



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

TESTE PEPSUS

YADISLEYDI FONSECA GUERRERO

NATAL/RN
2018

TESTE PEPSUS

YADISLEYDI FONSECA GUERRERO

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.

Orientadora: Maria Helena Pires Araujo
Barbosa

(Elemento Opcional)
DEDICATÓRIA

(Elemento Opcional)
AGRADECIMENTOS

RESUMO

Nosso trabalho foi elaborado através de seis relatos de experiências dos principais problemas de saúde vivenciados no ESF I Edelzio Viera de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe. Dentro dos objetivos fundamentais encontra-se, integrar a equipe de trabalho para reorganizar nossos conhecimentos sobre a Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), acolhimento e demanda espontânea, planejamento reprodutivo, saúde mental, saúde da criança, e doenças crônicas não transmissíveis para melhorar a qualidade de vida e a saúde da comunidade. Primeiramente fizemos várias reuniões para planejar nosso trabalho, e por meio delas, organizamos algumas palestras, projetos de saúde, quadros de registros para obter informações dos fundamentais problemas de saúde pesquisados em nossa área. Dentro das sugestões apresentadas pela equipe, surgiram dois projetos com resultados satisfatórios: Rosário mais Saúde e Controle do Tabagismo. Entretanto, elaboramos um mapeamento dos dados coletados dos pacientes, que pode servir como base de informações e poderá contribuir ao ensino de outros profissionais de ESF.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	
I. Observação na Unidade de Saúde Edelzio Vieira de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe.....	
II. Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada em USB Clínica Edelzio Vieira de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe.....	
III. Palestra sobre Planejamento reprodutivo em uma escola em Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.....	
IV. A linha de cuidado em Saúde Mental, em Rosário Do Catete Estado de Sergipe.	
V. Atenção à saúde da criança em PSFI, Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.....	
VI. Seguimento das doenças crônicas não transmissíveis em Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.....	
VII. Monitoramento e Avaliação	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	
APÊNDICES.....	
ANEXOS.....	

APRESENTAÇÃO

Diante das seis microintervenções na clínica de saúde Edelzio Vieira de Melo ESF I, Rosário Do Catete, Estado de Sergipe, vivenciamos através das consultas e visitas domiciliares, relatos de experiências de temas importantes, elaboramos com nossa equipe uma estratégia para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, discutimos observação na Unidade de Saúde, acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, palestra sobre Planejamento reprodutivo em uma escola em Rosário Do Catete, a linha de cuidado em Saúde Mental, saúde da criança e seguimento das doenças crônicas não transmissíveis em Rosário Do Catete, Estado de Sergipe. Sendo assim acompanhado o atendimento pela médica cubana trabalhando no Programa Mais Médicos, traçando planos para dar continuidade do tratamento e melhorar a saúde da população, obtendo bons resultados e mantendo a atitude positiva de nossos profissionais da saúde.

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde Edelzio Vieira de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe.

Os processos autoavaliativos na atenção básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como cultura internalizada de monitoramento e de avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Seu intuito é verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de Atenção Básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

Momentos do Processo Autoavaliativo:

- Momento I – Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação de processos autoavaliativos no município aos gestores, coordenadores, equipes/profissionais do município, ressaltando a importância de processos autorreflexivos na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços e da satisfação do profissional com o trabalho.

- Momento II – Sensibilização dos gestores, dos coordenadores e das equipes/profissionais da Atenção Básica para a escolha, a utilização de um instrumento orientador da autoavaliação e a importância do planejamento para implementação das intervenções identificadas pelos atores responsáveis.

- Momento III – Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores, coordenadores, equipes/ profissionais, comunidade, entre outros.

- Momento IV – Elaboração da matriz de intervenção e de construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para a melhoria da organização e para a qualidade dos serviços da Atenção Básica.

- Momento V – Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município.

Em 14 de março de 2018 na Clínica de Saúde da Família, Edelzio Vieira de Melo, em Rosário Do Catete, SE, A equipe de saúde da família I, realizou a autoavaliação com a

análise das atividades desenvolvidas, utilizando como instrumento a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).

Sendo assim, primeiro identificamos os principais problemas. Escolhido os problemas prioritários, refletimos sobre as causas dos problemas, selecionamos os nós críticos e buscamos estratégias de intervenção para a superação dos problemas prioritários traçando um plano de ação com uso de matriz de intervenção. Essa matriz foi construída identificando responsáveis e prazos de execução, pactuando com os sujeitos as ações a serem implementadas, definindo as estratégias de monitoramento e de avaliação das ações implantadas.

Compromissos de nossa equipe e dos gestores municipais:

Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade Da Atenção Básica e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Implementar processo de acolhimento á demanda espontânea para a ampliação, facilitação, e qualificação do acesso.

Alimentar o Sistema de informação em Saúde para Atenção Básica/eSUS-SISAB de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização e seguindo os critérios do Manual instrutivo.

Programar e implementar atividades, com priorização dos indivíduos famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade.

Instruir espaços regulares para discussão de trabalho da equipe e para construção e acompanhamentos de projetos terapêuticos singulares.

Instituir processos auto avaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe.

Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e á promoção da saúde.

Pactuar metas e compromissos para a qualificação da Atenção Básica com a gestão municipal.

Ofertar cursos para capacitar e atualizar os profissionais da ESF e da Atenção Básica. Realizar ações de educação permanente com as equipes de Atenção Básica, Saúde bucal, o () s NASF.

