



**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**

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA UBS CENTRO,  
MACAURN: DESAFIOS E POTENCIALIDADES**

**ANDRÉ MARTINS ORNELAS**

---

**NATAL/RN**  
**2018**

---

---

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA UBS CENTRO,  
MACAU/RN: DESAFIOS E POTENCIAIDADES

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: Maria Helena Pires Araújo  
Barbosa

---

Dedico esse trabalho à Estratégia de Saúde da Família,  
fonte de inspiração para a construção de uma medicina  
justa e igualitária.

---

---

Agradeço imensamente aos membros da UBS Centro, pelo convívio e amizade ao longo desse período, pela disponibilidade para a realização das atividades de intervenção e pela colaboração com a construção de melhorias no atendimento à nossa comunidade;

À professora Maria Helena Pires Araújo Barbosa, que mesmo estando fisicamente distante, se mostrou presente através de orientações proveitosas e mensagens de apoio;

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela oportunidade de “encurtar distâncias”, permitindo acesso a um curso de qualidade;

À Universidade Potiguar, berço da minha formação acadêmica e grande responsável pelo amor incondicional à Atenção Primária;

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil, pela oportunidade de aperfeiçoamento enquanto médico da Estratégia de Saúde da Família;

---

---

## **RESUMO**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro está situada na cidade de Macau, estado do Rio Grande do Norte. O território conta com uma população numerosa, marcadas por peculiaridades socioculturais e necessidades de saúde específicas. A UBS encontra dificuldades em implementar ações organizacionais, devido à demanda excessiva e à forma tradicionalista de atuar. Esse trabalho é constituído por uma coletânea de seis relatos de caráter descritivo e reflexivo. Destina-se a caracterizar as ações em saúde promovidas pela equipe, apontando as principais potencialidades e os desafios no campo da saúde mental, materno-infantil e do adulto, bem como a organização da demanda e estruturação dos processos de trabalho. As intervenções trouxeram melhorias na assistência à saúde da nossa comunidade, através da formulação de estratégias condizentes com a realidade local e com os parâmetros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Também permitiram a desconstrução do modelo “medicocêntrica” de organizar o serviço, ao expandir a atuação desse profissional para além do atendimento clínico individual e da doença.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

---

---

---

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	
2. CAPÍTULO I: A reunião em equipe como estratégia de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção	
3. CAPÍTULO II: Caracterização da demanda espontânea e programada e o desafio de lidar com uma procura maior que a oferta	
4. CAPÍTULO III: Assistência à saúde da mulher na UBS Centro	
5. CAPÍTULO IV: O desafio de trabalhar a saúde mental em uma rede fragmentada	
6. CAPÍTULO V: Caracterização da assistência à Saúde da Criança na UBS Centro: desafios e potencialidades	
7. CAPÍTULO VI: O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde	
8. CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação	
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

---

---

## APRESENTAÇÃO

Esse trabalho é constituído por uma coletânea de seis relatos, elaborados a partir da experiência da minha equipe de saúde da família com as intervenções propostas pelo Programa de Educação Permanente em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Cada capítulo foi construído a partir de vivências oportunizadas por seis microintervenções, as quais trouxeram momentos de reflexão e permitiram transformar a organização do trabalho, no sentido de trazer melhorias para nossa comunidade.

As microintervenções foram realizadas pela Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Macau, estado do Rio Grande do Norte. Nosso território engloba uma população ampla, diversificada, com inúmeras necessidades de saúde, representando um grande desafio para equipe.

O autor desse trabalho é médico recém-formado pela Universidade Potiguar e atua na Atenção Primária à Saúde (APS) há pouco mais de um ano. Seu interesse pela medicina de família e comunidade foi construído ao longo da formação acadêmica, oportunizada pelo convívio com a Estratégia de Saúde da Família desde os primeiros anos de curso.

Esse Trabalho de Conclusão de Curso pretende caracterizar as ações de saúde e o processo de gestão e trabalho da UBS Centro, delimitando as potencialidades do serviço e seus principais desafios. Apresentam-se também as estratégias desenvolvidas pela equipe para superação dos problemas.

Convidamos você a conhecer um pouquinho sobre o nosso trabalho na APS. Boa leitura!

---

---

---

## **CAPÍTULO I: A reunião em equipe como estratégia de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção**

Segundo o Dicionário Aurélio, avaliar significa determinar o valor de, compreender, apreciar. Nesse sentido, o processo de avaliação, aplicado no contexto de trabalho de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), se estabelece como um recurso pertinente para identificação de falhas na assistência à população. Quando esse processo é desenvolvido pela própria equipe, busca-se suscitar reflexões sobre aquilo que produziu sucesso no trabalho e também aquilo que não trouxe benefícios, mas que, de certa forma, permitiu algum aprendizado. Porém para que a autoavaliação aconteça, precisamos, antes de mais nada, de uma reunião de equipe!

A reunião é um momento de encontro dos membros da equipe para diálogo acerca de diferentes problemas do processo de trabalho. A incorporação dessa estratégia nas equipes de Atenção Básica pode contribuir de forma significativa para a melhoria da assistência à saúde (CRUZ et al., 2008).

As reuniões em equipe, infelizmente, são encontros raros na realidade da nossa Unidade Básica de Saúde, porém conseguimos reunir boa parte da equipe para responder a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). A AMAQ é extensa, prolixa em muitos pontos, mas foi importante para identificarmos falhas, principalmente no nosso processo de trabalho. Todos tiveram a oportunidade de opinar sobre os mais variados tópicos da autoavaliação. Conhecer um pouco sobre o que cada um pensa a respeito do nosso processo de trabalho, nos permitiu identificar potencialidades individuais que até então desconhecíamos. Fizem-nos também refletir que, trabalhando juntos e somando forças, conseguiremos enfrentar os problemas que tanto nos atormentam no dia-a-dia. Porém, a conquista mais importante desse processo de autoavaliação foi a identificação de nossas principais fragilidades.

Um dos itens de pior avaliação identificado pelo grupo foi, justamente, o '4.15' que questiona a realização de reuniões periódicas pela equipe. Percebemos que a melhoria da qualidade da atenção e do acesso só será possível se definirmos, conjuntamente, um planejamento sólido, estruturado com as diversas opiniões da equipe e da população. Esse foi o problema escolhido para construção de uma matriz de intervenção.

