuldades e a construção compartilhada de planejamento de ações. Sendo assim a primeira barreira que se deparou foi a conciliação da parada das atividades para esse momento, visto que envolve todos os componentes da equipe em tempo hábil, foi

necessário três dias intercalados em duas semanas para finalização dessa etapa, que foi de extrema importância, ter acima de tudo uma escuta qualificada, partindo da própria equipe.

Começou-se a responder o AMAQ pela parte I - Equipe de Atenção Básica a partir da dimensão unidade básica de saúde, H - subdimensão: infraestrutura e equipamentos, I - subdimensão: insumos, imunológicos e medicamentos, em seguida a dimensão educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde, J - subdimensão: educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica, K - subdimensão organização do processo de trabalho, L - subdimensão atenção integral à saúde, M - subdimensão participação, controle social e satisfação do usuário, N - Programa Saúde na Escola - PSE.

Diante de cada subdimensão em cada item era realizada uma escala de 1 a 5 na qual, 1 significa muito insatisfatório, 2 insatisfatório, 3 regular, 4 satisfatório e o 5 muito satisfatório, ao final obtivemos uma somatória que pôde-se avaliar e constatar 23 pontos na subdimensão H classificando-a como pontuação insatisfatória, 50 pontos na subdimensão I, classificando-a como satisfatória, classificando-se assim a dimensão unidade básica de saúde com 3 pontos - regular. Subdimensão L - muito satisfatório, Subdimensão M - regular, Subdimensão N - insatisfatório.

Perante a proposta da primeira intervenção foi considerado relevante por toda a equipe e com possibilidades de tentativas de resolução para a construção da matriz de intervenção.

A avaliação compartilhada do AMAQ possibilitou o entendimento deste como um instrumento para reflexão, análise e planejamento do processo de trabalho no qual foi proposto ser realizado de forma contínua, sendo que a construção da matriz de intervenção desempenhou função de catalizador para a identificação dos nós críticos e das ações estratégicas implementadas para superá-los. Tendo em vista a avaliação positiva do uso do AMAQ, instrumento proposto no PMAQ, por todos os atores envolvidos – profissionais das equipes, apoiadores institucionais.

Foi construído um instrumento para monitorarmos os indicadores fizemos em forma de banner, pois há a possibilidade de ir acompanhando mensalmente a evolução de cada indicador. A microintervenção realizada foi proveitosa proporcionando a união da equipe e permitindo um benefício para a melhora da qualidade das ações promovidas no serviço. Percebemos o quanto é valiosa a participação de todos os integrantes, fazendo valer a multidisciplinaridade, respeitando e acreditando nas diversas opiniões.

Podemos observar na integralidade o que de fato temos em dados lançados no sistema E-SUS, nos permitindo ter uma visão panorâmica e global a cerca de quantidade e qualidade dos atendimentos. A partir daí daremos um pontapé para traçar metas para o desenvolvimento de medidas.

CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA - INÍCIO DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES

A Política Nacional de Humanização (PNH) atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Dentre as estratégias que norteiam esta política, evidencia-se o acolhimento que Ministério da Saúde (MS) tem lançado mão de estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. (BRASIL, 2006).

Acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acolhimento pode funcionar como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. (BRASIL, 2013, p. 19)

O acolhimento é um método designado para colaborar com a qualificação dos sistemas de saúde, de forma que possibilite ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade. É uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais (COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015).

Sendo assim foi pensado e proposto começar a implantação do acolhimento na UBS, começando com um aperfeiçoamento de toda a equipe, percebeu-se de início certa resistência que de certa forma tem sua significância, por exemplo, temos oito profissionais ao todo, desses, três são agentes comunitários de saúde (ACS), significando que nem todos os dias é possível estarem fisicamente na UBS e uma média de circulação de 50-60 pessoas da comunidade sendo atendidas ao dia por esses profissionais, tem também um espaço físico bem limitado, proporcionando assim um descontínuo de privacidade ao usuário, além de tantos outros fatores que são visto como dificultadores.

Apesar de tantos empecilhos iniciou-se esse processo de educação permanente com a equipe, foram utilizados dois dias para treinar todos e fazer a sensibilização quanto a essa proposta. Nesse processo foi citada capacidade de escuta; bom relacionamento com a população; empatia; paciência; e afetividade, do qual cada profissional teria a se auto-avaliar para desenvolver ou aprimorar.

Não foi possível fazer a divulgação/empoderamento da população em relação às mudanças; o estudo do perfil da demanda espontânea e programada da área e os primeiros dias de implantação do acolhimento, pois não houve tempo hábil para realização de todos os passos seguintes, visto que as atividades de microintervenções têm prazos curtos para a sua execução.

CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

"O planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam os casais a planejar a chegada dos filhos, e também a prevenir a gravidez indesejada" (RAMOS, SÉRGIO PASSOS, 2011). Mesmo assim, e dispondo de todas as informações e orientações necessárias para que o planejamento seja não só realizado, mas principalmente aceito pela nossa comunidade, ainda nos deparamos com uma realidade totalmente diferente para a qual nos instruímos e nos dispomos, pois muitos casais tomam a decisão de terem seus filhos visando receber alguns benefícios dados pela prefeitura por fazerem parte de uma colônia de pescadores. Enquanto do outro lado, nos deparamos com um número grande de mães solteiras que se envolveram com turistas ou empregados de algumas empresas como

das eólicas, que passam um determinado tempo trabalhando na região e elas iludidas, engravidam pensando que terão um futuro mais promissor ao lado do "companheiro" momentâneo. Desta forma, ao serem abandonadas, o que seria um planejamento familiar, passa a ser uma gravidez indesejada.