Sendo assim, primeiro identificamos os principais problemas. Escolhido os problemas prioritários, refletimos sobre as causas dos problemas, selecionamos os nós críticos e buscamos estratégias de intervenção para a superação dos problemas prioritários traçando um plano de ação com uso de matriz de intervenção, como é mostrado no quadro 1. Essa matriz foi construída identificando responsáveis e prazos de execução, pactuando com os sujeitos as ações a serem implementadas, definindo as estratégias de monitoramento e de avaliação das ações implantadas.

Uma vez avaliada a matriz de intervenção, Quadro 1, tem que ser verificada em um tempo determinado para constatar que se está trabalhando em base às dificuldades identificadas para que não incidam novamente como um problema reiterativo assim ir dando soluções no menor tempo possível para que nosso trabalho seja mais organizado e integral. Eu observe na microintervenção a atitude positiva de nosso grupo de trabalho e os desejos de trabalhar para alcançar as metas propostas.

Finalmente depois de identificadas as principais dificuldades para nossa equipe esta foi uma microintervenção muito importante pois é a base fundamental para realizar um bom trabalho com a melhora e busca de soluções das principais dificuldades identificadas, quais são as estratégias para alcançar os objetivos, quais atividades a serem desenvolvidos por o grupo de trabalho, quais seriam os recursos necessários, responsáveis de cada uma das atividades planejadas e prazos para a execução das mesmas assim como obter os resultados esperados.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada em USB Clínica Edelzio Vieira de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe.

Acolhimento à demanda espontânea, e a demanda programada é importante, porque permite conhecer as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A Atenção Primária em Saúde (APS) deve prestar diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e atuar como um agente para a prestação de serviços de necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção. Portanto, esse princípio é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

Em nossa Unidade Básica em Saúde (UBS), temos nossa programação e horário de atendimento para que nossa comunidade esteja informada, e assim compreenda qual é o dia certo para agendar as consultas, dando prioridade aquelas pessoas que precisam ser atendidas e que não podem esperar em outro momento, priorizando o diagnóstico da realidade da pessoa no contexto em que vive.

Toda segunda-feira é o acolhimento da demanda espontânea, e vamos classificando a cada um dos usuários de acordo com seu problema de saúde e sempre este será avaliado, orientado e agendado retorno, se esta precisa, pelo médico ou enfermeiro da unidade básica, incluindo algumas vagas para casos de emergência.

Toda terça-feira, nosso atendimento é fundamentalmente para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis que tomam medicamento contínuos e controlados, geralmente se os pacientes são compensados, agendamos retorno pelo protocolo estabelecido para cada doença e se não, então o retorno é específico e prioritário para cada um deles. Sempre incluindo algumas vagas para casos de emergência.

Toda quarta-feira, são as visitas domiciliares que entram em a demanda programada por nossas agentes de saúde, é nosso contato pontual da equipe de saúde com populações de riscos, doentes e/ou seus familiares com objetivos de promoção de saúde, prevenção de doenças, cura ou reabilitação.

Toda quinta-feira, o atendimento é menor por parte do médico e enfermeira da USB, pois esse dia é avaliação integradora das gestantes e consultas de puericultura. Também temos planejado atividades programadas de promoção e prevenção.

Toda sexta-feira outras atividades de promoção e prevenção.

Nossa equipe da saúde da família, realizou um fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea:

Usuário chega à UBS, se tem atividades agendada, ele vai ser encaminhado para essa atividade agendada, se precisa de atendimento, será conduzido a um espaço adequado para escuta da demanda do usuário, avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo- social, discussão com equipe, se necessária. Definição da oferta de cuidado com base nas necessidades do usuário e no tempo adequado, se o problema não é agudo e é da área da UBS, orientamos sobre as ofertas da unidade, agendamento de consulta (enfermagem, médica, odontológica e outras), conforme as necessidades em tempo oportuno, encaminhamento/orientações para ações/programa intersetoriais.

Se o problema é agudo, o atendimento é imediato, atendimento prioritário ou atendimento no dia, considerando, riscos, desconfortos, vulnerabilidade e oportunidade de cuidado, permanência em observação, se necessário em emergência.

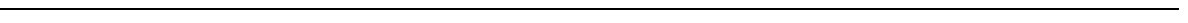
Nós planejamos uma reunião para discutir com nossa equipe sobre as dificuldades que existiram no início das atividades e os desafios para a manutenção: desorganização na recepção pois só tem uma pessoa para orientar, agendar, e classificar a todos os usuários que chegam à clínica, e a recepção não pode ficar sem essa pessoa para que possa orientar aos usuários de maneira oportuna. Desta forma determinamos fazer uma pasta com os horários das outras (UBS) para aquelas pessoas desorientadas e continuar agendando retorno dos usuários que precisarem explicar-lhe a próxima data para consulta agendada.

Nós trabalhamos com sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), os quais alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que, por sua vez, substitui o SIAB e atende os diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da atenção básica que facilita um pronto atendimento, profissionalizado e organizado dando bem-estar e satisfação a população.

Compreendemos o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualizá-lo como agente corresponsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença. E finalmente: se metas são propostas, devem-se impor prazos para avaliar seu cumprimento, permitindo traçar um novo panorama e definir novas metas quando necessário.