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) fica situada no centro da cidade de Macau, estado do Rio Grande do Norte. A equipe é formada por um médico (integrante do Programa Mais Médicos), enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde

---



---

bucal, diretora, duas recepcionistas, além de 10 ACS. Trata-se de uma UBS tipo I, conforme classificação do Ministério da Saúde (MS). A área adscrita contempla uma população de pouco mais de 7.000 pessoas.

Desde que iniciei as atividades em julho de 2017, foram poucos os momentos em que convocamos todo o grupo para discussão. A equipe sempre trabalhou de uma forma tradicionalista, em que o profissional médico era o centro da atenção e as ações de saúde eram voltadas para a doença, supervalorizando o atendimento clínico individual e a medicalização. A ideia de retirar um turno de atendimento do médico para realização de reunião era, até então, inconcebível pela equipe, com fortes críticas do grupo e principalmente da população. Muitas vezes, inclusive, tivemos que ceder à pressão da população “que clama por atendimento médico”, cancelando reuniões com a participação desse profissional.

Ressalta-se que as reuniões em equipe são de grande importância no contexto da ESF, pois possibilitam o planejamento coletivo elaborado a partir de reuniões periódicas entre os membros do grupo. Além disso, elas possibilitam a definição das ações e intervenções a serem realizadas no território/comunidade/equipe (CRUZ et al., 2008)

O modelo biomédico, centrado na figura do médico através de ações puramente curativas e na prática da medicalização excessiva, é inconcebível na atual estruturação da saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, esse modelo - ainda que parcialmente - influencia os processos de trabalho de muitas equipes de atenção básica ao supervalorizar o “atendimento ao doente”, com agendas rígidas que contemplam apenas consultas individuais as quais, muitas vezes, precisam ser rápidas – devido ao número excessivo de usuários que procuram a UBS. Não há tempo disponível para atividades de orientação comunitária, voltadas para prevenção e promoção da saúde.

O modelo assistencial baseado na ESF se diferencia do modelo biomédico por definir a comunidade como foco da atenção, por estimular o trabalho em equipe multiprofissional e por resgatar o conceito de integralidade do cuidado, ao articular ações de promoção, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação (FERTONANI et al., 2014). Mas será que o médico tem espaço para participar de forma efetiva de todos esses princípios da ESF, diante de agendas rígidas de atendimento clínico?

Diante do que foi exposto foi elaborada uma microintervenção com o objetivo de implementar um processo de reunião de equipe, de forma sistematizada e contínua, visando o planejamento das ações, a organização e o monitoramento do trabalho com base

---

---

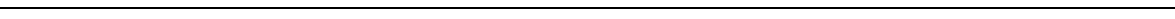
nos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Para isso as reuniões ocorrerão semanal ou quinzenalmente (a depender da necessidade da equipe), com dias e horários previamente definidos. Deverá contar com a participação de 100% da equipe. As decisões serão registradas em ata. Todos deverão trazer problemas e propor soluções para aqueles identificados ao longo da semana. Além disso, cada profissional se comprometerá em atualizar, semanalmente, os indicadores do PMAQ, trazendo-os para discussão nas reuniões de equipe.

Vejo que esse momento foi o ponto de partida para a superação da “visão medicocêntrica” historicamente construída no inconsciente da minha equipe de saúde da família. Acredito que a partir de agora se perceberá a atuação do médico como mais um membro colaborativo do processo de planejamento e não apenas um profissional voltado, única e exclusivamente, para a prescrição medicamentosa.

---

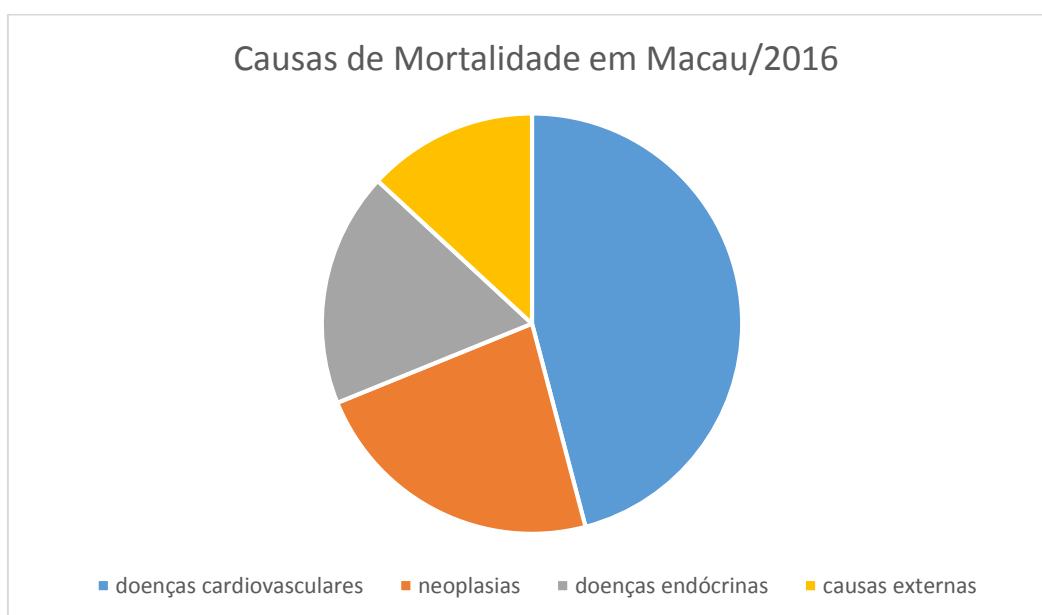
---



---

## **CAPÍTULO II: Caracterização da demanda espontânea e programada e o desafio de lidar com uma procura maior que a oferta**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalho está situada na cidade de Macau, estado do Rio Grande do Norte. Segundo dados do último censo, a população da cidade é de 29.446 habitantes, dos quais 8% têm menos de 5 anos, 25% têm entre 5 e 20 anos, 56% têm entre 20 e 59 anos e 11% têm mais de 60 anos. Conforme dados do DATASUS o coeficiente de mortalidade geral em 2016 foi de 7/1000 habitantes. As principais causas de óbito nesse período foram as doenças cardiovasculares (28%), neoplásicas (14%), endócrinas (11%), seguido das causas externas (9%).