A nossa Unidade de Saúde mensalmente tenta-se reunir as gestantes para uma breve discussão e orientações de como ter o acompanhamento adequado de suas gestações e pedimos aos esposos que as acompanhe nas consultas que são alternadas entre a médica e a enfermeira. As consultas são agendadas e programadas de acordo com a idade gestacional e com as necessidades diárias das gestantes e suas intercorrências. Nessas ações em que nos reunimos fazemos um levantamento do desejo e planejamento da mãe ou do casal participante em ter a criança e esclarecemos suas dúvidas desde o envolvimento sexual, psicológico e social dos mesmos envolvidos. Não esquecendo de sempre ressaltar que a decisão de ter filhos e constituir uma família é do casal e de grande importância para vida de ambos, visto que com a chegada dos filhos tudo muda.

"Todas as pessoas possuem o direito de decidir se terão ou não filhos, e o Estado tem o dever de oferecer acesso a recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem a prática do planejamento familiar" (RAMOS, SÉRGIO PASSOS, 2011). Desta forma e de acordo com as diretrizes do Ministério da saúde, juntamente com a ajuda do NASF, fazemos reuniões de aconselhamento com a grande maioria das gestantes e contamos com apenas 5% da participação dos esposos, pois a maioria encontra-se no mar pescando e os outros são desconhecidos que vão embora do município. Em nossas reuniões fazemos um levantamento entre as gestantes que tem feito regularmente o planejamento familiar e as gestantes que engravidaram ocasionalmente, e as separamos em grupos para administrar melhor as necessidades e dúvidas de cada grupo. Após a reunião/ação, iniciamos o atendimento individualmente e o seguimento do pré-natal. Como também acompanhamos aquelas mulheres que estão tentando engravidar e que não conseguem.

Por mais que falamos e orientamos sobre a importância do planejamento familiar e de toda a preparação e estrutura para receber uma criança, percebemos que essa preocupação não existe por parte da maioria das mulheres e que as crianças são criadas pelos avós. Essa é uma triste realidade que enfrentamos, mesmo oferecendo, orientando e educando as mulheres sobre a importância de todos os métodos contraceptivos e da necessidade de usá-los tanto para prevenir uma gravidez indesejada, assim como forma para não adquirir uma doença infectocontagiosa.

Outro ponto muito importante abordado em nossas ações é a diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs como Sífilis, tentando de forma amena incluir esses assuntos durante o planejamento familiar e também em outras ações em que toda a comunidade esteja envolvida, a fim de não só prevenir certas doenças, mas como preparar os pais para aceitação dessa realidade que cresce a cada dia entre os relacionamentos, que sejam por fatores genéticos, ou que sejam por opção sexual mesmo. Além de fazermos as sorologias para o grupo que consideramos de risco através dos relatos dos próprios pacientes, e muitas vezes de pedidos dos mesmos por se envolverem com pessoas de risco.

Nos casos em que são constatados sorologias positivas para as doenças no pré-natal, iniciamos os tratamentos quando dispomos das medicações ou encaminhamos para os centros de referência caso as medicações não estejam disponíveis no município. Fazemos a notificação, acionamos o conselho tutelar e começamos a busca ativa caso o paciente seja HIV + e das pessoas envolvidas para que seja iniciado o tratamento e acompanhamento através do encaminhamento para o centro de referência na Capital, pois em nosso Município não dispomos das sorologias e das medicações apropriadas.

Visto que não temos muitos casos de doenças infectocontagiosas em nossa comunidade e apenas um caso de HIV+, procuramos fazer palestras de dois em dois meses com toda a comunidade, desde gestantes, jovens e idosos para que seja cada vez menor o número dessas doenças e contamos com o apoio do NASF, com orientações da psicóloga, do educador físico e da nutricionista, além de oferecermos um café da manhã como sendo mais um atrativo para chamar a população tão desfavorecida e carente. Fazendo assim um dia de socialização, informação, orientação e alegria para todos.

Em nossa unidade o pré-natal é muito organizado e as consultas são todas agendadas e cumpridas conforme o calendário de cada gestante, sendo raro os casos em que precisamos fazer busca ativa, inclusive tivemos um caso em que era de uma adolescente que não aceitava a gravidez e tivemos todo o trabalho de ir até a casa da mesma e convencê-la a iniciar o pré-natal com a nossa equipe. Este caso repercutiu de forma positiva e hoje temos procura de gestantes de outras unidades solicitando fazer o pré-natal conosco.