De ante a necessidade para prestar um bom atendimento fizemos uma reunião com a recepcionista, enfermeiros, médicos, técnicas de enfermagem, e diretora de atenção básica na sala de enfermagem, onde discutimos os pontos estratégicos para receber e encaminhar ao paciente. Recepcionista orienta e encaminha de acordo com as necessidades de saúde cada um deles. Cada uma das pessoas reunidas expressaram as opiniões assim como as dificuldades mais frequentes que ocorrem diariamente como por exemplo fue constatado que a troca de profissionais de recepcionista ocasiono um aumento de pacientes sem informações precisas como os horários das consultas, busca de receita de medicamentos controlados sem receita médica anterior, pacientes de outra localidade querendo ser atendidos sem prontuário encontrando-se serviço médico e enfermeira da área dele, ausência de recepcionista em seu local de trabalho sem outro profissional para orientar o que ocasiona interrupções constantes na consulta do médico ou enfermeira , só para fazer perguntas simples que podem ser esclarecidas pela recepcionista, que tem que ser uma pessoa treinada com os conhecimentos básicos para dar a resposta certa no momento. Minha unidade de saúde é uma clínica onde tem atendimento médico, de enfermagem, odontológico, vacina, exame de laboratório e pronto atendimento. Na recepção tem que existir uma informação correta dos outros postos de saúde, qual é o horário de atendimento de essa UBS para aqueles pacientes que chegam procurando atendimento que são de outras áreas. Existem outras dificuldades como a falta de medicamentos básicos na farmácia principal, assim como de insumos para procederes médicos, a demora para marcar exames e (resultados).

Depois da reunião aprendemos que para ter um bom trabalho para acolher aos pacientes e brindar um atendimento integral, tem que ser de forma organizada e continuada. Concluimos que os profissionais recepcionistas têm que ter mão de obra qualificada, a falta de medicamentos e insumos básicos deveriam ter pedidos semanais para repor dos mesmos. Agilizar a demora para marcar os exames médicos fazendo uma parceria com as clínicas prestadoras dos serviços médicos.



CAPÍTULO III: Palestra sobre Planejamento reprodutivo em uma escola em Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.

Em nossa UBS, clínica Edelzio Vieira de Melo, conhecemos as famílias de nosso território e de maneira programada promovemos ações educativas para homens e mulheres sobre a decisão de ter filhos ou não, fazendo palestras toda primeira quinta-feira de cada mês onde ofertamos métodos contraceptivos básicos a população, explicamos a importância e abordamos adequadamente a necessidade da utilização e prevenção de HIV/AIDS e outras DST, nossa equipe realiza notificação e encaminhamento adequados dos casos diagnosticados de HIV e tratamos adequadamente as DST. Segunda quinta-feira de cada mês discutimos saúde sexual em grupos jovens e gestante, e em idosos toda primeira terça-feira de cada mês.

Nossa unidade básica de saúde tem 5 agentes de saúde, que fazem busca ativa das gestantes, inclusive adolescente, fazemos levantamento periódico das gestantes do bairro e das que fazem pré-natal em serviço privado.

Nesta microintervenção, sobre planejamento reprodutivo pré-natal e puerpério, os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de nosso território estamos preparados para o atendimento e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal de qualidade, visto que a mulher passa por inúmeras modificações físicas e emocionais, recuperando-se do parto, e das transformações oriundas da gravidez, além de se adaptar ao seu papel de mãe.

Por tudo isso, fizemos uma palestra no mês de abril/2018, na escola perto a nossa unidade de saúde com alunos adolescentes onde explicamos as consequências da gravidez na adolescência. O corpo da mulher nessa idade ainda não está preparada para ser mãe e explicamos a importância dos métodos anticoncepcionais como por exemplo do uso da camisinha e ficaram motivados, pois mostramos fotos de algumas das complicações da gravidez em adolescência, assim como fotos de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis que podem ser evitadas. Os alunos ficaram impressionados com o conhecimento adquiridos pois não conheciam as formas de prevenção e as doenças que podem causar.

É necessário destacar a importância da consulta puerperal de qualidade. Ela não deve ser vista apenas como um procedimento rotineiro na ESF, mas sim como uma

estratégia de manutenção de vínculo e de acompanhamento do ciclo de pré-natal e de pós-parto, além da identificação do estado de saúde e/ou complicações, de forma a proporcionar uma maior qualidade no atendimento e segurança a paciente.

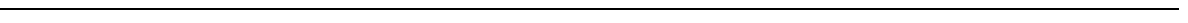
Aprendemos com essa experiência que nossos adolescentes têm escassas informações, seja na escola ou na família, sobre a gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis. A equipe gostou da atividade pela interação alunos-equipe de saúde presente, visto que os adolescentes mostravam muita atenção e fizeram muitas perguntas interessantes para tirar as dúvidas sobre o tema apresentado.

Em nossa UBS temos que continuar trabalhando em melhorar a programação para desenvolver as palestras em locais adequados porque nossa clínica não tem condições de infraestrutura necessárias para realizar nossas atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doença com qualidade. Refletindo sobre o tema devemos insistir para dar continuidade de essas atividades por a importância delas e que sejam desenvolvidas em locais adequados para que cumpram os objetivos da atividade de promoção planejada.