Nossa UBS está situada no centro da cidade de Macau. A área abrange cerca de 7 mil pessoas, o que representa 23% da população da cidade. O perfil demográfico e epidemiológico se assemelha ao apresentado para a cidade como um todo, prevalecendo o grupo de adultos entre 20 e 59 anos, cujo perfil de morbidade compreende basicamente as doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) – ambas fatores de risco importantes para as doenças cardiovasculares (a principal causa de óbito no município).

A organização da demanda é essencial para a efetivação de um bom trabalho na ESF, principalmente quando a procura por atendimento suplanta a capacidade de resolução da equipe. É necessário oferecer um cuidado longitudinal aos grupos prioritários (gestantes, menores de 2 anos, portadores de doenças crônicas) mas, também, precisa

---

---

responder de forma oportuna aos eventos agudos que motivam à procura pela UBS. Conciliar as demandas programada e espontânea é um dos nossos maiores desafios.

Na nossa unidade, infelizmente, não trabalhamos com acolhimento e acesso avançado. Os pacientes são agendados através de um sistema de fichas, distribuídas uma vez na semana. São agendados 10 pacientes por turno de trabalho e reservado cerca de 4 vagas para o atendimento de “urgências”. Para o agendamento, são priorizados os portadores de doenças crônicas, como HAS, DM e transtornos mentais, gestantes e menores de 2 anos. Não raramente é possível encontrar a agenda com as 14 vagas do turno já preenchidas, dificultando o acesso de pacientes que precisam de um atendimento no dia devido a uma queixa aguda. Isso acaba sobrecarregando os profissionais, particularmente o médico, já que além de atender os pacientes agendados, também precisa assistir à demanda espontânea, colocada como “urgente”, não prevista para aquele dia.

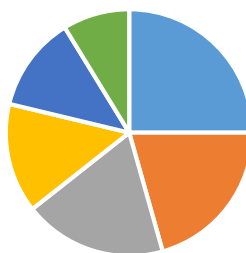
Como abordei no capítulo anterior, a minha equipe tem certa resistência em modificar a forma de trabalho, pois desejam manter o funcionamento e organização da UBS como já ocorre há anos. No entanto, esse modelo de trabalho esbarra em frustração dos profissionais que prestam o atendimento clínico (médico, enfermeiro, dentista) pela sobrecarga de trabalho e também gera descontentamento da população que procura a UBS como demanda não programática.

São muitas as razões de procura por atendimento clínico na nossa UBS. Na tabela abaixo são apontados os principais motivos de consulta médica no mês de abril de 2018, baseado na análise dos prontuários. Foram realizadas 200 consultas, das quais 80% representaram demanda programada e 20% demanda espontânea.

Motivo	Quantidade absoluta	%
Demanda programada	160	80%
HAS	40	20%
DM	33	16%
Saúde mental	30	15%
Pré-Natal	23	11%
Puericultura	20	10%
Renovação de Receitas	14	8%

---

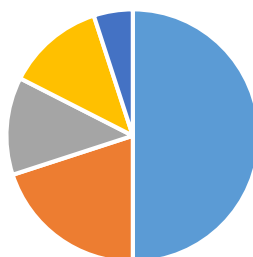
### Demanda Programada



■ HAS ■ DM ■ Saúde Mental ■ Pré-Natal ■ Puericultura ■ Renovação de Receitas

Motivo	Quantidade absoluta	%
Demanda espontânea	40	20%
Renovação de Receitas	20	10%
IVAS	8	4%
Lombalgia	5	2.5%
Diarreia	5	2.5%
Cefaleia	2	1%

### Demanda Espontânea



■ Renovação de Receitas ■ IVAS ■ Lombalgia ■ Diarreia ■ Cefaleia

---

Pode-se observar pelos dados apresentados que a assistência provida por nossa UBS se concentra, principalmente, na demanda programática. Esse fato reflete a necessidade de garantir atenção aos agravos mais comuns na população, como as doenças crônicas e psiquiátricas. O foco em HAS e DM deve ser prioritário, haja visto que a principal causa de mortalidade na cidade de Macau é representada pelas doenças cardiovasculares.

A demanda programática tem implicação direta com o conceito de longitudinalidade do cuidado – um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) – uma vez que, ao reservar vagas para um determinado grupo, temos a garantia do retorno para o cuidado continuado, propiciando um monitoramento mais adequado da comorbidade e intervenção mais efetiva. Para Oliveira (2013) a longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzindo encaminhamentos e procedimentos de maior complexidade desnecessários.

Podemos observar também que a demanda espontânea é preenchida predominantemente por condição não emergencial: 50% do atendimento desta demanda objetivou a renovação de receitas. Portanto, algo que poderia ter sido realizado por agendamento, sem prejuízo ao paciente. Historicamente os usuários da UBS não consideram a chamada “renovação de receita” como uma consulta, pois em outros tempos, os indivíduos que procuravam a unidade com tal demanda eram direcionados à enfermeira que então transcrevia a receita e o médico apenas carimbava. Uma conduta, no mínimo, perigosa! Como garantir a efetividade do tratamento sem uma avaliação clínica regular do paciente? Como identificar possíveis efeitos adversos sem consultá-lo? Como superar a dependência de psicotrópicos (em especial, os benzodiazepínicos) sem vê-lo? Carimbar uma receita já preenchida facilita o fluxo do atendimento, desafoga o trabalho do médico e aumenta o número de vagas disponíveis para consulta, criando uma falsa ideia de ampliação do acesso. Essa postura, além de contrariar o Código de Ética Médica, pode trazer riscos irreparáveis à saúde do usuário. Convencer a equipe, e principalmente a população, de que essa conduta não é adequada foi um grande desafio e ainda gera muitas reclamações.

Uma alternativa para superar o problema da inadequação da demanda espontânea seria investir em educação comunitária. O usuário precisa compreender que as vagas reservadas para essa demanda devem obedecer a critérios de classificação de risco, de preferência guiados por protocolos, a exemplo do Sistema de Triagem de Manchester.

---

---

Segundo Mendes (2012) a aplicação do sistema Manchester nas unidades de APS trouxe resultados positivos na redução das filas de espera para o atendimento, com boa aceitação da população.