Fazemos o controle das gestantes através do prontuário manual e de um caderno, onde temos todos os dados das gestantes para caso alguma delas não retorne ao seguimento que também é acompanhado pelo preenchimento da carteirinha do pré-natal dada pelo

ministério da saúde. Nesta carteirinha, a cada consulta conferimos a idade gestacional, peso, altura uterina, batimentos fetais, movimentos fetais, frequência cardíaca e respiratória da gestante, e pressão arterial, além de verificar se os exames e sorologias estão todas em dia e as ultrassonografias. Partindo de todos esses dados é que podemos encontrar alguma patologia a ser tratada antes do parto, como já tivemos um caso de toxoplasmose e a gestante foi encaminhada a unidade de referência do Estado e devidamente tratada, não tendo intercorrências durante o parto.

Outro problema que enfrentamos durante o acompanhamento dessas gestantes é a alimentação totalmente irregular devido ao alto grau de pobreza da maioria e falta de condições básicas de higiene e saneamento. A grande maioria bebe água de poço, vivem no sol em plantações ou em currais para garantir a própria alimentação, enquanto outras vivem apenas do peixe que é a principal fonte de renda dos maridos. Procuramos orientar que as gestantes façam caminhadas juntas, que procurem alimentar-se melhor e beber água mineral ou filtrada pois encontramos muitas parasitoses na região. E como estamos sempre em contato com todas devido a região ser pequena, criamos um vínculo de confiabilidade que elas mesmas vem nos dá a notícia do nascimento de seus filhos e já agendam a consulta puerperal pois sabem que terão seguimento e orientações no CD com suas crianças.

Lembramos também na consulta puerperal se o RN está em aleitamento materno exclusivo e se a pega está sendo devidamente correta, visto que a maioria das puérperas infelizmente não tem paciência em fazer o aleitamento materno adequadamente.

Nossa equipe está sempre atenta e informada sobre os problemas que podemos encontrar com certas gestantes e puérperas, mas o trabalho não depende só da equipe que temos, mas sim da consciência de cada uma que teve seu filho e dos governantes que deveriam dar o mínimo de condições básicas como saneamento e água limpa para um higiene adequada.

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

A saúde mental hoje tornou-se um problema de grande dimensão na saúde pública, principalmente em comunidades mais carentes onde a falta de estrutura e desemprego é grande, o que deixa as pessoas cada vez mais ansiosas, sem terem uma atividade para ocupar as suas vidas e mentes. Muitos são os pacientes que acompanhamos fazendo uso de benzodiazepínicos e psicotrópicos visto que a nossa unidade de saúde é responsável por aproximadamente 1.600 habitantes. Os diagnosticados com algum distúrbio de ansiedade são direcionados a psicologia ou diretamente a psiquiatria para podermos dar continuidade ao tratamento após o diagnóstico fechado. Dentre os mais graves encontramos a Esquizofrenia, com dois casos já diagnosticados e em tratamento.

Esquizofrenia é uma doença psiquiátrica caracterizada por alterações no funcionamento da mente que provoca distúrbios do pensamento e das emoções, mudanças no comportamento, além de perda noção da realidade e do juízo crítico.

Apesar de ser mais comum entre 15 e 35 anos, a esquizofrenia pode surgir em qualquer idade, e costuma-se manifestar através tipos diferentes, como paranóide, catatônica, herbefrênica ou indiferenciada, por exemplo, que apresentam sintomas que variam desde alucinações, ilusões, comportamento anti-social, perda da motivação ou alterações da memória (ALVES, 2001).

A esquizofrenia afeta cerca de 1% da população, e apesar de não ter cura, pode ser bem controlada com medicamentos antipsicóticos, como Risperidona, Quetiapina ou Clozapina, por exemplo, orientados pelo psiquiatra, além de outras terapias, como psicoterapia e terapia ocupacional, como forma de ajudar o paciente a se reabilitar e reintegrar à família e à sociedade (AIRES, 2018).

A microintervenção da nossa equipe foi realizada através da ajuda da nossa agente de saúde, da enfermeira e do motorista da prefeitura que nos acompanhava. Trata-se do nosso paciente JRP que sofre de Esquizofrenia há 23 anos após ser diagnosticado e tratado em casa de saúde mental. Tudo teve início quando o adolescente foi morar em SP com o pai e segundo relatos o mesmo sofria várias agressões principalmente na cabeça, horas ficando desorientado e horas desmaiando. O paciente hoje com 37 anos encontra-se totalmente desorientado no tempo e no espaço, vivendo com a sua mãe que não ajuda no

tratamento e que oferece constantemente cigarros para que o mesmo se acalme. Possui um irmão que tenta dar as medicações na hora certa e as refeições, mas que não reside na mesma casa. Durante a consulta o paciente permaneceu o tempo todo caminhando no quintal da casa, dizendo que tinha uma cobra atrás dele, sendo impossível examiná-lo.

Mesmo residindo numa casa bem estruturada, o paciente não possui uma pessoa que possa ajudá-lo e de certa forma vigiá-lo 24 horas, visto que a sua mãe que reside com ele, apresenta-se também emocionalmente abalada, depressiva e que nos deu a impressão que ter aquele filho junto a ela era um fardo a ser carregado. A mesma não queria que fizéssemos a visita e a nossa sorte foi que o outro filho, que tenta ajudar encontrava-se em casa.