Ao receber em nossa consulta uma paciente com queixas suspeitando que ela está grávida, oferecemos o teste laboratorial rápido e que permite o diagnóstico. Ao receber o exame com resultado positivo para gravidez, a gestante é imediatamente acolhida, tendo sua primeira consulta pré-natal agendada para enfermeira ou para o médico da unidade. Para o pré-natal de baixo risco, o total de consultas deverá ser de 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Nossa primeira consulta pré-natal contempla anamnese, história clínica, exame físico, exames complementares e requer de condutas. Deve-se pesquisar os aspectos socio epidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos. Data precisa da última menstruação; regularidade dos ciclos; uso de anticoncepcionais; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; hospitalizações anteriores; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível, tratamos as DSTs quando sejam diagnosticadas, assim preenchemos adequadamente a caderneta da gestante.

Orientamos quanto aos cuidados nutricionais na gestação, estimulamos hábitos de vida saudável, exposição ambiental ou ocupacional de risco; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemelaridade anterior; fatores socioeconômicos; atividade sexual; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; vacinações prévias; história de violências, orientamos

sobre a importância de retornar para seguimento pré-natal e consulta de puerpério e explicamos a importância sobre amamentação. Todo profissional de saúde envolvido na assistência humanizada ao pré-natal deve conhecer a importância do aleitamento materno e estimular durante toda a gestação as mães para que amamentem, oferecendo instruções sobre o aleitamento e esclarecendo as principais dúvidas.



CAPÍTULO IV: A linha de cuidado em Saúde Mental, em Rosário Do Catete Estado de Sergipe.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que atuo, o atendimento a pessoa com transtorno mental é realizado mediante cadastrado. Sendo assim é preenchida uma ficha para ter acompanhamento integral, onde coletamos os dados principais do indivíduo, como é mostrado no quadro 2. Essa ficha contém lacunas com data de consulta, nome completo do indivíduo, endereço, agente comunitário de saúde que o acompanha, tratamento com benzodiazepinas, psicotrópicos e anticonvulsivantes, e se tem ou não seguimento com psiquiatra. Quando há o acompanhamento com o psiquiatra o diagnóstico CID 10 é anotado.

Em nossa unidade de saúde não existe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e por isso só existem consultas agendadas por psicólogo e psiquiatra. Os usuários muitas vezes não são encaminhados pela primeira vez por um médico da atenção básica e não existe contra-referência dos especialistas para dar continuidade do tratamento controlado e contínuo.

Não existe uma rede de saúde mental no município. Todavia, seria importante que existisse porque permitiria realizar discussões de casos clínicos, possibilitaria o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, permitiria a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que ampliasse e qualificasse as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais.

Para contextualizar como ocorre a atenção integral em saúde mental na unidade em que atuo, a equipe escolheu um caso para que fosse construída uma linha de cuidado. O indivíduo tem 68 anos e é hipertenso e diabético há 20 anos. Mora sozinho, é divorciado e tem dois filhos. Gostava de beber muito, sem moderação, quase todos os dias da semana. Se alimentava mal, não se preocupava com a saúde e estava sem salário fixo há 4 anos porque perdeu o emprego. Há um ano ele sofreu Acidente Vascular Cerebral (AVC) estando sozinho em casa onde e foi levado pela filha a emergência.

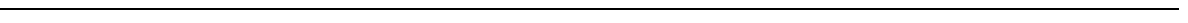
Uma vez diagnosticado e tratado, voltou para a casa sozinho novamente, sem ajuda da família. Como ele percebeu que não teve melhora por causa das complicações da doença (hemiplegia direita), dificultando as atividades domésticas, agora ele precisa de ajuda. Ele não se entendia com a ex-esposa porque existiam conflitos familiares. O filho

dele às vezes ajudava até que ele aceitou a ajuda dos filhos. Neste momento ele mora na casa da ex-esposa e dos dois filhos, está fazendo o tratamento medicamentoso correto e fisioterapia.

O indivíduo deseja voltar para casa, embora ainda não esteja em condições para retornar. Sente uma melhora física e persistem os conflitos familiares. Atualmente está muito deprimido, chora todos os dias porque quer recomeçar uma nova vida sozinho, mas não tem capacidade para se manter sozinho. Por existir conflito conjugal, ele não se sente à vontade, está com apetite diminuído, sente-se deprimido, não consegue dormir bem, e agora aumentaram os sintomas da depressão.

Fizemos uma visita domiciliar e o encaminhamos para psicólogo e psiquiatra. Nossa equipe está acompanhando-o e aguardando o seguimento dos especialistas para dar continuidade ao tratamento medicamentoso e continuar com tratamento de fisioterapia.

Esta microintervenção foi muito importante para nossa equipe porque contribuiu para um melhor acompanhamento para este usuário. E se nós fizessemos esse acompanhamento com cada indivíduo com transtorno de saúde mental obteríamos resultados satisfatórios para melhorar a qualidade de vida dos sujeitos. Além disso, foi importante pois ampliamos nossos conhecimentos sobre os principais problemas de saúde mental para obter um melhor serviço e estar mais preparada para ajudar os usuários com essas doenças e prestarmos um melhor atendimento aos indivíduos com problemas de saúde mental.



CAPÍTULO V: Atenção à saúde da criança em PSFI, Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.

O módulo de atenção à saúde da criança é importante porque aprendemos um pouco sobre as políticas públicas de saúde voltadas para a primeira infância, aprendemos mais sobre o crescimento e desenvolvimento (CD), e a importância da caderneta de saúde da criança que ajudaram na melhoria da consulta de puericultura para o atendimento integral.

