



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

**MICROINTERVENÇÕES IMPLANTADAS NO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA**  
**EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II NO MUNICÍPIO DE**  
**SERRA DO MEL/RN**

**ERILÇO ACACIO FIDELIS PEREIRA DOS SANTOS**

---

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

---

---

**MICROINTERVENÇÕES IMPLANTADAS NO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA  
EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II NO MUNICÍPIO DE  
SERRA DO MEL/RN**

ERILÇO ACACIO FIDELIS PEREIRA DOS SANTOS

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.

ISAAC ALENCAR PINTO





---

## **RESUMO**

Foram elaboradas seis microintervenções no território de atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel/RN, no período de abril a setembro de 2018. Cada uma das microintervenções foi desenvolvida pela equipe de ESF II, no decorrer de cada módulo do Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade a distância do PEPSUS da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), contendo ações prioritárias relacionadas ao conteúdo de cada um dos respectivos módulos, com o objetivo de modificar a realidade existente no território de atuação da equipe da atenção primária à saúde, adequando-a ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB). Apesar de todas as seis microintervenções terem sido produzidas no decorrer de seus respectivos módulos e estarem prontas para serem implementadas ao final de cada um deles, nem todas elas foram executadas até esse momento. De um total de seis microintervenções, três foram implantadas totalmente; duas foram implantadas parcialmente e uma não foi implantada. Tal fato ocorreu devido a grande dispersão territorial que a área de abrangência da equipe de ESF II apresenta e, principalmente, pela ausência de empenho e/ou falta de condições financeiras da gestão municipal, que não forneceu o material, apesar do mesmo ser de baixo custo, nem os profissionais do NASF, necessários para a efetivação das referidas microintervenções.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Especialização; Atenção Primária à Saúde

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	06
CAPÍTULO I.....	08
CAPÍTULO II.....	12
CAPÍTULO III.....	16
CAPÍTULO IV.....	20
CAPÍTULO V.....	28
CAPÍTULO VI.....	32
CAPÍTULO VII.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES.....	48
APÊNDICE 1.....	48

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

Esse presente trabalho disserta sobre o conjunto de seis relatos de experiências, construídos a partir das microintervenções que foram elaboradas no decorrer de seis módulos, do Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade a distância do PEPSUS da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), baseadas nos conteúdos que cada um dos referidos módulos continha.

As microintervenções foram desenvolvidas no território de atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel/RN, no período de abril a setembro de 2018. A área de abrangência da equipe de ESF II apresenta uma grande dispersão territorial, é formado por oito microáreas, cada microárea corresponde a uma agrovila, que ficam localizadas a cinco quilômetros de distancia umas das outras, sendo a mais perto localizada a cinco quilômetros da sede do Município e a mais distante localizada a trinta quilômetros de distancia da sede do Município. A população adscrita compreende 2.318 pessoas e a equipe de saúde é formada por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. O autor deste trabalho é médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, lotado município de Serra do Mel/RN, formado há 25 anos, pela UFRN, trabalha em estratégia de saúde da família há 20 anos, especialista em saúde da família, há 18 anos, pela UFRN e acredita que a ESF é a melhor forma de desenvolver as ações de atenção em saúde no território da Atenção Básica (AB) do SUS. Esse autor entende que as microintervenções, quando implementadas adequadamente, têm grande potencial para melhorar o atendimento prestado aos usuários, pois são capazes de ofertar de um trabalho de qualidade tanto para quem presta como também para quem recebe, contribuindo assim para a melhoria e a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde na atenção básica.

As microintervenções são ações importantes relacionadas ao conteúdo de cada um dos módulos do PEPSUS e foram planejadas pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), para serem executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o objetivo de modificar a realidade existente no território de atuação

---

---

da mesma, adequar os serviços de saúde na atenção básica ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), aumentando assim a satisfação da população adscrita e reforçando conseqüentemente o vínculo entre ela e a equipe da ESF II.

---

---



---

## **CAPÍTULO I: Monitoramento da média de atendimentos médicos e de enfermagem, da equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN.**

Toda equipe da Estratégia de Saúde da Família II, do Município de Serra do Mel-RN, foi convocada para participar de uma reunião que correu às 08:00 horas do dia 18 de abril de 2018, no Centro de Consultas Especializadas, da Secretaria Municipal de Saúde, do referido Município, com o objetivo de responder ao Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), construir uma Matriz de Intervenção para um dos problemas que atingisse uma pontuação igual ou inferior a cinco para o alcance do padrão padronizado e, finalmente, construir um instrumento para monitorar os Indicadores de Desempenho na Unidade de Saúde das nossas Unidades Básicas de Saúde.

Apesar de ter sido informado que a participação de todos os membros da equipe era imprescindível para a realização dessa tarefa, três Agentes Comunitários de Saúde não compareceram a reunião, provavelmente tal fato ocorreu devido ao péssimo estado das estradas de terra, em consequência das fortes chuvas ocorridas recentemente na região.