Acionamos o CAPS, o Serviço Social e agendamos uma nova consulta com o psiquiatra da região para termos um novo ajuste das doses das medicações e atual situação psicológica do paciente, a fim de inseri-lo em um programa de reabilitação e retorno ao convívio social.

Este é o caso mais grave que temos em nossa comunidade, visto que a outra paciente é uma adolescente já com laudo de esquizofrenia e acompanhada pelo HUOL (Hospital Universitário Onofre Lopes).

Com o nosso trabalho e acompanhamento observamos uma melhora em relação a estrutura familiar e preocupação de todos não só com o paciente como também com a mãe que encontra-se em depressão. O paciente está primeiramente tomando as doses reajustadas e segundo toda a equipe mobilizada: psiquiatra, psicólogo e assistente social, logo tenha condições voltará ao convívio social, visto que em nosso município temos programas que já capacitam essas pessoas para certos tipos de atividades, como atividades manuais, artesanais, com oficinas e além de preparação física.

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

É importante lembrar que a Atenção à Saúde da Criança representa uma área prioritária no âmbito dos cuidados à saúde das populações. Para que se desenvolva de forma adequada, além do conhecimento sobre as características relacionadas aos

indicadores de morbimortalidade, é necessário compreender os aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, bem como os demais determinantes sociais no processo de saúde-doença. (MACEDO, VILMA COSTA DE. 2016)

As crianças da nossa comunidade, em sua maioria vivem num estado de pobreza, onde não possuem uma boa alimentação e a água que bebem e tomam banho são de péssima qualidade. Passamos por um período grande de chuvas onde muitas famílias perderam tudo e lagoas foram formadas, e a partir daí o aumento das doenças dermatológicas. Vimos então a necessidade de investigar, prevenir e tratar todos os casos de doenças dermatológicas que apareceram nesse período de chuvas, visto que uma dessas patologias não sendo tratadas pode levar ao internamento de nossas crianças.

Reunimos toda a equipe, que foi solidária e iniciamos uma busca ativa com as nossas agentes de saúde, primeiramente nos assentamentos e nas ruas próximas as lagoas formadas, aplicando um questionário dirigido tanto às necessidades físicas da moradia e situação social quanto em relação a existência de comorbidades na família.

Dentre as várias famílias que estamos acompanhando, escolhemos a família da senhora MIFS, 23 anos, abandonada pelo marido, com dois filhos, um com 11 meses e outro com 2 anos e 5 meses, ambos sempre andando na companhia da mãe, sem nenhuma higiene e que toda semana estão no posto de saúde alegando prurido e feridas infectadas pelo corpo e couro cabeludo. Moram com mais duas famílias na mesma casa, onde só há 6 cômodos, sendo 2 quartos, uma sala, um banheiro externo, a sala e a cozinha, tem ainda um pequeno quintal onde encontramos galinhas e um poço, do qual retiram a água para higiene e alimentação. Acionamos o serviço social, a secretaria de saúde e todas as três famílias estão tendo acompanhamento multidisciplinar do NASF, da nossa equipe do posto e do conselho tutelar.

QUESTIONÁRIO SOCIAL PARA MICROINTERVENÇÃO DAS NOVAS PATOLOGIAS DERMATOLÓGICAS QUE AFETARAM AS CRIANÇAS	
Família 01	Prontuário N°
Endereço	
N°de cômodos na casa	

Nºde pessoas que moram na casa	
Condições de Higiene	
Renda Mensal total da família(as)	
Doentes Crônicos na Família	
Animais na Residência	
Saneamento e Procedência da Água	
Existência de Alguma Criança Com Algum Sinal ou Sintoma de Doença Dermatológica	
Tratamento Proposto	
Necessidade Para Encaminhamento ao Dermatologista	

Com este questionário conseguimos conhecer melhor a real situação de sobrevivência das famílias e das crianças afetadas, mostrando aos pais e responsáveis pelas mesmas a importância da comunicação entre a equipe e as famílias, como também convencemos a levarem as crianças ao posto assim que iniciarem os sintomas e aceitarem os tratamentos propostos caso necessário.

Tivemos também a resistência principalmente dos mais necessitados que não queriam deixar a nossa equipe conhecer a real situação de moradia e problemas sociais pelas quais passavam, e nesse momento tivemos a ajuda do serviço social e do NASF que mobilizou sua equipe para visitar e conscientizar certas famílias da importância do nosso trabalho. Desta forma aprendemos que por mais que tentemos fazer um trabalho bem feito e amenizar a carência tanto de nossas crianças quanto das suas famílias, ainda falta muito para educarmos a nossa comunidade visando a melhoria de suas próprias realidades.

Mesmo ainda estando na busca ativa, já observamos a adesão de 80% das famílias com o nosso trabalho com as crianças, através de uma melhor higiene e seguimento dos tratamentos propostos nas consultas de acompanhamento contínuo, mesmo sabendo que o trabalho está apenas começando muito ainda temos e podemos fazer para melhoria e assistência não só na saúde, mas principalmente social para que nossas crianças possam ter um ambiente familiar digno de suas necessidades.

A foto a seguir ilustra a realidade da nossa comunidade em pleno meio dia, com as crianças soltas na calçada, com os pés no chão e cuidando dos seus irmãos.