Depois de uma breve introdução, nosso objetivo é aprimorar a atenção à saúde da criança, com ênfase no crescimento e no desenvolvimento, na equipe de saúde da família. Para isso foram realizadas atividades que visavam a identificação em nosso território de todas as crianças; O início precoce ao cuidado contínuo da criança possibilitando que elas possam ter acesso e comparecer à unidade de saúde para fazer o acompanhamento na consulta de puericultura; E orientação sobre os cuidados necessários para que a criança tenha boa saúde e dúvidas sobre o manejo delas.

No acompanhamento regular do CD, o Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês). A partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês a data de aniversário da criança. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Algumas crianças que necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2013a).

Nossa equipe fez uma reunião e decidimos construir um instrumento que permita um melhor controle das consultas para que desde o pré-natal a família seja orientada sobre a importância de comparecer às consultas de puericultura. Esse instrumento está disposto abaixo (quadro 3). Para isso buscamos informações por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre os nascimentos das crianças do território adscrito, a data da primeira consulta e do cadastro no domicílio. Após isso, foi sugerido o período das consultas de puericultura.

Nesse quadro foram cadastrados todos os recém-nascidos, para que a equipe tenha maior controle e melhor acompanhamento das crianças de nosso território. O quadro contém lacunas que devem ser preenchidas com: nome, data de nascimento, idade,

endereço, data da consulta com médico ou enfermeira da ESF, data consulta com pediatra, vacinas atualizadas, desenvolvimento psicomotor de acordo a idade, se foi realizado o teste do pezinho. No campo observações a equipe deve assinalar se tiver alguma vacina atrasada, o resultado do teste do pezinho, se apresenta algum fator de risco, entre outras informações que considere importante.

No quadro recolhemos informações gerais que nos permitem um maior controle para propiciar um melhor desenvolvimento psicomotor, assim como a prevenção de doenças preveníveis por vacinas e ter informações de consultas com pediatria para que o controle e acompanhamento seja integral e com qualidade. Agora existe um registro para um seguimento correto da consulta de puericultura e utilizamos os protocolos para atenção das crianças de até dois anos. Neste momento, em nosso território não temos casos de violência familiar.

Mensalmente fazemos visita domiciliar onde explicamos a importância do aleitamento materno exclusivo para crianças até 6 meses e a importância da amamentação para a mãe. Nossa equipe desenvolve ações de a introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos 6 meses da criança.

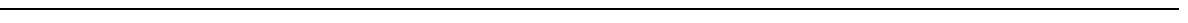
Além das visitas domiciliares fazemos palestras na unidade de saúde toda quinta-feira com as mulheres grávidas e para as mães das crianças que comparecem às consultas de puericultura; Ensinamos de forma prática a técnica correta para uma boa amamentação, entregando folhetos para que a mãe possa ler e aprender mais sobre o aleitamento materno e os benefícios tanto para bebê como para a mãe. Essas atividades são produtivas, uma vez que as mães gostam muito das palestras e a equipe aproveita para informar sobre a importância da puericultura e mostramos mediante exemplos como é o aumento de peso do bebê durante o primeiro ano de vida. Além disso, abordamos as doenças que podem ser identificadas previamente com um controle de peso nas consultas de puericultura, e elas ficam motivadas à comparecer às consultas programadas.

Com esta microintervenção nós observamos um aumento nas consultas de puericultura e que não existe atraso nas vacinas das crianças cadastradas. Além disso, a equipe está utilizando a caderneta de saúde da criança, anotando em gráficos o crescimento e desenvolvimento, observando mudanças com o estado nutricional e caso se exista alguma alteração, pode haver a mudança no calendário das consultas de puericultura.

Ao final da microintervenção a equipe concluiu que ainda não existe contrarreferência entre o especialista em pediatria e o médico da ESF. Mesmo assim a pediatra tem um controle das consultas das crianças com um prontuário individual das puericulturas do médico da atenção básica, e não existe continuidade com as anotações e o seguimento entre os médicos. Outra dificuldade é que as agentes de saúde avisam às mães a data de consulta de puericultura, mas elas não levam a criança à consulta. Às vezes família muda de endereço e não existe mais um seguimento da criança com outro profissional.

Na microintervenção a equipe conversou com a pediatra e solicitou que identifique as crianças prematuras e com baixo peso para que a equipe da ESF possa fazer um seguimento e acompanhamento adequados, tanto nas consultas na unidade de saúde, quanto por meio das visitas domiciliares. Além disso, foi solicitado que a equipe da ESF possa manter essa comunicação com a pediatra para que a equipe consiga acompanhar todas as crianças do território.

Por fim, conclui-se que é importante fazer campanhas públicas, assim como ações de promoção da saúde, para estimular a população a conhecer a importância da puericultura para a qualidade de vida e o favorecimento do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.



CAPÍTULO VI: Seguimento das doenças crônicas não transmissíveis em Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte no mundo. A prevenção e o cuidado delas são importantes para melhorar a qualidade de vida de nossa população. São doenças de longa evolução, tais como, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais, respiratórias crônicas, Diabetes Mellitus (DM), obesidade e câncer. Como essas doenças são as principais que afetam nosso território, o objetivo desta microintervenção é diminuir a incidência e a prevalência dessas doenças, assim como os principais fatores de riscos e a morbimortalidade DCNT na população em geral do território adscrito.

Nossa equipe realiza as consultas para os usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM toda terça feira. Essas consultas são do HIPERDIA e a equipe avalia se o usuário está aderindo aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, assim como pode propor estratégias terapêutica para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com esses diagnósticos e evitar as complicações.