A intenção inicial da equipe era responder ao AMAQ, construir a Matriz de Intervenção e construir o instrumento para monitorar os Indicadores de Desempenho na Unidade de Saúde em um único dia, entretanto, como todos os Agentes Comunitários de Saúde moram em agrovilas localizadas na zona rural e o número de padrões para serem avaliados era muito grande, chegou-se a conclusão que não haveria tempo hábil para realizar todas essas tarefas em apenas um dia e ficou decidido, então, executá-las em dois dias.

No dia 18 de abril de 2018 a equipe respondeu ao AMAQ, de tal forma, que todos participantes puderam dar sua contribuição para pontuação que foi atribuída a cada um dos padrões avaliados.

A segunda reunião ocorreu às 08:00 horas, do dia 20 de abril de 2018, na sede do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Serra do Mel (SINDIMEL), na qual foi realizada uma lista de todos os problemas que tiveram uma pontuação igual ou inferior a cinco para o alcance do padrão preconizado. Entre os referidos problemas, o que foi considerado prioritário e que também era viável de ser modificado pela equipe utilizando os instrumentos disponíveis, sem

---

---

encaminhar as instancias superiores, foi o problema “A equipe não realiza reuniões periódicas”. A Matriz de Intervenção foi construída utilizando-se o instrumento encontrado no final do livro da AMAQ.

Em seguida, a equipe passou a discutir sobre a forma de como os registros são realizados nas Unidades Básicas de Saúde e como os Indicadores de Desempenho na Unidade de Saúde são monitorados. A digitação das fichas de CDS não ocorre nas nossas UBS, mas sim na Secretaria Municipal de Saúde para onde são levadas todas as fichas do e-SUS e também não existe prontuário eletrônico, mas os registros são realizados nos livros de agendamento, entretanto nenhum dos referidos indicadores é monitorado.

Após analisarmos os indicadores de desempenho pactuados no PMAQ, chegamos a conclusão que o Indicador de Desempenho na Unidade de Saúde mais viável para ser monitorizado nas nossas UBS e que trará maior visibilidade do nosso trabalho junto a população adscrita é a média de atendimentos de médicos e de enfermeiros por habitante.

Esse indicador corresponde ao número médio de consultas médicas e de enfermagem realizadas por residente cadastrado na área de abrangência da equipe de ESF em um determinado período de tempo. Ele mostra se quantidade deste tipo de consulta efetuada por habitante, ou seja, individual, está sendo suficiente para atender às necessidades da população adscrita. Na sua elaboração são utilizados todos os tipos de consultas, ou seja, cuidado continuado, demanda agendada, demanda espontânea, urgência e emergência. Seu cálculo é realizado dividindo-se o número total de consultas médicas ou de enfermagem, em determinado local e período, pela população residente cadastrada no mesmo local e período. Durante nosso monitoramento, será feito um cálculo para cada agrovila, de tal modo que, cada uma das oito UBS terá seu próprio Indicador de Desempenho.

O monitoramento será realizado a partir dos registros dos livros de agendamentos da equipe e o instrumento utilizado será um painel de indicadores, feito com cartolina, com o número de atendimentos realizados pelo médico e pelo enfermeiro, mês a mês, fixado na sala de situação da UBS de cada agrovila, permitindo assim, o acompanhamento do referido indicador tanto pela equipe da ESF, como também, pela população adscrita.

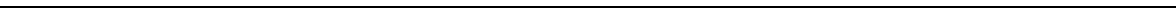
---

---

Com o acompanhamento desse indicador, esperamos criar uma cultura de autoavaliação contínua das ações da nossa equipe, na nossa área de abrangência, identificado e corrigindo os problemas encontrados, através da participação da população adscrita e da gestão municipal, contribuindo assim para a melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde prestados pela equipe da ESF II, no Município de Serra do Mel-RN.

---

---



---

## **CAPÍTULO II: Implantação do acesso avançado, na equipe de ESF II do município de Serra do Mel-RN.**

A área de abrangência da Equipe de Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel - RN , apresenta uma área de grande dispersão territorial e o trabalho na Atenção Básica é realizado em Unidades Básicas de Saúde que funcionam apenas durante um expediente, período no qual são realizadas as consultas ambulatoriais do médico ou do enfermeiro, uma vez que as UBS só possuem um consultório indiferenciado, não possibilitando, portanto, a realização dos atendimentos médico e de enfermagem simultaneamente.

O território de atuação da equipe é formado por oito microáreas, cada microárea corresponde a uma agrovila, que fica localizada a cinco quilômetros de distancia uma da outra, sendo a mais perto localizada a cinco quilômetros da sede do Município e a mais distante localizada a trinta quilômetros de distancia da sede do Município. Elas são separadas, uma da outra, por estradas de terra precárias, o que faz com que o tempo de deslocamento entre elas seja demorado, inviabilizando, assim, o atendimento de mais de uma agrovila em um mesmo dia. A população adscrita compreende 2.318 pessoas e equipe de saúde é formada por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde.