A assistência da nossa UBS também é comprometida pelo número excessivo de usuários da área adscrita. Diante de uma população de mais de 7 mil pessoas é humanamente impossível prover atendimento a todos. Vale ressaltar que, segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica (2017), o número máximo de indivíduos sob responsabilidade de uma equipe é de 3500 pessoas. Como garantir a execução dos princípios da APS trabalhando com o dobro de usuários recomendado? Como garantir a longitudinalidade do cuidado a todos os grupos prioritários? Como responder de forma efetiva aos eventos agudos que surgem diariamente? Para uma boa assistência precisamos, acima de tudo, ter recursos físicos e humanos em quantidades suficientes.

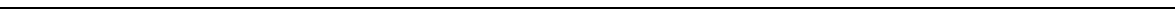
É necessário um equilíbrio entre as demandas espontânea e programada. Um modelo que privilegie a demanda espontânea e as condições agudas compromete o acompanhamento longitudinal do usuário portador de doença crônica, por exemplo, prejudicando a resposta social de redução da mortalidade cardiovascular. Sempre haverá demanda espontânea para condições agudas em decorrência de comorbidade crônica mal controlada que tenderá a agudizar ou mesmo pelo surgimento de doença aguda não prevista. Resolver uma determinada de urgência menor na UBS evita a sobrecarga da rede hospitalar, reduzindo as longas filas do pronto-atendimento que dificultam a atenção às urgências maiores (MENDES, 2012).

Conclui-se que a classificação do risco individual parece ser a melhor alternativa para assegurar o atendimento oportuno a quem mais precisa diante de um quadro agudo e ordenar o fluxo com agendamento para os casos que não determinam urgência naquele momento. Além disso, deve-se prover a assistência programática, com priorização dos grupos de maior vulnerabilidade, para garantir a longitudinalidade do cuidado.

---

---





---

### **CAPÍTULO III: Assistência à saúde da mulher na UBS Centro**

O compromisso do governo federal com a Saúde da Mulher foi reafirmado em 2004 com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde. A ideia central dessa política visa a “implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2011).

Entre os principais objetivos da PAISM, cita-se:

- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada para mulheres e adolescentes;

A atenção básica, vista como porta de entrada preferencial da usuária no SUS, deve estar capacitada para responder de forma efetiva às necessidades de saúde desse importante grupo populacional. As ações desempenhadas na ESF devem prover assistência integral e humanizada no âmbito do planejamento familiar, do pré-natal e do puerpério.

A assistência ao planejamento familiar desempenhada na nossa UBS enfrenta inúmeras dificuldades operacionais, entre as quais inclui:

- Falta de métodos contraceptivos básicos;
- Ausência de ações educativas sobre planejamento reprodutivo;

O planejamento familiar constitui um processo pelo qual o casal decide o número de filhos, o espaçamento de tempo entre eles e o momento ideal do nascimento, utilizando para isso os métodos contraceptivos. Essa estratégia contribui para a redução da morbimortalidade materna uma vez que reduz a gravidez não desejada, o abortamento provocado, além de prevenir a gestação de adolescentes ou de portadoras de doenças crônicas graves (BAUMGUERTNER, 2013).

Para conseguirmos oferecer a melhor estratégia contraceptiva, baseada na condição clínica da mulher e sua preferência, precisamos ter à nossa disposição os principais métodos contraceptivos. Porém, é corriqueiro na realidade da nossa UBS a falta constante de insumos básicos para a realização das atividades, de forma que a usuária geralmente enfrenta dificuldades para adquirir o método contraceptivo prescrito.

---

---

Como discutido em capítulos anteriores, a nossa equipe enfrenta dificuldade para implementar atividades de educação em saúde com a participação do médico, uma vez que privilegia a atuação deste profissional no atendimento clínico individual. Dessa forma, as orientações educativas de planejamento reprodutivo são realizadas apenas em consultas clínicas, que muitas vezes ocorrem em um curto espaço de tempo e não permitem suplantar todas as dúvidas do casal.

A assistência ao pré-natal desenvolvida na nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) engloba: captação das gestantes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), oferecimento de consultas compartilhadas com médico e enfermeira, fornecimento dos suplementos essenciais, de repelentes e da vacinação, oferecimento de testes rápidos para diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Entre as principais dificuldades na assistência ao pré-natal temos:

- falta constante de insumos, como sulfato ferroso e ácido fólico;
- dificuldade para realização dos exames laboratoriais e ultrassonografias;
- dificuldade de acesso ao especialista nas situações que configuram risco obstétrico elevado (pré-natal de alto risco).

Deve-se salientar que a investigação complementar do pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde através de duas baterias de exames laboratoriais (no início da gestação e no terceiro trimestre) é fundamental para diagnóstico de complicações do ciclo gravídico que podem comprometer a saúde materno-fetal. Dessa forma, a dificuldade de acesso a tais exames constitui falha grave na assistência pré-natal e precisa ser vista como questão de prioridade pela gestão municipal.

A assistência ao puerpério provida por nossa equipe é composta por uma consulta em ambiente domiciliar realizada pela enfermeira ainda na primeira semana após o parto, conforme recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). A paciente entra em contato com a equipe através de um grupo de rede social para comunicar o nascimento do bebê; a partir daí a enfermeira se organiza para realizar a visita domiciliar o mais rápido possível. Nessa consulta, além de avaliar as condições de saúde da mãe e do RN, buscamos reforçar a importância do aleitamento materno e da vacinação, além de fortalecer o vínculo com a equipe para o acompanhamento regular de puericultura. Orientamos a puérpera para comparecer à UBS até o 42º dia de pós-parto para uma segunda avaliação que será realizada pelo médico. Nesse momento, procura-se oferecer orientação contraceptiva,

---

---

checar a amamentação e os cuidados com o recém-nascido. A atenção à puérpera é vista como prioritária pela nossa ESF. Procuramos realizá-la de forma oportuna para identificar prontamente condições patológicas frequentes, como alterações de humor e patologias mamárias que muitas vezes levam ao desmame precoce – uma realidade frequente em nosso meio!

Para fortalecer a atenção à saúde da mulher no período gestacional criamos um grupo de gestantes chamado “Bebê a Bordo”. O objetivo principal do grupo é oferecer orientações importantes para as futuras mães! Muitas vezes, as consultas individuais – pelo tempo limitado - não permitem identificar todas as dúvidas das gestantes. Nesse espaço as pacientes sentem-se acolhidas e à vontade para questionar e trocar experiências.