Toda quarta-feira fazemos visita domiciliar a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares, como acamados, idosos, portadores de sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), entre outros. Programamos as consultas e exames de pessoas com Diabetes Mellitus, em função da estratificação de risco dos casos e de elementos considerados na gestão do cuidado. Também encaminhamos para oftalmologista periodicamente as pessoas que vivem com DM para que seja realizado o exame de fundo de olho.

Quando indivíduo chega a nossa unidade básica de saúde (UBS), procurando atendimento médico ele dirige-se ao acolhimento, onde alguns membros da equipe verifica o nível da tensão arterial. Quando o indivíduo apresenta pressão alta, a equipe orienta como ocorrerá o seguimento da pressão. Desta forma, é entregue uma ficha para o controle da pressão arterial durante 7 dias e depois é agendada uma consulta para avaliar o resultado do controle da pressão arterial. Posteriormente, determinamos o diagnóstico e/ou orientamos as modificações no estilo de vida e solicitamos exames ao realizar diagnóstico com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Quando uma pessoa é diagnosticada com hipertensão a equipe utiliza os protocolos para estratificar o risco das complicações.

A equipe da ESF possui o registro dos usuários com diagnóstico de HAS. Tal registro é realizado por meio de um quadro onde são destacados todos os indivíduos com diagnóstico de hipertensão com maior risco/gravidade para propiciar um acompanhamento integral, como pode ser verificado no quadro 4. Depois de diagnosticar hipertensão, avaliamos o risco cardiovascular, utilizando o Escore de Framingham que é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas (BRASIL, 2013b). No item observações podemos anotar com lápis a data da próxima consulta e/o visita domiciliar.

Outros que requerem de atenção especial com fatores de alto risco como Doença cerebrovascular (Acidente Vascular Cerebral - AVC), Doença Arterial Coronariana Obstrutiva (DAC); Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC); Nefropatia crônica com Clearance de Creatinina (ClCr) menor que 60 ml/min²; Doença arterial periférica (DAP); e Retinopatia avançada, são encaminhados para as diferentes especialidades e as consultas são marcadas pelo sistema de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para dar um atendimento integral individual aos usuários com diagnóstico de DM com maior risco de gravidade e melhorar controle desses usuários, foi construído o quadro 5. Esse quadro dispõe de informações para que a equipe possa realizar um acompanhamento prioritário e mais frequentes. Quando é necessário, encaminhamos os usuários para o cardiologista, quando há alto risco de doenças cardiovasculares ou são indivíduos com diagnóstico de HAS com difícil controle da pressão. Finalmente, anotamos nas observações o agente comunitário de saúde da área dele para a equipe ter um melhor controle e favorecer continuidade ao tratamento.

Em cada consulta e visita domiciliar damos orientações para prevenir complicações do pé diabético para evitar amputações que podem ser preventivas com orientações ao indivíduo e à família, assim como com um bom exame físico dos pés indivíduo que vive com DM. Também temos o registro dos usuários em tratamento com insulina. Para eles a equipe explica sobre a importância do tratamento e as medidas específicas, além dos cuidados dessa terapia.

Em relação a pessoa dependente do cigarro, é importante destacar que, felizmente, nas últimas décadas, o Brasil apresenta-se com tendência de queda do tabagismo. A prevalência de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil, em 1989, era de 31,7%. Em 2013,

duas pesquisas nacionais – a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) –, com diferentes metodologias, encontraram a prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais de, respectivamente, 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) e 14,7% (18,9% do sexo masculino e 11,0% do sexo feminino) (BRASIL, 2015).

Por isso em nossa ESF há um programa preventivo para o controle do tabagismo. A equipe desse programa é formada por quatro profissionais: médica, enfermeira, assistente social e a coordenadora do programa. Para esse programa, a equipe inicialmente realiza o cadastro dos indivíduos fumantes de cada área da ESF e forma um grupo. O grupo é composto por 12 pessoas e é realizada uma entrevista individual para registrar os fatores de riscos associados e presença de DCNT. Além disso, fazemos o teste Fagerstrom, que mostra o grau de dependência do cigarro, e eu, como médica do programa, avalio qual é o tratamento para cada um dos indivíduos. Depois é marcada a próxima consulta, que é em grupo. O programa tem duração de 4 semanas consecutivas de tratamento em grupo e cada semana tem uma atividade educativa com diferentes especialistas como nutricionista, psicólogo e educador físico. Além do tratamento para controle do tabagismo, são realizadas ações preventivas para outras doenças com foco naquelas que tem o cigarro como principal fator de risco.

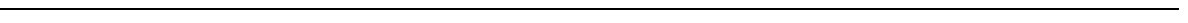
O tratamento para o controle do tabagismo é com adesivos que contém a nicotina, e são entregues aos usuários de forma individual, depois da terapia em grupo e da interação com outros especialistas. Alguns usuários são avaliados com relação à necessidade de tratamento medicamentoso para diminuir os sintomas de abstinência.

Depois das 4 semanas de tratamento em grupos, finalizamos o tratamento de forma individual. Nas 4 semanas posteriores, até completar o segundo mês do tratamento, muitos de nossos usuários conseguem parar de fumar, inclusive nas primeiras 4 semanas. Esta é uma experiência muito interessante e bonita, pois existe a troca de experiências entre usuários e profissionais. O resultado esperado é que esses usuários possam cessar com o uso do cigarro.