Fig. 1 - Crianças sentadas na calçada, nas proximidades da UBS.

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

Trataremos neste capítulo das enfermidades que mais são tratadas em nossa unidade básica de saúde com foco no manejo, na prevenção, no controle e no tratamento da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, da obesidade e da doença pulmonar obstrutiva crônica. Poderíamos até ter um capítulo para cada uma dessas enfermidades, visto os inúmeros casos e suas complicações acompanhadas pela nossa equipe.

Acompanhamos um paciente do sexo masculino 59 anos, JACS, casado e que possui todas essas comorbidades, inclusive cirrose hepática. Trata-se de um paciente tabagista de longa data, que faz uso regular de bebida alcoólica, dieta com bastante gordura

e que só vai ao posto quando vence o atestado de afastamento pelo INSS, visto que durante esses dois anos de acompanhamento em nossa unidade o mesmo não conseguiu realizar os exames solicitados, como também não conseguiu acompanhamento pelo gastroenterologista.

Dentre todos os problemas apresentados pelo paciente, o que mais nos assusta é que estando acompanhado pela nutricionista, a obesidade e o sedentarismo para um homem jovem de 59 anos persistem, como se ele não estivesse tendo os cuidados necessários em sua casa pelos seus familiares, especificadamente da sua esposa que relata acompanhá-lo em todas as atividades e médicos encaminhados. Resolvemos fazer uma visita domiciliar em sua residência e a sua esposa encontrava-se na hora mostrando todas as medicações e horários em que eram tomadas e que já estavam evitando o açúcar e os carboidratos. Conversamos a respeito das atividades físicas como uma simples caminhada porque o mesmo começou a apresentar dificuldade de locomoção e hiperemia em membros inferiores. Já o encaminhamos para o angiologista que também ainda não foi marcado, deixando cada dia mais difícil recuperação e tratamento do mesmo.

Visto que até o momento o paciente não teve progresso, decidimos junto com sua esposa traçar metas e que as mesmas fossem anotadas e nos trazidas todos os meses, onde a mesma teria a obrigação de anotar a pressão arterial e glicemia capilar todos os dias, seguir rigorosamente a dieta da nutricionista, mas anotando os alimentos ingeridos fora a dieta e os em excesso dentro da própria dieta, fazer pelo menos duas caminhadas ao dia por 20 minutos com o paciente e ter acompanhamento de um fisioterapeuta para facilitar a sua deambulação que já começou a ficar comprometida pelo excesso de peso.

Esperamos com que a esposa do paciente realmente se conscientize e que cumpra com as nossas orientações e nos mantenha informados, visto que não trata-se de um paciente acamado e que pode locomover-se até o posto de saúde para realizar o nosso acompanhamento e as suas consultas.

Observamos ainda que a esposa ficou um pouco apreensiva com a atenção que demos e continuaremos dando ao caso do paciente e das nossas exigências, mas esperamos que o paciente melhore e que em breve tenhamos em mãos todos os exames solicitados para o tratamento adequado.

CAPÍTULO VII: MATRIZ DE INTERVENÇÃO

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
INTERAÇÃO E CONHECIMENTO DA REGIÃO EM QUE SE TRABALHA	A experiência que será relatada ocorre no município brasileiro de Touros/RN, com uma população estimada de 34 mil habitantes, pertencente à mesorregião do Leste Potiguar ,código IBGE 2414407, mais especificamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Novo Horizonte, localizado na Rua Poeta Severino F. da Silva, SN, bairro do Novo Horizonte, cadastrado no CNES 7666705.	Foi construído um instrumento para monitorarmos os indicadores fizemos em forma de banner, pois há a possibilidade de ir acompanhando mensalmente a evolução de cada indicador. A microintervenção realizada foi proveitosa proporcionando a união da equipe e permitindo um benefício para a melhora da qualidade das ações promovidas no serviço. Percebemos o quanto é valiosa a participação de todos os integrantes, fazendo valer a multidisciplinaridade, respeitando e acreditando nas diversas opiniões.	Análise de cada indicador em particular, por exemplo, se o indicador de nº de casos de AVC está aumentando ao longo do ano transcorrido, deve-se pensar em estratégias para que se trabalhe em cima desses dados, observar os fatores de riscos, assim como associações de comorbidades no qual levaram esse número a crescer, a partir de então traçar metas para se controle maior desse situação, através do oferecimento da oferta de uma atividade física prazerosa, estimulação de nutrição adequada e uso regular de medicações de rotina.