O grupo conta com reuniões mensais, onde são trabalhados temas importantes como amamentação, nutrição materna, preparação para o parto, atividade física, entre outros. Os encontros envolvem toda a equipe, desde os agentes comunitários de saúde responsáveis principalmente por convidar as gestantes de suas respectivas áreas, bem como as técnicas de enfermagem que realizam o acolhimento inicial, além dos profissionais do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o médico e a enfermeira, que participam das discussões junto às gestantes. A integração da equipe é um fator essencial para o sucesso e manutenção do “Bebê a Bordo”.

Ao longo desse período com o grupo de gestantes, tenho percebido algumas melhorias na assistência ao pré-natal, como por exemplo: aumento da assiduidade nas consultas, maior participação dos companheiros, redução do sedentarismo, do desmame precoce e da alimentação inadequada. Porém o mais importante é o fortalecimento do vínculo entre a gestante e a nossa equipe, de forma que a ela sente-se minimamente amparada nesse momento da vida marcado por grandes transformações e medos. Ela percebe que poderá contar com o apoio da UBS diante de quaisquer intercorrências do período gravídico e para o cuidado orientado do futuro bebê.

Infelizmente não são todas as gestantes acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que comparecem regularmente aos encontros do “Bebê a Bordo”. Para melhorar a aplicabilidade desse grupo precisamos ampliar para 100% a participação das mulheres! Tentamos contornar esse problema com encontros cada vez mais dinâmicos - que fogem aos padrões maçantes das palestras - além de sorteio de brindes e lanches. Não recebemos apoio da gestão para a concretização dos eventos, o que dificulta a aquisição dos materiais necessários para o êxito da ação. Todos os recursos são custeados pelos

---

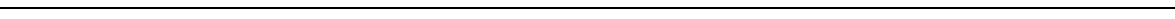
---

membros da UBS! Mais uma vez: não conseguiríamos manter o grupo sem a integração da equipe!

A principal dificuldade para manter o grupo em funcionamento é a demanda excessiva por atendimento individual. É difícil encontrar espaço na agenda dos profissionais, inclusive os do NASF-AB, para realizar o encontro. Além disso, muitos usuários questionam a realização da reunião pois defendem que é um desperdício “perder” um turno de consulta médica e de enfermagem. Há muito trabalho pela frente para sensibilizar a população de que a ESF não se resume à atendimento médico, exames e remédios...

---

---



---

## **CAPÍTULO IV: O desafio de trabalhar a saúde mental em uma rede fragmentada**

A prevalência de transtornos mentais na população é elevada. Cerca de 3% da população brasileira apresenta algum transtorno mental severo e persistente. Esses problemas acarretam prejuízo à qualidade de vida dos indivíduos e podem levar à incapacidade de longa duração (SANTOS, 2010). Para responder de forma efetiva às necessidades em saúde mental, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve estar capacitada e organizada para prover um cuidado integral ao indivíduo, trabalhando de forma articulada com os demais pontos da rede de saúde mental.

O cuidado em saúde mental é um desafio para as equipes de saúde da família! Muitas vezes, estamos completamente despreparados para prover a melhor assistência a esses usuários, seja por preconceito, despreparo técnico, limitado tempo de consulta ou até “falta de paciência”. Como consequência, assistimos a um crescimento exorbitante de usuários dependentes de psicotrópicos!

As ações desempenhadas por nossa equipe no campo da saúde mental são tímidas! A maioria dos indivíduos em sofrimento psíquico procura a UBS principalmente para renovar receita de psicotrópicos. Muitos são usuários crônicos que creditam ao medicamento a única possibilidade de alívio para suas angústias. Atualmente, o usuário de psicotrópicos é sempre avaliado pelo médico toda vez que necessita renovar sua receita. Nessa consulta, busca-se avaliar o grau de controle da comorbidade, a adesão ao tratamento não farmacológico e a possibilidade de desmame dos medicamentos. Antes de iniciar as atividades na equipe, o usuário tinha sua receita transcrita pela enfermagem e carimbada pelo médico sem nenhuma avaliação! Essa estratégia foi adotada ao longo de muitos anos para “ampliar” o número de vagas de atendimento e “desafogar” o trabalho do profissional médico. Muitos indivíduos ficavam anos sem retornar ao especialista para reavaliação, pois acreditavam que tais medicamentos seriam para toda vida!

Um novo olhar sobre a saúde mental vem se desenvolvendo a cada dia em nossa equipe. Diante da necessidade de melhorar a assistência nesse cenário, estamos priorizando o atendimento do usuário em sofrimento psíquico, da mesma forma que priorizamos a atenção às gestantes, diabéticos e hipertensos. Reservamos diariamente vagas para esse grupo de indivíduos, seja como demanda livre ou como demanda programada. Preferimos não “rotular” o atendimento ao portador de transtorno mental com denominações como “Dia da Saúde Mental”, pois entendemos que essas terminologias são estigmatizantes e

---

---

podem afastar os usuários por medo de discursos preconceituosos, da mesma forma que acontece entre os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que são vistos (e discriminados) pela comunidade como “loucos”. Também preferimos não estabelecer agendas rígidas para o usuário em sofrimento psíquico, pois acreditamos que uma descompensação emocional pode ocorrer a qualquer hora e em qualquer dia da semana. Negar o atendimento nesse momento oportuno, por não ser o dia específico daquele tipo de consulta, pode levar a mais sofrimento emocional e quebra do vínculo usuário - ESF.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são elementos estratégicos para melhoria da assistência em saúde mental. Esses profissionais podem contribuir com a identificação na sua microárea de indivíduos em sofrimento psíquico que muitas vezes não buscam atendimento por preconceito ou desconhecimento da doença. Realizar essa captação de forma precoce pode oportunizar melhores resultados terapêuticos. Os ACS também foram orientados a identificar e registrar os usuários crônicos de psicotrópicos, para um melhor controle do uso desses medicamentos na comunidade.

Para compreender melhor a rede de saúde mental do município e criar estratégias de integração entre os serviços, a equipe realizou uma reunião junto à direção do CAPS e com a psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB).

A rede de saúde mental de Macau/RN é construída a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o apoio do NASF - AB, ambulatórios de psiquiatria e psicologia e pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). A rede parece fragmentada, com cada elemento trabalhando de forma individualizada e desarticulada.