Acerca dos demais fatores de riscos para DCNT como alimentação não saudável e o consumo abusivo de álcool são abordados toda terça-feira em palestras na USB, assim como por meio de orientações individuais nas consultas.

Em relação a atenção às pessoas com diagnóstico de obesidade, a equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos. Após a identificação de usuários com obesidade, com índice de massa corporal (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$), nossa equipe os orienta a buscar o peso corporal ideal, fazendo mudanças na dieta, oferecendo ações voltadas a alimentação saudável, realizando o acompanhamento desses usuários em consultas agendadas. A equipe ainda não tem apoio matricial do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) para apoiar o acompanhamento desses usuários na UBS. Temos um grupo de educação em saúde, “Rosário mais saúde” para pessoas que querem perder peso e atividade em grupo para prevenir sedentarismo. Esse grupo é formado por um educador físico e são realizadas atividades físicas no Club de Rosário Do Catete, três vezes por semana, segunda, quarta e sexta-feira, onde participam pessoas de todas as idades.

Com este relato de experiência, em relação as doenças crônicas não transmissíveis, nossa equipe ampliou os conhecimentos para que cada dia possamos atender aos nossos usuários e contribuir para que eles tenham uma ótima qualidade e esperança de vida.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

RELATOS DE EXPERIENCIA	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
Observação na Unidade de Saúde Edelzio Vieira de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe.	Em relação ao atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Edelzio Vieira de Melo, Rosário Do Catete, observamos primeiramente o funcionamento da UBS, a partir desse momento permitiu traçar metas, ressaltando a construção da Matriz de intervenção que foi a base fundamental para realizar um bom trabalho no ESF.	Atitude positiva de nosso grupo de trabalho. A matriz de intervenção permitiu traçar estratégias para alcançar os objetivos de trabalho. Definiu os responsáveis de cada uma das atividades e estabeleceu os prazos para a execução dos resultados.	Manter a atitude positiva de nosso grupo de trabalho. Avaliação mensal das estratégias para dar continuidade as atividades estabelecidas.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada em USB Clínica Edelzio Vieira de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe.	Realizamos um fluxograma para a organização do processo de trabalho para o acolhimento e atendimento da demanda espontânea, e fizemos várias reuniões chegando a conclusão que o profissional recepcionista deve ser treinado para conhecer bem os fluxos da unidade.	Se informou a toda a população a programação e horário de atendimento. Se capacitou aos profissionais recepcionistas mediante uma reunião das equipes de saúde. Se organizaram os agendamentos mediante uso de prontuário eletrônico e registro em cadernos, entregando a cada usuário a data de retorno se precisaram.	Continuar informando aos pacientes de forma oportuna a programação e horários de atendimento. Toda vez que chegue um pessoal novo na recepção tem que ser capacitado corretamente. Continuar agendando as consultas de forma organizada assim como informar aos pacientes o retorno se precisarem.
Palestra sobre Planejamento reprodutivo em uma escola em Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.	Organizamos palestras semanais sobre planejamento reprodutivo em uma escola de Rosário Do Catete, além de palestras na unidade de saúde sobre a importância do pré-natal e ações educativas sobre a	Aumentou o interesse dos alunos sobre o tema tratado e os estudantes ficaram motivados com os conhecimentos adquiridos mediante instrumentos educativos utilizados.	Continuar com as palestras nas escolas com temas de importância para os alunos e fazer atividade didáticas que motivem aos estudantes aprender a importância do tema escolhido. Continuar brindando consultas de pré-natal com qualidade e promover

	prevenção de ITS.		cada semana a importância da mesma.
A linha de cuidado em Saúde Mental, em Rosário Do Catete Estado de Sergipe.	Fizemos pesquisas dos pacientes com transtorno mental e fichas de cadastro para o acompanhamento integral dos pacientes. Escolhido um caso para que fosse construída uma linha de cuidado para este paciente. Solicitamos aos especialistas a contrareferência para dar continuidade ao tratamento dos pacientes.	Alcançamos a registrar uma porcentagem significativa dos pacientes com transtorno mental. Levamos o controle de cada um dos pacientes e quais deles tem um acompanhamento com o especialista. Com ajuda dos profissionais e da secretaria de saúde foi conformado o NASF.	Continuar registrando de forma manuscrita (quadro) e digital o tratamento contínuo dos pacientes. Continuar insistindo em que o especialista envie a contra referência para dar continuidade ao tratamento. Continuar encaminhando aos pacientes para ser avaliados com os diferentes profissionais do NASF.
Atenção à saúde da criança em PSFI, Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.	Fizemos uma reunião para construir um instrumento que permita um melhor controle das consultas de Puericultura mediante um quadro de registro de todos os recém-nascidos de nossa área. Fizemos várias palestras na unidade de saúde para explicar a importância da Puericultura e demonstramos mediante um exemplo quantas coisas podem ser descobertas em uma simples consulta de Puericultura.	Aumentou o número de puericulturas. Está mais organizado nosso trabalho que nos permitiu diminuir os atrasos nas vacinas. Estamos utilizando de forma integral a caderneta da criança observando resultados positivos.	Continuar com o registro dos pacientes para ter um melhor controle das consultas. Continuar usando a caderneta da criança como instrumento que nos ajuda a detectar alterações antecipadas. Continuar fazendo palestras de forma programada para que a população saiba a importância e o conhecimento que brinda a consulta de puericultura. Continuar solicitando a contra referência com os especialistas assim como lograr um contato em interconsulta para ampliar nossos conhecimentos.
Seguimento das doenças crônicas não transmissíveis em Rosário Do Catete, Estado de Sergipe.	Fizemos um registro dos pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mediante quadros de cadastros. Planejamos as consultas e visitas domiciliares de forma programada, fizemos uma reunião e surgiram dois projetos preventivos para a saúde: Rosário mais	Aumentou a assistência às consultas programadas de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Foram classificados os pacientes de maior risco de complicações e encaminhadas oportunamente para outros especialistas.	Continuar agendando e pesquisando aos pacientes com doenças crônicas. Lograr que um 100% dos pacientes com doenças crônicas sejam classificados como pacientes de risco ou não para lograr o acompanhamento com qualidade. Continuar com os projetos de saúde e estimular a