Como a Equipe de Atenção Básica só tem condições de se deslocar para uma microárea a cada dia, cada agrovila só é assistida uma vez a cada quinze dias, ou seja, duas vezes por mês. Entretanto, devido ao grande número de feriados nacionais, estaduais, municipais, pontos facultativos e imprevistos, é comum ocorrer o atendimento apenas uma vez no mês.

No dia de atendimento de cada agrovila, são realizados todos os tipos de consultas, isto é, cuidado continuado, visitas domiciliares, demanda programada, demanda espontânea, urgências e emergências. O acolhimento de toda essa demanda é realizado pelo agente comunitário de saúde da agrovila e pela técnica de enfermagem durante todo o período de funcionamento da UBS, os quais acumulam essa função com o preenchimento dos prontuários, a verificação dos sinais vitais e a classificação de risco. O enfermeiro participa desse processo, pois vai fazer o atendimento em outra agrovila próxima.

---

---

Diante dessa realidade, em que é imperioso que toda a demanda seja atendida em um único expediente, a equipe decidiu que a implantação do acesso avançado seria uma alternativa para otimizar o tempo do expediente, melhorando, conseqüentemente, a qualidade do atendimento prestado a população adscrita.

O Acesso Avançado (AA) é um sistema moderno de agendamento médico que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelo médico no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde. Diversos Sistemas Nacionais de Saúde no mundo, tais como Canadá e Inglaterra, por exemplo, implementaram o acesso avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de melhorar o acesso das pessoas aos cuidados em saúde. O Acesso Avançado tem como objetivos diminuir o tempo de espera por uma consulta médica, diminuir o número de faltas às consultas médicas e aumentar o número de atendimentos médicos da população. Equipes de Saúde da Família, estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde como formas de orientação da Atenção Primária no Brasil têm utilizado esse novo sistema com tais objetivos (VIDAL, 2013, p.8).

O acesso avançado consiste, principalmente, em aproveitar melhor o tempo do expediente com o objetivo de atender um maior número de usuários, algo que já fazíamos antes, porém, de forma desordenada, então resolvemos adotar algumas medidas para organizarmos nosso processo de trabalho, visando maximizar o tempo que dispomos para atendermos a nossa população adscrita.

Inicialmente começamos a aproveitar o momento das consultas de demanda espontânea para realizar também as consultas de cuidado continuado, como por exemplo, hipertensos, diabéticos, saúde mental, saúde da criança e saúde da mulher, evitando assim que os pacientes tivessem que voltar posteriormente para a realização de mais uma consulta agendada.

Passamos também a compartilhar as tarefas burocráticas com os Agentes Comunitários de Saúde e a Técnica de Enfermagem, de acordo com a capacidade de resolução de cada um, como por exemplo, realização de orientações e o preenchimento dos formulários de mamografia, para que o médico ou o enfermeiro tivesse mais tempo para realizar os atendimentos específicos da sua profissão, ampliando a parceria entre todos os membros da equipe e aumentando, conseqüentemente, a resolutividade de toda a equipe de Estratégia de Saúde da Família.

---

---

Outra ação importante foi a implantação do uso de aplicativo de celular (WhatsApp) para troca de mensagens objetivando a realização da comunicação entre a equipe e os usuários, através da criação de grupos específicos da ESF II em cada agrovila, bem como a utilização dos grupos de WhatsApp dos equipamentos sociais já existentes no nosso território de abrangência.

A potencialidade mais importante foi o compromisso da equipe em participar desse projeto, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde, que tiveram que arcar com mais uma tarefa.

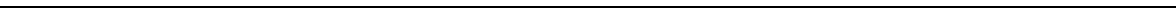
Com relação às fragilidades encontradas durante a implantação do acesso avançado, podemos citar a dificuldade de reunir todos os membros da equipe, uma vez que todos os agentes comunitários de saúde moram em agrovilas localizadas na zona rural, e principalmente a impossibilidade de incluir a participação do enfermeiro nesse processo, devido à falta de espaço físico, pois as Unidades Básicas de Saúde das agrovilas são compostas por uma infraestrutura mínima, ou seja, uma área de recepção, uma sala de preparo, um consultório indiferenciado, um banheiro público e um depósito de material de limpeza.

Entre as medidas adotadas, a que mais agradou aos usuários foi a criação dos grupos de WhatsApp, pois, além de ser uma novidade, permite que o mesmos possam se comunicar com todos os membros da equipe de saúde sempre que precisarem.