A única psicóloga do NASF - AB, responsável por várias equipes da cidade, não consegue responder à demanda por tratamento psicoterápico, de forma que inúmeros indivíduos não têm o devido atendimento e acabam por recorrer ao uso de psicotrópicos, muitos se tornando dependentes desses. O NASF - AB, superlotado com uma rotina de atendimentos individuais, acaba por não fornecer o devido apoio “pedagógico” à equipe na construção de projetos terapêuticos singulares ou trabalhos em grupo.

Os usuários com transtornos mentais moderados/graves identificados pela ESF são encaminhados aos serviços especializados (ambulatórios ou CAPS), mantendo-se o vínculo com a UBS para um cuidado compartilhado. Porém muitos usuários não conseguem atendimento nesses locais, devido à superlotação dos serviços. Além disso, a contrarreferência muitas vezes não é respondida, criando uma verdadeira lacuna de

---



---

informações importantes para o acompanhamento do indivíduo: até quando ele deverá usar a medicação? Quando deve retornar ao especialista? Qual seu diagnóstico?

Para exemplificar o cuidado em saúde mental provido por nossa equipe, cita-se o caso de uma mulher de 65 anos, aposentada, acamada há cerca de 1 ano devido à seqüela de Acidente Vascular Encefálico, que vinha apresentando sintomas depressivos nos últimos meses, como tristeza, choro fácil, anedonia, tendência ao isolamento social, além de sonolência excessiva e diminuição do apetite. O ACS, ao identificar a situação da idosa, agendou de imediato uma visita domiciliar. A avaliação médica definiu o diagnóstico de depressão maior, sendo iniciado tratamento medicamentoso e agendado visita domiciliar da psicóloga do NASF - AB. Infelizmente, o tratamento psicoterápico não foi iniciado até o presente momento, pois a agenda da psicóloga está lotada, além da dificuldade logística de transportar a profissional para consultas no domicílio. A usuária segue em acompanhamento com a equipe, apresentando melhora parcial do quadro, o que motivou encaminhamento para avaliação especializada no ambulatório de psiquiatria.

Pode-se observar que a superlotação dos serviços e a falta de articulação entre a ESF e os demais pontos da rede de saúde mental contribuem para um cuidado fragmentado, sob risco de não produzir transformações efetivas na vida do usuário e na superação da doença. Para mudar esse cenário é necessário, acima de tudo, vontade política em promover uma melhor integração entre os serviços de saúde mental do município.

---

---



---

## **CAPÍTULO V Caracterização da assistência à Saúde da Criança na UBS Centro: desafios e potencialidades**

A assistência à saúde da criança provida na UBS Centro vem se modificando desde o início do meu trabalho na equipe. Inicialmente, trabalhava-se com agendamento livre, destinando as vagas de atendimento médico para usuários que procurassem a unidade com queixas agudas ou para acompanhamento de comorbidade crônica. Como discutido no capítulo I, a equipe se organizava de forma tradicionalista, destinando a atenção do médico somente para aqueles que consideravam doentes. As ações de promoção e prevenção à saúde, até eram desenvolvidas de forma efetiva, porém sem a participação do médico.

Da mesma forma, as crianças eram levadas ao médico somente se apresentassem algum problema agudo ou demanda dos pais por exames laboratoriais e estimulantes de apetite, por exemplo. Não havia espaço para consultas de puericultura na agenda do médico. Estas eram realizadas apenas pela enfermeira, numa tentativa de ampliar o número de vagas para consulta médica.

Diante da necessidade de expandir as ações do médico para além do adoecimento infantil, reorganizamos a agenda de forma a reservar vagas de atendimento semanal ou quinzenal para consultas regulares de puericultura, as quais ocorrem de forma intercalada com a enfermeira.

Nossas consultas de puericultura são destinadas apenas às crianças de até 2 anos, contrariando às recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria que orienta o acompanhamento regular até a adolescência. O atendimento visa basicamente avaliar as condições de saúde do lactente quanto ao crescimento e desenvolvimento, promover o aleitamento materno e orientar os pais em relação aos cuidados com a criança.

O registro do crescimento e desenvolvimento é realizado em cada consulta, tanto na caderneta de saúde da criança quanto no prontuário. A caderneta é nossa aliada na avaliação dos bebês, pois permite averiguar o ganho pondero-estatural e as habilidades motoras e comportamentais da criança ao longo do acompanhamento, permitindo identificar facilmente desvios da normalidade que requeiram uma avaliação especializada.

Nosso atendimento de puericultura segue as orientações do Caderno de Atenção Básica número 33: SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.

A participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também é fundamental para melhoria da assistência à saúde infantil. Eles foram orientados a identificar (e

---

---

registrar), em suas respectivas áreas, todas as crianças com até 2 anos, bem como a data da última consulta e sua situação vacinal. Bebês com consultas atrasadas e em situações de vulnerabilidade social têm prioridade no agendamento.

A equipe também mantém registros regulares de crianças com vacinação atualizada. Porém as informações sobre estado nutricional, teste do pezinho e outros testes de triagem neonatal são feitos apenas em prontuário e na caderneta de saúde da criança, não havendo um registro único que permita mapear facilmente esses dados.

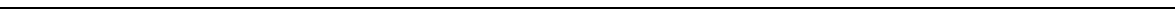
Durante as consultas de pré-natal, conforme discutido no capítulo III, as futuras mães são orientadas a trazer seus bebês para um acompanhamento regular na UBS. O vínculo construído nesse momento é fundamental para o sucesso das consultas regulares de puericultura.

A preocupação em fortalecer o aleitamento materno motiva a equipe a trabalhar o assunto com as mães desde o pré-natal, principalmente através dos encontros do “Bebê a Bordo”, nosso grupo de gestante. O apoio à amamentação também é oferecido em cada consulta de puericultura, a fim de diminuir a incidência de desmame precoce e a introdução de leite de vaca no primeiro ano de vida.

Apesar das inúmeras limitações operacionais, representada principalmente por uma demanda excessiva, a equipe vem consolidando estratégias de promoção e prevenção no âmbito da saúde da criança. A incorporação da puericultura na agenda do médico e a integração da equipe na busca e no registro das informações de saúde das crianças são avanços importantes conquistados ao longo de nossa caminhada. Ainda há muito que melhorar, como por exemplo, estender a puericultura além dos 2 anos, garantindo acompanhamento regular de pré-escolares e escolares e construir uma maior integração com o Programa Saúde na Escola. Porém, acredito que estamos trilhando por um bom caminho...