INÍCIO DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES	<p>Foi pensado e proposto começar a implantação do acolhimento na UBS, começando com um aperfeiçoamento de toda a equipe, percebeu-se de início certa resistência que de certa forma tem sua significância.</p>	<p>Melhor interação paciente-profissional da saúde, pois o vínculo passa a ser estabelecido, uma vez que o indivíduo sente-se bem e mais confortável para discutir seus anseios e não voltar para casa sem ter sido bem atendido, mesmo que não tenha resolvido seu problema em sua totalidade.</p>	<p>Continuar a capacitação em educação permanente e continuada para os profissionais, mas não só restrita a esta UBS e sim a expansão por todo o município, para que o paciente seja acolhido e visto com olhar diferenciado, independente em qual estabelecimento de saúde está sendo acolhido.</p>
--	---	---	--

<p>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO</p>	<p>Na unidade de Saúde mensalmente tenta-se reunir as gestantes para uma breve discussão e orientações de como ter o acompanhamento adequado de suas gestações e pedimos aos esposos que as acompanhe nas consultas que são alternadas entre a médica e a enfermeira. As consultas são agendadas e programadas de acordo com a idade gestacional e com as necessidades diárias das gestantes e suas intercorrências. Nessas ações em que nos reunimos fazemos um levantamento do desejo e planejamento da mãe ou do casal participante em ter a criança e esclarecemos suas dúvidas desde o envolvimento sexual, psicológico e social dos mesmos envolvidos.</p>	<p>Melhor acompanhamento das gestantes por ter o controle de todas que estão inscritas, visto que as palestras mensais somada com o incentivo dos lanches, chamou muita atenção desse público.</p>	<p>Planos criativos, ou seja, estratégias para que as gestantes, puéperas e mulheres, homens e/ou casais, a exemplo do que fizemos, a sugestão seria aumentar o espaço para ações maiores com esses públicos, fazendo com que a participação fique mais interativa e buscando variedades e novidades.</p>
---	--	--	---

<p>ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</p>	<p>A microintervenção da nossa equipe foi realizada com o paciente JRP que sofre de Esquizofrenia. Encontra-se totalmente desorientado no tempo e no espaço, vivendo com a sua mãe que não ajuda no tratameto e que oferece constantemente cigarros para que o mesmo se acalme. Possui um irmão que tenta dar as medicações na hora certa e as refeições, mas que não reside na mesma casa.</p>	<p>Acionamos o CAPS, o Serviço Social e agendamos uma nova consulta com o psiquiatra da região para termos um novo ajuste das doses das medicações e atual situação psicológica do paciente, a fim de inseri-lo em um programa de reabilitação e retorno ao convívio social. Com o noso trabalho e acompanhamento observamos uma melhora em relação a estrutura familiar e preocupação de todos não só com o paciente como também com a mãe que encontra-se em depressão.</p>	<p>Esperamos que as equipes posteriores também continuem a traçar medidas de acordo com cada caso, por cada um tem suas particularidades, e se adequar em casos necessários.</p>
--	---	---	--

<p>A SAÚDE DA CRIANÇA PARTINDO DOS SEUS CUIDADOS BÁSICOS: HIGIENE E ALIMENTAÇÃO.</p>	<p>As crianças da nossa comunidade, em sua maioria vivem num estado de pobreza, onde não possuem uma boa alimentação e a água que bebem e tomam banho são de péssima qualidade. Passamos por um período grande de chuvas onde muitas famílias perderam tudo e lagoas foram formadas, e a partir daí o aumento das doenças dermatológicas. Vimos então a necessidade de investigar, prevenir e tratar todos os casos de doenças dermatológicas que apareceram nesse período de chuvas, visto que uma dessas patologias não sendo tratadas pode levar ao internamento de nossas crianças.</p>	<p>Por meio do questionário aplicado, conhecemos melhor a realidade, não na teoria, mas sim na prática. Pudemos perceber o quão carentes são as famílias de nossa área de abrangência.</p>	<p>Dar continuidade ao questionário em todas as famílias de nossa abrangência, e fazer proposições quando a melhorias na qualidade da água, tanto em órgãos responsáveis quanto nas medidas que devem ser tomadas quando nos dispormos de artifícios como hipoclorito, distribuídos pelos agentes comunitários de saúde, a partir daí, trabalhar com grupos para intervir na conscientização da população acerca dos riscos da não higienização e da precariedade quanto aos cuidados básicos.</p>
---	---	--	--

<p>CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</p>	<p>Paciente do sexo masculino 59 anos, JACS, casado e que possui todas essas comorbidades, inclusive cirrose hepática. Trata-se de um paciente tabagista de longa data, que faz uso regular de bebida alcoólica, dieta com bastante gordura e que só vai ao posto quando vence o atestado de afastamento pelo INSS, visto que durante esses dois anos de acompanhamento em nossa unidade o mesmo não conseguiu realizar os exames solicitados, como também não conseguiu acompanhamento pelo gastroenterologista. traçar metas e que as mesmas fossem anotadas e nos trazidas todos os meses, onde a mesma teria a obrigação de anotar a pressão arterial e glicemia capilar todos os dias.</p>	<p>Conscientização de familiares a cerca das doenças dos pacientes, assim como devidas orientações aos mesmos.</p>	<p>Trazer esse modelo de aliar os familiares em todas as doenças, deixar o cuidador a par de todas as situações e possíveis intercoreências.</p>
--	---	--	--

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	<p>Em nossa área temos um número considerável de idosos que vivem sozinhos, senhora idosa MDNS de 68 anos, que teve 19 filhos e que apenas um faz visitas a ela regularmente porque a sua esposa é a responsável legal pela mesma. Trata-se de uma paciente idosa complicada emocionalmente devido a um de seus filhos viver a ameaçando por sofrer surtos psicóticos.</p>	<p>Nessa intervenção não houve oportunidade de colher os devidos resultados, pois a paciente na segunda visita ainda estava bastante depressiva.</p>	<p>Acompanhamentos mensais, utilizando a ajuda dos agentes comunitários de saúde para o fornecimento de atualização de situações acerca dos idosos de nossa microárea.</p>
---	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todas as microintervenções realizadas ao longo desse ano, pudemos ter a chance de reconhecer que temos imensas barreiras a serem superadas, é necessário mais diálogo com profissionais e população sobre as potencialidades e limites do trabalho em saúde

Portanto, devemos considerar as iniciativas já existentes que visam a enfrentar os desafios e que devem ser fortalecidas e outras devem ser desenvolvidas ou estimuladas com base nas realidades locais.