Com a implantação do acesso avançado, esperamos melhorar o atendimento prestado aos usuários, através da oferta de um trabalho de qualidade tanto para quem presta como para quem recebe, aumentando a satisfação da população adscrita e reforçando o vínculo entre ela e a equipe da ESF II, no Município de Serra do Mel-RN. Entretanto teremos que esperar ainda algum tempo para que os resultados das ações implementadas possam produzir os efeitos potencialmente esperados

---

---





---

### **CAPÍTULO III: Implantação da consulta puerperal de rotina, na equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN.**

Anteriormente, no território de atuação da Equipe de Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel-RN, a visita puerperal só era realizada quando solicitada pela paciente, o que ocorria geralmente devido ao surgimento de alguma intercorrência e/ou doença relacionada à puérpera e/ou ao recém-nascido, ou seja, era uma ação curativa.

Devido a grande importância que a consulta puerperal tem tanto para a mãe, como também, para a criança, a equipe resolveu implantar a visita puerperal de rotina na nossa área de abrangência, com o objetivo de encerrar o pré-natal, melhorar a assistência dada a mãe, assim como, a criança e reforçar o vínculo entre a equipe e a população adscrita.

Os objetivos da consulta puerperal são: avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; avaliar interação da mãe com o recém-nascido; Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; orientar e apoiar a família para a amamentação; orientar os cuidados básicos com o recém-nascido e orientar o planejamento familiar. (BRASIL, 2005, p.80).

A Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) foi proposta pela Rede Cegonha e consiste na realização da visita puerperal, que deve ser efetuada pela equipe de estratégia de saúde da família nos primeiros sete dias após o parto. Ela deve ser feita à puérpera e ao recém-nascido com o objetivo de verificar as condições de saúde da mãe e da criança, bem como, de proporcionar ações preventivas que contribuem para a redução da mortalidade infantil (COBUCCI, 2017).

As ações que devem ser desenvolvidas durante a visita puerperal são relacionadas à mãe, como também, ao recém-nascido e estão enumeradas no Capítulo 12: Atenção no Puerpério, do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e na Unidade 4: Assistência Humanizada ao Puerpério, do Módulo 6: Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério, do PEPSUS (COBUCCI, 2017).

Entre elas, podemos citar o exame físico da mãe e da criança, a situação vacinal de ambos, a observação da formação do vínculo entre a mãe e o bebê, o

---

---

diagnóstico precoce de possíveis intercorrência e/ou doenças, com seus respectivos tratamentos, o estímulo ao aleitamentos materno exclusivo até o sexto mês de vida, a orientação sobre a anticoncepção durante, pelo menos, dois anos (BRASIL, 2005; COBUCCI, 2017).

Inicialmente começamos a enfatizar, durante as consultas de pré-natal, a importância que a paciente tem de fazer a consulta puerperal, orientação que passou também a ser realizada, durante as visitas domiciliares, pelos agentes comunitários de saúde.

Ao mesmo tempo, passamos a realizar a visita puerperal, rotineiramente, nos primeiros sete dias após o parto, sendo feita pelo agente comunitário de saúde de sua respectiva microárea, juntamente com o médico ou o enfermeiro, dependendo de qual dos dois estava fazendo o atendimento na agrovila durante a referida semana, uma vez que as UBS só possuem um consultório indiferenciado, não possibilitando, portanto, a realização dos atendimentos médico e de enfermagem mesmo dia.

Entre as potencialidades, podemos mencionar, o compromisso da equipe em realizar a visita puerperal, tal como, sua boa aceitação por parte das puérperas e seus familiares.

Com relação às fragilidades encontradas, podemos citar mais uma vez a dificuldade de reunir todos os membros da equipe, uma vez que todos os agentes comunitários de saúde moram em agrovilas localizadas na zona rural e também aos imprevistos que impedem que o médico e/ou o enfermeiro estejam presentes na microárea nessa primeira semana após o parto, como, por exemplo, feriados, quebra do carro que transporta a equipe para as agrovilas e doenças de membros da equipe.

Atualmente, após a implantação da visita puerperal, realizada de forma rotineira, independentemente da sua solicitação pela puérpera ou do surgimento de uma intercorrência e/ou doença, a mesma deixou de ser uma ação curativa e passou a ser uma ação preventiva, o que está de acordo com a segunda diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS): atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (SAMPAIO, 2017).

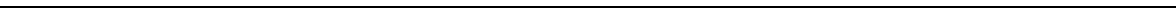
---

---

Com a Implantação da consulta puerperal de rotina, no território de abrangência da equipe da ESF II, no Município de Serra do Mel-RN, esperamos aumentar o vínculo da equipe com a puérpera, o recém-nascido e também com seus familiares, reforçando o compromisso da continuidade do acompanhamento de toda a família após esse período, assim como, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal na nossa área de atuação.

---

---



---

#### **CAPÍTULO IV: Atenção à saúde mental na equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN.**

No território de atuação da Equipe de Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel-RN, é grande o número de pacientes com transtornos mentais, que tem como tratamento, quase que exclusivo, o uso crônico de medicamentos psiquiátricos.

Atualmente, as ações de saúde mental realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), limitam-se as renovações das receitas prescritas pelos psiquiatras e aos encaminhamentos dos pacientes descompensados aos serviços de maior complexidade, apresentando, portanto, baixa resolutividade.