---

---



---

## **CAPÍTULO VI: O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) adquirem importância social em razão de sua elevada prevalência, impacto significativo na morbimortalidade e altos custos aos sistemas de saúde. Segundo dados da OMS, citado por Malta et.al. (2017), 70% de todos os óbitos no mundo se devem a esse grupo de doenças. Para responder de forma adequada às DCNT, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem importância estratégica à medida que oferece o primeiro contato e garante a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Na nossa UBS, o serviço foi estruturado para priorizar o atendimento de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, por meio do programa HIPERDIA.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro realiza atendimento semanal de indivíduos hipertensos e diabéticos, para os quais são reservadas vagas em dois turnos da semana. As consultas são realizadas pelo médico e pela enfermeira, adotando-se as orientações do Caderno de Atenção Básica número 36 e 37. Os usuários são inicialmente acolhidos pela técnica de enfermagem, onde são verificados os sinais vitais e as principais medidas antropométricas (peso, altura, IMC e circunferência abdominal).

As consultas de enfermagem que outrora eram destinadas à simples “renovação de receitas” (que seriam carimbadas pelo médico sem qualquer avaliação), hoje foram reestruturadas no sentido de fortalecer o tratamento não medicamentoso e dar suporte ao médico nas situações que demandam maior tempo de consulta, como avaliação do índice tornozelo-braquial, cuidados com pé diabético e orientações quanto à aplicação de insulina. Em toda consulta, buscamos identificar os principais fatores de risco cardiovasculares - tabagismo, sedentarismo, dietas inadequadas e uso abusivo do álcool – e orientar nossos usuários quanto às modificações do estilo de vida necessárias para o enfrentamento das DCNT.

O apoio matricial do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), principalmente da nutrição, se configura através de consultas individuais destinadas aos indivíduos que vivem com DCNT e que não atingiram as metas glicêmica, lipídica e/ou pressórica ou necessitam de orientação nutricional para perda ponderal. O apoio do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) também é oferecido aos usuários tabagistas e etilistas, quando necessário.

As principais dificuldades enfrentadas pela equipe no controle das DCNT são:

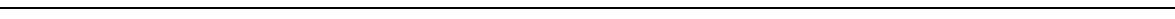
---

- 
- Embora a UBS disponha de registros de usuários hipertensos e diabéticos de cada microárea, não realizamos busca ativa de indivíduos com consultas atrasadas;
  - O tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes é superior a 10 dias, em razão da elevada demanda (conforme discutido em capítulos anteriores).
  - O rastreamento da retinopatia diabética e hipertensiva não é realizado na unidade, pois não dispomos de oftalmoscópio. Os usuários são referenciados a outros pontos da rede, porém a maioria não consegue avaliação com especialista;
  - Ações de orientação comunitária sobre alimentação saudável e prática de atividade física raramente conseguem ser incorporadas na rotina da UBS em razão, principalmente, da elevada demanda por atendimentos individuais. Também não conseguimos construir grupos de educação em saúde para usuários tabagistas ou com sobrepeso/obesidade.

Embora os desafios sejam inúmeros, acredito que a assistência aos usuários portadores de DCNT provida por nossa UBS tem se fortalecido a cada dia. A integração da equipe é o principal ponto positivo, pois permite o enfrentamento das condições crônicas de maneira otimizada e sem demandar grandes recursos tecnológicos. Estratégias aparentemente simples como a captação do usuário (primeiro contato), monitoramento continuado do peso e da pressão arterial (longitudinalidade do cuidado) e responsabilização dos indivíduos no combate aos fatores de risco (promoção e prevenção), podem se traduzir em um melhor controle das comorbidades e redução da morbimortalidade.

---

---





## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
<p><b>A reunião em equipe como estratégia de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção</b></p>	<p>A histórica visão da atuação médica restrita ao atendimento clínico individual é inconcebível na atual estruturação da ESF. O médico, enquanto membro da equipe, deve participar ativamente do planejamento das ações e do processo de trabalho, no sentido de construir melhorias no atendimento à comunidade. Nessa intervenção, buscou-se implementar um programa periódico de reunião de equipe para identificar falhas e propor melhorias com base nos indicadores do PMAQ.</p>	<p>Conhecimento da AMAQ e do PMAQ pela equipe; Perceber o médico enquanto membro ativo da equipe, eliminando a tradicional concepção de que seu trabalho se restringe ao atendimento clínico individual;</p>	<p>Organização de reuniões quinzenais para estruturação do planejamento, avaliação das ações e construção de melhorias.</p>
<p><b>Caracterização da demanda espontânea e programada e o desafio de lidar com uma procura maior que a oferta</b></p>	<p>A organização da demanda é essencial para a efetivação de um bom trabalho na ESF, principalmente quando a procura por atendimento suplanta a capacidade de resolução da equipe. Nessa intervenção, buscou-se compreender o perfil de problemas que configuram a demanda espontânea e programática. A assistência provida por nossa UBS se concentra, principalmente, na</p>	<p>Reconhecer a necessidade de priorizar o atendimento aos grupos de maior vulnerabilidade clínico-social; Perceber a inadequação do perfil de demanda espontânea, representada basicamente por situações passíveis de</p>	<p>Pretende-se criar protocolos para organização do fluxo de usuários que buscam atendimento como demanda espontânea.</p>

	<p>demanda programática (80% dos atendimentos). A demanda espontânea é preenchida predominantemente por condição não emergencial, como renovação de receitas.</p>	<p>agendamento, as quais comprometem o acesso do usuário com condição aguda;</p> <p>Reconhecer a incapacidade de responder à demanda, diante do elevado número de usuários na área adscrita, evitando frustrações e sobrecarga dos profissionais.</p>	
<p><b>Assistência à saúde da mulher na UBS Centro</b></p>	<p>A UBS Centro desempenha inúmeras ações no âmbito da saúde da mulher. A assistência ao planejamento familiar esbarra na dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos. A assistência ao pré-natal provê cuidado integral à saúde materna, com consultas regulares e atividades de educação em saúde, junto ao grupo de gestantes “Bebê a bordo”. O principal desafio é a dificuldade de acesso aos exames complementares, conforme rotina preconizada pelo Ministério da Saúde. A demanda excessiva prejudica a realização de encontros regulares do “Bebê a bordo”.</p>	<p>A experiência com o grupo de gestantes trouxe melhorias na assistência pré-natal: aumento da assiduidade nas consultas, maior participação dos companheiros, redução do sedentarismo e do desmame precoce, além do fortalecimento do vínculo gestante-equipe.</p>	<p>Manter o funcionamento do grupo de gestantes, com encontros regulares a cada 2 meses.</p>