Por fim, essas ações possibilitaram reconhecer os desafios da atenção básica sob a ótica dos profissionais que estão intimamente ligados, podendo assim ter um olhar diferenciado observando as particularidade de cada microárea.

REFERÊNCIAS

AIRES, Elaine. Tua Saúde. Transtornos psicóticos. 2018. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/esquizofrenia/> Acesso em: 30 out 2018.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. B (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 167-174.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. 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, Poder Executivo, Brasília, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 135

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB / organizadores: Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Helena Maria Seidl Fonseca. – Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013.

_____. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 5).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM): documento orientador de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN): documento orientador de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: . Acesso em: 3 ago. 2017.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37).

_____. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. 2017. Disponível em: Acesso em: 14 jun 2016.

_____. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Primária, 29).

_____. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Presidência da República. 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, Poder Executivo, Brasília, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 135

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate* 39 (105) Apr-Jun, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>>. Acesso em 20 Maio 2018.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre direitos sexuais e reprodutivos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo*, Brasília, DF, 15 dez. 1996. p. 561. Disponível em: Acesso em: 13 dez. 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Manual de orientação: assistência ao abortamento, parto e puerpério. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. 186p.

MACÊDO, Vilma Costa de Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde/ Vilma Costa de Macêdo– Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p. Inclui Ilustrações ISBN:: 978-85-415-0853-7 (e-book) 1. Atenção Primária a Saúde –Saúde da criança 2. Promoção da saúde.

FREITAS, E. V.;PY, L. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GERIDOC, Clínica Médica. Disponível em: <https://www.geridoc.pt/blog/tudo-sobre-geriatria/>. Acesso em: 01 out 2018.

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL 20 – IVCF-20. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional. Disponível em: <https://www.ivcf-20.com.br/>. Acesso em: 14 jun 2018.

APÊNDICES

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOUROS-RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESTATÍSTICA DA SAÚDE

**MONITORAMENTO DE MEDICAMENTOS DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS**

Agente:

Macicleide

Micro Área: Novo Horizonte

Nome	Cartão SUS	S e x o	Data Nasc.	Medicamentos	Diagnóstico
Marcos Antônio Silva	7,0470 5E+14	M	18/02/ 1949	Losartana, atenolol, HCTZ	HAS
Ana Verônica da Cruz	7,0460 8E+14	F	06/08/ 1972	Losartana	HAS
Maria Augusta da Cruz	7,0650 7E+14	F	22/04/ 1981	Losartana, HCTZ, Enalapril	HAS
Luciana Rafael da Penha	7,0240 8E+14	F	01/06/ 1971	Metformina, Metformina	HAS+D M
Inês Maria de Oliveira	7,0000 5E+14	F	23/07/ 1974	Losartana, HCTZ	HAS
Nobertino Pereira do Nascimento	7,0960 6E+14	F	13/06/ 1936	Losartana, HCTZ	HAS
Rita Ferreira da Silva	7,0820 2E+14	F	03/05/ 1972	HCTZ, Losartana	HAS
Damiana Dalvina da Costa	7,0040 7E+14	M	11/03/ 1966	Captopril, HCTZ	HAS
José Gomes Pacheco	7,0500 2E+14	F	23/06/ 1929	Losartana, HCTZ	HAS

Elissandra Nunes de Souza	7,0080 9E+14	F	13/05/ 1960	Captopril	HAS
Maria Nazaré de Lima	7,0810 7E+14	F	19/02/ 1961	Metformina	DM
Tamires Beatriz Bezerra de Paula	7,0820 5E+14	F	22/10/ 1969	Metformina	DM
Sueleide Bezerra de Paula	7,0841 E+14	F	29/09/ 1957	Metformina	DM
Terezinha Ribeiro da Silva	7,0460 3E+14	F	25/03/ 1952	Captopril	HAS
Maria Lindalva Oliveira	7,0000 8E+14	M	21/04/ 1975	Anlodopino, Atenolol, Losartana, Metformina, Glimeripida	HAS+DM
Maria Izabel Oliveira Silva	8,98E+ 15	F	31/05/ 1939	Atenolol, Sinvastatina	HAS
Vanda Carielo Vital	7,0100 1E+14	F	31/01/ 1924	Losartana, Sinvastatina	HAS
Maria de Lourdes Melo	8,9800 3E+13	F	05/12/ 1942	Captopril, HCTZ	HAS
João Maria dos Santos	7,0460 3E+14	M	15/09/ 1948	Captopril, Sinvastatina	HAS
Maria de Lourdes dos S. Alves	7,0840 5E+14	F	27/01/ 1956	Atenolol	HAS
Neuza Ribeiro dos S. Silva	7,0630 4E+14	F	26/10/ 1942	Metformina, Glibenclamida	DM
Lucejania M. Felipe	7,0680 6E+14	F	06/08/ 1972	Losartana, HCTZ, Sinvastatina	HAS
Maria de Fátima Paiva de Castro	7,0080 2E+14	F	13/05/ 1960	Metformina	DM
João Fernandes da Silva	8,9800 4E+14	M	05/04/ 1953	Metformina	DM
Selma V. Barros Nascimento	7,0000 4E+14	F	19/01/ 1958	Losartana	HAS
Maria de Paula do Nascimento	7,0640 4E+14	F	16/08/ 1947	Losartana, HCTZ, Metformina	HAS+DM
Mário F. do Nascimento	7,0630 9E+14	M	15/07/ 1944	HCTZ	HAS
Felix da Costa Neto	7,0630 7E+14	M	20/09/ 1957	Losartana, HCTZ, Anlodipino	HAS