A equipe de saúde mental do Município é composta por um psiquiatra e uma psicóloga, que realizam as ações ambulatoriais uma vez por semana. O psiquiatra trabalha nos dias de segunda feira pela manhã e a psicóloga nos dias de terça feira, também pela manhã. Ambos atendem, semanalmente, doze pacientes referenciados pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Infelizmente estes profissionais não fazem as contrarreferências, o que impede o seguimento adequado dos pacientes na Atenção Básica, fazendo com que, muitas vezes, sejam prescritos medicamentos desnecessários ou mesmo ineficazes.

Os pacientes que estão em crise, e necessitam de atendimento de urgência e emergência psiquiátrica, são encaminhados, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), à Unidade Mista de Saúde Dr. Silvio Romero de Lucena, localizada em Serra do Mel, que por não apresentar enfermarias psiquiátricas e, conseqüentemente, não ter condições de realizar intervenção nos referidos pacientes, os referenciam as enfermarias psiquiátricas do Hospital Regional Dr. Tarcísio Maia, localizado em Mossoró, ou aos leitos psiquiátricos do Hospital Psiquiátrico São Camilo de Lellis, também localizado em Mossoró.

O Município não possui Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois apresenta uma população de aproximadamente de 12.000 habitantes, portanto abaixo dos 20.000 habitantes necessários para ser contemplado com o CAPS I.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) existente no Município é do tipo NASF 2 e é composta por cinco profissionais (Assistente Social, Educador Físico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista), sendo que nenhum dos

---

---

integrantes dessa equipe desenvolve ações de saúde mental e, segundo eles, não têm capacidade de oferecer apoio matricial em Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Além de não contar com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nem com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) desenvolvendo ações de saúde mental, o Município também não possui outros serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental, como, por exemplo, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, equipes matriciais de apoio, hospitais-dia, oficinas terapêuticas e de geração de renda e serviços residenciais terapêuticos. Também não dispõe de alternativas terapêuticas, como grupos de arteterapia, grupos de crianças, grupos de remédio, grupos de sala de espera, grupos de teatro, grupos de terapia comunitária e oficinas terapêuticas.

Os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família não recebem capacitação em saúde mental, nem contam com o suporte de equipes de referência ou de equipes de Apoio Matricial.

Foi nesse contexto, de ausência de serviços e dispositivos substitutivos em Saúde Mental, assim como de alternativas terapêuticas e de equipes de apoio matricial, que foi realizada a microintervenção do Módulo 7: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), do Programa Mais Médicos (PMM).

O psiquiatra e a psicóloga que realizam as ações de saúde mental no Município de Serra do Mel-RN, foram convocados para participar da reunião de rotina da equipe de Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), que seria realizada às 08:00 horas do dia 29 de junho de 2018, no Centro de Consultas Especializadas, da Secretaria Municipal de Saúde, do referido Município, com o objetivo colaborar com a realização da microintervenção. Infelizmente tal reunião não ocorreu, pois nessa data, o Prefeito do Município decretou ponto facultativo em função do dia de São Pedro, como também o fez no dia 02 de julho de 2018, em função do jogo da Seleção Brasileira de futebol na Copa do Mundo.

Após várias tentativas, a reunião de rotina da equipe de ESF II finalmente foi realizada às 08:00 horas do dia 09 de julho de 2018. O psiquiatra não compareceu a referida reunião, pois tinha um compromisso previamente agendado, assim como também não compareceram a psicóloga e o enfermeiro da

---

---

equipe de ESF II que estavam de férias. Durante essa reunião foram apresentadas, aos membros da equipe de ESF II, as etapas da atividade da microintervenção.

A etapa 1 da microintervenção consistiu na construção de um instrumento que permitisse o registro dos usuários em uso crônico medicamentos de saúde mental (ansiolíticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, antipsicóticos e estabilizadores de humor), assim como dos usuários que apresentam os casos mais graves em sofrimento psíquico e dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Também faz parte dessa etapa a construção de um instrumento para registrar as referências e as contrarreferências dos encaminhamentos realizados. Tais instrumentos são importantes, pois serão solicitados durante a entrevista de avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ).

O registro dos usuários em uso crônico medicamentos de saúde mental já é realizado pela equipe de atenção básica em um livro de registro, no qual consta a data de comparecimento, o nome do paciente, o número do prontuário, o endereço (vila), a idade, o número do cartão SUS, o nome do medicamento e o nome do médico que os prescreveu. Este instrumento também é utilizado para realizar o acompanhamento e a avaliação dos casos, assim como a redução das doses dos medicamentos.