	saúde e Controle Do Tabagismo.	Melhorou o registro, controle e agendamento dos pacientes assim como a qualidade das consultas. Logramos que mais de um 50% dos pacientes tabagistas cessassem de fumar. Logramos que um grupo de pacientes obesas diminuíram de peso com o projeto Rosário, mas Saúde.	população a participar. Incentivar a outras unidades de saúde para fazer os projetos ou outras atividades práticas de promoção e prevenção para a saúde.
--	--------------------------------	---	---



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho foi elaborado através de seis relatos de experiências dos principais problemas de saúde vivenciados no ESF I Edelzio Viera de Melo, Rosário Do Catete, Sergipe. Dentro dos objetivos fundamentais encontra-se, integrar a equipe de trabalho para reorganizar nossos conhecimentos sobre a observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), acolhimento e demanda espontânea, planejamento reprodutivo, saúde mental, saúde da criança, e doenças crônicas não transmissíveis para melhorar a qualidade de vida e a saúde da comunidade. Primeiramente fizemos várias reuniões para planejar nosso trabalho, e por meio delas, organizamos algumas palestras, projetos de saúde, quadros de registros para obter informações dos fundamentais problemas de saúde pesquisados em nossa área. Dentro das sugestões apresentadas pela equipe, surgiram dois projetos com resultados satisfatórios: Rosário mais Saúde e Controle do Tabagismo. Entretanto, elaboramos um mapeamento dos dados coletados dos pacientes, que pode servir como base de informações e poderá contribuir ao ensino de outros profissionais de ESF.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2013a. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. 2013a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, 40).

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

APÊNDICES

Quadro 2: Cadastro de pacientes com transtorno mental, PSF I, Rosário Do Catete, SE.

Data de consulta	Nome completo do Usuário	Endereço	Agente Comunitário de Saúde	Tratamento com Benzodiazepinas (Qual)	Antipsicóticos (Qual) e o Anticonvulsivante	Seguimento por Psiquiatra	Diagnóstico CID 10

Fonte: pela própria autora.

Quadro3: Cadastros para as consultas de puericultura PSF I Rosário Do Catete, SE.

Nome completo	D N	I d a d e	Endereço	Data Consulta	Consulta com Pediatra	Vacinas	D.Psicomotor	Teste do pezinho	Obs

Fonte: pela própria autora.

Quadro 4: Registro dos usuários hipertensos com maior risco/gravidade.

Nome (usuário com diagnóstico de HAS)	I d e a d o a e	S a x z o a	R e a	Endereço	Tratamento com doses.	Fatores de risco associado	Grau de risco cardiovascular	Encaminhamentos	Obs/

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Quadro 5: Registro dos usuários com diagnóstico de diabetes mellitus com maior risco/gravidade.

Nome (usuário com diagnóstico de DM)	I	Tipo de diabetes	Tratamento e /o uso de insulina	Fatores de risco associado	Grau de risco cardiovascular	Pé diabético	Obs /acs

Fonte: Elaborado pela própria autora.

ANEXOS

Quadro 1 Matriz de intervenção.

Descrição do padrão: As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio material a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.							
Descrição da situação – problema para alcance do padrão: Não há ofertas de cursos para capacitar e atualizar os profissionais da ESF e da Atenção Básica.							
Objetivo/meta: Ofertar cursos de capacitação/atualização, bimestralmente, aos profissionais da ESF e da Atenção Básica.							
Estratégias para alcançar os objetivos/metabolos	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	responsáveis	prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados	
Solicitar aos gestores municipais e estaduais que ofereçam cursos/educação continuada e fóruns de discussão. Fazer busca ativa em cursos na modalidade EAD, em temas de interesse a ESF e Atenção Básica, sugerir ao gestor municipal a implantação de um núcleo municipal de educação continuada.	Encaminhar documentos solicitando os cursos. Formar um grupo de trabalho para atuar nas ações deste projeto. Realizar fóruns de discussão com a comunidade adstrita. Estabelecer os temas para os cursos/capacitação. Realizar reuniões com os profissionais de ESF.	Acesso a internet de alta velocidade, computador completo, impressora colorida, insumos didáticos (papel canetas, etc).	Profissionais da ESF e atenção básica atualizados e capacitados. Comunidade adstrita recebendo cuidados mais qualificados. Melhor resolutividade	Gestores municipais e estaduais, ESF, núcleo estadual do telesaúde.	Seis meses	Relatórios produzidos em reuniões. Planilha de acompanhamento	

Fonte: elaborado pela própria autora.