Francisca B. do Nascimento		F	18/12/1925	Captopril, Metformina	HAS+D M
Francisca M. da Silva	7,0630 7E+14	F	07/10/1957	Anlodopino, Losartana, Metformina, Sinvastatina, Furosemida	HAS+D M

PREFEITURA MUNICIPAL DE TO
SECRETARIA MUNICIPAL DE
ESTATÍSTICA DA SAÚDE

MONITORAMENTO DE MEDICAMENTOS

Agente: Lucineide

Micro Área: Novo Horizonte

Nome	Cartão SUS	Sex o	Data Nasc.	Medicamentos
Francisco Gonzaga de Araújo	7,02003E+1 4	M	01/05/1932	Gardenal, Diazepam
Lucejania Marcia Felipe	7,06806E+1 4	F	06/08/1972	Carbamazepina
Jailson Rodrigues da Silva	7,08301E+1 4	M	22/04/1981	Haldol, Akineton
Maria do Livramento S. Costa	7,00005E+1 4	F	28/09/1964	Citalopram, Clonazepam

Zélia Barbosa Batista	7,06802E+1 4	F	23/07/1974	Clonazepam, Fluoxetina
Juracy de Matos Varela	8,98003E+1 4	F	13/06/1936	Diazepam
Sandra Ferreira da Costa	7,05003E+1 4	F	03/05/1972	Bromazepam, Haloperidol, Diazepam
Antônio Paula da Silva	7,08505E+1 4	M	11/03/1966	Diazepam
Damiana Cordeiro da Silva	7,00506E+1 4	F	23/06/1929	Risperidona, Donepezil
Maria de Fátima P. de Castro	7,0088E+14	F	13/05/1960	Diazepam, Clonazepam
Maria Conceição da Silva	7,00206E+1 4	F	19/02/1961	Bromazepam
Rosimeire Inácio da Silva	7,0781E+14	F	22/10/1969	Clonazepam
Lucia Maria S. Soares	7,09803E+1 4	F	29/09/1957	Olcadil
Carmelita Moraes Pedro	7,05344E+1 3	F	25/03/1952	Diazepam
Ednaldo Cordeiro da Silva	7,02403E+1 4	M	22/01/1968	Carbamazepina, Diazepam

ANEXOS



Fig. 2 - Entrada da UBS Novo Horizonte.



Fig. 3 - área externa/sala de espera da UBS Novo Horizonte.

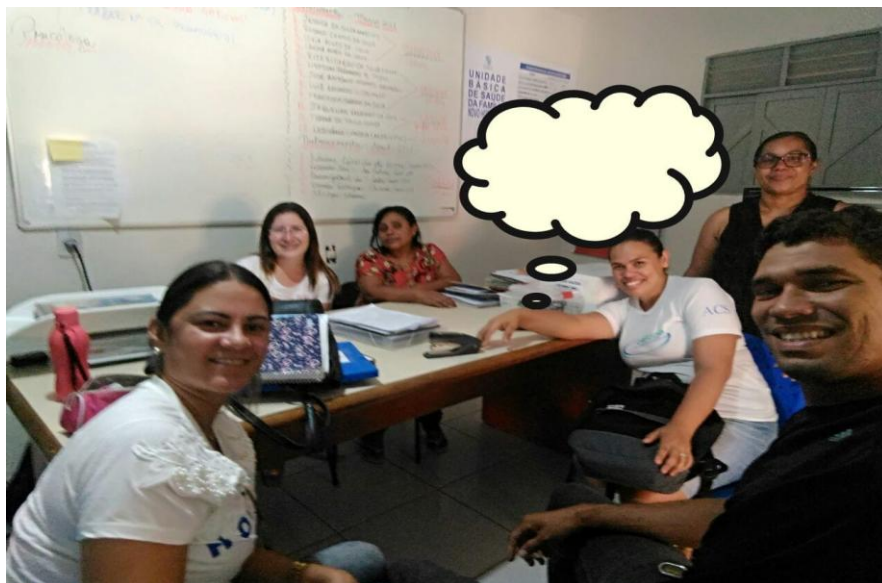


Fig 4. - Reunião da equipe para construção do AMAQ.