O registro dos usuários que apresentam os casos mais graves em sofrimento psíquico, dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, assim como, das referências e as contrarreferências dos encaminhamentos realizados, será feito também em livros de registro semelhantes ao utilizado para o registro dos usuários em uso crônico medicamentos de saúde mental, nos quais será substituído apenas o nome do medicamento. No livro que será destinado ao registro dos casos mais graves em sofrimento psíquico ele será substituído pelo diagnóstico dos usuários. No livro, no qual serão registrados os usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, ele será substituído pelo nome da substância que provoca dependência química. No livro onde serão registrados os pacientes

---

---

encaminhados, ele será substituído pelas palavras referência ou contrarreferência.

Registro dos usuários em uso crônico medicamentos de saúde mental.

Data	Paciente	Prontuário	Vila	Idade	Cartão SUS	Medicamento	Médico
------	----------	------------	------	-------	------------	-------------	--------

Registro dos casos mais graves em sofrimento psíquico.

Data	Paciente	Prontuário	Vila	Idade	Cartão SUS	Diagnóstico	Médico
------	----------	------------	------	-------	------------	-------------	--------

Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Data	Paciente	Prontuário	Vila	Idade	Cartão SUS	Substância	Médico
------	----------	------------	------	-------	------------	------------	--------

Registro dos pacientes encaminhados

Data	Paciente	Prontuário	Vila	Idade	Cartão SUS	Referência	Médico
------	----------	------------	------	-------	------------	------------	--------

A etapa 2 da microintervenção consistiu na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para um paciente do nosso território de atuação que estava necessitando de uma atenção integral em saúde mental.

Em função da ausência de equipe multidisciplinar, de equipes de referência e de equipes de apoio matricial que pudessem colaborar com a construção do referido Projeto Terapêutico Singular (PTS), foi necessário cursar o módulo de Clínica Ampliada e Apoio Matricial, do PEPSUS, antes de iniciar essa tarefa.

O projeto terapêutico singular consiste num tipo de tratamento voltado para as necessidades individuais (singulares) de cada paciente, levando-se em conta não só suas patologias, mas também as relações entre as mesmas e os contextos socioeconômico, familiares e ambientais, nos quais o paciente está inserido. O PTS deve ser pensado considerando-se que será necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar para sua construção e/ou execução e/ou avaliação/reavaliação, pois ele envolve várias áreas de conhecimentos e não

---



---

tem um tempo definido de duração, podendo levar meses ou mesmo anos, não podendo, portanto, ficar restrito a apenas a equipe de ESF.

Entre os pacientes da nossa área de abrangência que estava necessitando de uma atenção integral em saúde mental, foi escolhida para a construção do PTS, a paciente ECF, sexo feminino, 39 anos, solteira, beneficiária do INSS, moradora na Vila Paraíba. A mesma foi selecionada por ser a usuária do nosso território de atuação que há mais tempo estava fazendo tratamento para transtorno mental.

No dia 11 de Julho de 2018, a equipe da ESF II compareceu a Vila Paraíba, para uma realização de uma visita in loco, necessária para a primeira etapa do PTS que é **o diagnóstico situacional**. Inicialmente foi explicado a paciente e sua família o que era o PTS. Em seguida foi realizada a anamnese, com maior ênfase no transtorno mental da paciente, mas considerando-se também, as outras patologias que a mesma poderia apresentar.

Durante essa etapa foi identificada a esquizofrenia paranoide, patologia que já vem sendo controlada de forma adequada, dentro das possibilidades disponíveis no Município, pela equipe de saúde mental, tanto através de seções de psicoterapia, como também através do uso de medicamentos (clorpromazina, fluoxetina, haloperidol e olanzapina) e da arteterapia (crochê). Ao longo de todo o período de sua doença, a participação de seus familiares no seu tratamento sempre foi fundamental, apoiando-a e auxiliando-a em todos os momentos, inclusive durante as crises, nas quais nunca foi permitido o seu internamento em hospitais psiquiátricos. Nessa fase também foram identificadas outras patologias, como cáries dentárias, deficiência auditiva, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidade e sedentarismo, algumas das quais podem contribuir para o surgimento de doenças cardíacas no futuro.

No dia 16 de Julho de 2018, a equipe da ESF II se reuniu com o objetivo de realizar a segunda (**definição de objetivos e metas**) e a terceira (**divisão de tarefas e responsabilidades**) etapas do PTS. A definição dos objetivos e metas, assim como a divisão das tarefas e responsabilidades estão listadas na tabela abaixo:

---

---

PATOLOGIA	OBJETIVOS E METAS	RESPONSÁVEIS
Esquizofrenia Paranoide	Manutenção do tratamento	Psiquiatra e Psicóloga
Cáries Dentárias	Tratamento odontológico	Odontólogo do município
Deficiência Auditiva	Atenuação da surdez	Otorrinolaringologista
Diabetes Mellitus Tipo 2	Controlar a glicemia	Médico da ESF II
Dislipidemia	Controlar os lipídios	Médico da ESF II
Obesidade	Realizar dieta adequada	Nutricionista do NASF
Sedentarismo.	Realizar atividade física	Educador Físico do NASF

Deverá ser feito o encaminhamento da paciente, pelo médico da ESF II, para um dos odontólogos do município, pois não existe equipe de saúde bucal na referida equipe, como também para um otorrinolaringologista, uma vez que tal especialista não existe no município.