<p><b>O desafio de trabalhar a saúde mental em uma rede fragmentada</b></p>	<p>As ações em saúde mental são pouco expressivas na rotina de nossa equipe. A maioria dos indivíduos em sofrimento psíquico procura a UBS principalmente para renovar receita de psicotrópicos. A rede de saúde mental de Macau/RN é construída a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o apoio do NASF - AB, ambulatórios de psiquiatria e psicologia e pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). A superlotação dos serviços e a falta de articulação entre a ESF e os demais pontos da rede de saúde mental contribuem para um cuidado fragmentado.</p>	<p>Conhecer a rede de saúde mental de Macau; Reconhecer a necessidade de maior integração entre os serviços, a fim de produzir intervenções significativas no campo da saúde mental.</p>	<p>Pretende-se melhorar a integração entre os serviços com a criação de fluxos de referência e contrarreferência.</p>
<p><b>Caracterização da assistência à Saúde da Criança na UBS Centro: desafios e potencialidades</b></p>	<p>A assistência à saúde infantil vem se modificando na nossa equipe. Antes, as crianças eram levadas ao clínico somente se apresentassem algum problema agudo, não havia espaço para consultas de puericultura na agenda do médico. Diante da necessidade de</p>	<p>Incorporação da puericultura na agenda do médico e integração da equipe na busca e no registro das informações de saúde das crianças.</p>	<p>Manter o acompanhamento infantil, de forma regular, com participação do médico; Expandir a puericultura além dos primeiros 2 anos de vida; Integrar a participação do</p>

	expandir as ações desse profissional para além do adoecimento infantil, reorganizamos a agenda de forma a reservar vagas de atendimento semanal ou quinzenal para consultas regulares de Crescimento e Desenvolvimento.		médico em atividades do Programa de Saúde na Escola.
<b>O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde</b>	As DCNT têm impacto significativo na morbimortalidade, demandando estratégias efetivas para rastreamento e controle. A UBS Centro oferece prioridade no agendamento e consultas regulares para esse grupo, garantindo a longitudinalidade do cuidado. O NASF-AB contribui principalmente com atendimentos individuais. O principal desafio é representado pela demanda excessiva que prejudica o agendamento de novas consultas e a realização regular de atividades de educação em saúde.	Reconhecer a incapacidade de responder à demanda excessiva de indivíduos com DCNT; Reconhecer a necessidade de ampliação da assistência aos indivíduos com DCNT, para além do atendimento individual.	Pretende-se criar protocolos para priorização dos indivíduos com DCNT de risco maior risco clínico-social;



---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Um programa periódico de reunião de equipe é fundamental para a melhoria da atenção e deve fazer parte da rotina dos serviços de atenção primária, uma vez que constitui elemento chave para avaliação das ações, identificação de falhas e construção de melhorias;
  - A assistência oferecida pela UBS Centro é representada principalmente pela demanda programática, buscando-se prover cuidado integral e longitudinal aos grupos prioritários, como gestantes, lactentes, portadores de DCNT e indivíduos em sofrimento psíquico; a demanda espontânea é representada basicamente por usuários que necessitam renovar suas receitas, dificultando o acesso de pacientes com queixas agudas. Observa-se a necessidade de criação de protocolos para organização do fluxo dos usuários que buscam atendimento no dia. O número excessivo de indivíduos da área adscrita prejudica de forma significativa a equipe - com sobrecarga dos profissionais - e o acesso oportuno aos atendimentos individuais;
  - Nosso grupo de gestantes – “Bebê a Bordo” – permitiu o fortalecimento do vínculo usuária-ESF e trouxe melhorias na assistência pré-natal, propiciando um aumento na assiduidade das consultas, maior participação dos companheiros e redução do sedentarismo. Também é corresponsável pelo sucesso das consultas de puericultura;
  - A rede de saúde mental de Macau/RN é construída a partir das Unidades Básicas de Saúde, NASF - AB, ambulatórios de psiquiatria e pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). A falta de articulação entre a ESF e os demais pontos da rede propicia um cuidado fragmentado, dificultando a assistência integral ao paciente em sofrimento mental. A construção de fluxos de contrarreferência pode amenizar esse problema. Da mesma forma, a demanda excessiva traz a superlotação dos serviços e prejudica a assistência aos usuários;
  - A assistência à saúde infantil deve ser ampliada para além do adoecimento infantil, de forma que o acompanhamento regular de CeD também é dever do médico. Reconhecemos a necessidade de expandir a puericultura além dos primeiros 2 anos de vida e promover maior integrar com o PSE;
-

- 
- A UBS Centro oferece prioridade no agendamento para portadores de DCNT, garantindo a longitudinalidade do cuidado. O principal desafio é representado pela demanda excessiva que prejudica o acompanhamento periódico – em intervalos oportunos - e a realização regular de atividades de educação em saúde.
  - As microintervenções realizadas até o presente momento serviram, especialmente, para superar a visão “medicocêntrica” historicamente construída no imaginário da equipe e da comunidade. Acredito que a partir de agora se perceberá a atuação do médico como mais um membro colaborativo do processo de planejamento e não apenas um profissional voltado, exclusivamente, para o atendimento clínico individual e a medicalização.
- 
-

---

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, 32)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- BAUMGUERTNER, K.G.; CRUZ, R.A. Os programas dirigidos à saúde da mulher na Estratégia de saúde da Família – ESF. Revista UNINGÁ, Maringá – PR, n.36, p.167-180, 2013.
- CRUZ, M.L.S. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psic. Rev.** São Paulo, v. 17, n.1, p.161-183. 2008.
- FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1869-1878. 2015
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, Sept. 2013
- SANTOS, E.G. SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p 238-246, 2010.
- MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 2017.
- 
-



---

## APÊNDICES

[Inclua seus apêndices aqui]

---

---

---

## ANEXOS

---

---

---

[Inclua seus anexos aqui]

---

---