Ficou definido que o técnico de referência responsável pela coordenação do projeto terapêutico será a agente comunitária de saúde da Vila Paraíba, por ser o membro da equipe que possui maior vínculo com a paciente, além de ser a única que mora próxima à mesma, e portando, pode acompanhá-la diariamente, relatando para a equipe as intercorrências que venham ocorrer durante o PTS.

Para que o projeto seja realmente iniciado, será necessário que ocorra uma reunião com todos os profissionais de saúde nele envolvidos, com o objetivo de definir a disponibilidade e o cronograma de cada membro da equipe multidisciplinar, para que a execução das intervenções seja feita da melhor forma possível. Além disso, as propostas precisam ser negociadas com a paciente e sua família, a fim de que estes possam aderir de forma mais eficaz ao projeto, sugerindo, inclusive, possíveis mudanças na sua execução.

A avaliação e reavaliação do PTS poderão ser realizadas em duas ocasiões. Uma, quinzenalmente, no dia de atendimento médico na Vila Paraíba, no qual será reservado um horário específico para atender apenas a paciente juntamente com seus familiares, e outra, mensalmente, durante uma das reuniões de rotina da equipe de ESF, quando serão convidados todos os participantes da equipe multidisciplinar envolvidos no projeto. A finalidade desta etapa é verificar se as intervenções definidas no PTS apresentam-se dentro dos prazos estabelecidos e se elas estão atingindo os resultados esperados. Essas

---

---

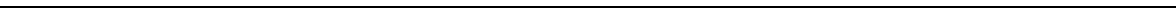
intervenções poderão ser mantidas, suspensas, modificadas ou substituídas por outras, de acordo com os resultados obtidos ao longo da evolução do projeto, levando-se sempre em conta a opinião da paciente e sua família.

Entre as potencialidades, podemos mencionar o compromisso da equipe de ESF II em construir, implantar e acompanhar o PTS, e principalmente a participação da família da paciente, que durante todo o período de sua doença sempre esteve apoiando-a e auxiliando-a em todos os momentos, principalmente durante as crises.

Com relação às fragilidades, podemos citar a incerteza com relação ao envolvimento dos profissionais do NASF no PTS, uma vez que os mesmos nunca participaram de um projeto desse tipo no município. Podemos mencionar também a dificuldade de reunir todos os participantes da equipe multidisciplinar envolvidos no projeto, pois além de trabalharem no Município em diferentes dias da semana, também desempenhem suas atividades, geralmente, em lugares distantes um dos outros e de difícil comunicação. Outra fragilidade é o pouco tempo que a equipe de ESF II tem para se dedicar ao PTS, pois ela só tem condições de visitar a agrovila uma vez a cada quinze dias, mas devidos aos imprevistos, às vezes, isso só poderá ocorrer uma vez por mês.

Ao realizarmos este Projeto Terapêutico Singular, esperamos contribuir para amenizar o sofrimento mental da paciente, melhorar seu quadro de saúde geral e aumentar sua autonomia para realizar as atividades de vida diárias e sociais, o que com certeza aumentará o vínculo da equipe não só com ela, mas também com sua família e com a comunidade na qual a mesma está inserida, estimulando outros pacientes que se encontram em situação semelhante a vislumbrarem, neste tipo de projeto, uma forma de amenizar também os seus problemas de saúde.

---



---

## **CAPÍTULO V: Atenção à saúde da criança na equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN.**

A equipe da Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel-RN, foi convocada para participar da reunião de rotina da mesma, que correu às 08:00 horas, do dia 31 de julho de 2018, na sede do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Serra do Mel (SINDIMEL). O Enfermeiro da equipe não compareceu a reunião, pois está afastado para tratamento de saúde, inicialmente por um período de três meses.

Entre as atividades desenvolvidas durante a referida reunião, foi realizada a primeira etapa da microintervenção do Módulo 8: Atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), do Programa Mais Médicos (PMM), que consistiu em responder ao Questionário para a Microintervenção, com o objetivo de verificar se a equipe de ESF II realiza as ações preconizadas para o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB, na atenção à saúde da criança, no nosso território de atuação.

As atividades voltadas para a atenção à saúde das crianças, da nossa área de abrangência, são realizadas principalmente pelo enfermeiro e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) da equipe, que encaminham para o médico as intercorrências encontradas durante as ações mencionadas.

A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento), possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território e utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento, mas não utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos, nem existe espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na nossa unidade.

Faz registros da vacinação em dia, Crescimento e Desenvolvimento, estado nutricional e teste do pezinho, mas não faz registro sobre a violência familiar, acidentes, nem acompanhamento dos casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outros serviços (CRAS e Conselho Tutelar).

Efetua busca ativa das crianças prematuras, com baixo peso, com consulta de puericultura atrasada e com calendário vacinal atrasado, entretanto, não

---

---

desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, como também não desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança.

Após respondermos ao Questionário para a Microintervenção, chegamos à conclusão que a equipe não executava nenhuma atividade considerada exitosa na atenção à saúde da criança, que pudéssemos divulgar.

Entre as ações preconizadas para o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB, que não são realizadas pela equipe atualmente, resolvemos promover o aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, no território de atuação da equipe de ESF II.

O aleitamento materno exclusivo deve ser estimulado até os 6 meses de vida, pois traz muitos benefícios para o bebê, para a mãe e também para a toda família. Para o bebê, fornece nutrição adequada, reduz o risco de doenças e consequentemente das internações hospitalares, assim como, diminui a morbimortalidade infantil. Para a mãe promove a rápida regressão do tamanho útero, diminui o risco de hemorragia uterina pós-parto, reduz o peso adquirido durante a gravidez, diminui o risco de câncer de mama e de ovário e favorece a contracepção. Para a família, aumenta vínculo entre a mãe, o bebê e a família, promove economia financeira, além de ser muito prático, pois já está pronto para ser consumido, podendo ser ordenhado e congelado para ser oferecido mais tarde ao bebê na ausência da mãe.

Com o objetivo de evitar a interrupção da amamentação exclusiva antes do sexto mês de vida, serão feitas palestras estimulando a amamentação, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da ESF II, para as gestantes, nos dias das consultas de pré-natal, e para as mães, nos dias das consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD). Essas informações também serão divulgadas para toda comunidade através dos grupos de WhatsApp da ESF II, que já existem em todas as agrovilas da nossa área de atuação.

Além disso, no dia da realização da visita puerperal, que já é feita rotineiramente, pela equipe, nos primeiros sete dias após o parto, serão executadas também as ações do 5º Dia de Saúde Integral, da mãe e do bebê,

---

---

entre as quais, serão reforçadas as orientações sobre amamentação, inclusive sobre as técnicas da ordenha manual do leite, que permitirá que o leite materno possa ser ofertado para o bebê quando a mãe estiver ausente e que também está indicada para aliviar mamas muito cheias, manter a produção de leite quando o bebê não suga bem e aumentar o volume de leite (ROCHA; MAGALHÃES; SILVA, 2017).

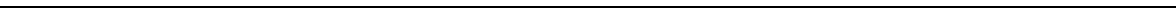
Com relação às potencialidades, podemos assinalar o compromisso dos profissionais da equipe de ESF II em realizar as ações para garantir a aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.

Entre as fragilidades, podemos registrar a redução da equipe, devido ao afastamento do enfermeiro para tratamento de saúde, que ocorrerá inicialmente por um período de três meses, ao final do qual não sabemos se o mesmo retornará a equipe. Também podemos citar a forte cultura da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, existente atualmente no nosso território de atuação, que ocorre principalmente pela adição da alimentação suplementar como, por exemplo, o leite em pó integral.

Com a execução dessas ações voltadas para a promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, esperamos garantir, para a população do nosso território de atuação, os benefícios advindos dessa prática, assegurar a continuidade do cuidado para as crianças e fortalecer o vínculo entre a equipe de ESF II e a população adscrita.

---

---





---

## **CAPÍTULO VI: Controle das doenças crônicas não transmissíveis na equipe de ESF II, do Município de Serra do Mel-RN.**

A equipe da Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel-RN, foi convocada para participar da reunião de rotina da mesma, que correu às 07:30 horas, do dia 03 de setembro de 2018, na sede do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Serra do Mel (SINDIMEL).

Durante a referida reunião, foi apresentado o enfermeiro contratado pela prefeitura para substituir o titular da equipe que está afastado para tratamento de saúde. Um assunto bastante discutido durante a reunião foi a falta de equipamentos necessários para realização das atividades diárias da equipe, como, por exemplo, o esfigmomanômetro aneroide, instrumento imprescindível para medir a pressão arterial, que está na manutenção há mais um mês, e das fitas do glicosímetro, sem as quais não é possível a verificação da glicemia.

Nessa reunião também foi feita a primeira etapa da microintervenção do Módulo 9: Controle das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), do Programa Mais Médicos (PMM), cujo tema foi “O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde”. Essa atividade consistiu em responder ao Questionário para a Microintervenção, com o objetivo de verificar se a equipe de ESF II executa as ações referentes ao controle das doenças crônicas não transmissíveis, no nosso território de atuação, que são preconizadas para o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB.

Na área de abrangência da Equipe de Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), do Município de Serra do Mel-RN, a equipe faz consulta para pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e normalmente não existe tempo de espera para a primeira consulta, pois elas são atendidas imediatamente logo após a realização do diagnóstico dessa patologia. A equipe possui cadastro de acompanhamento dos usuários com HAS no território de atuação e executa também o acompanhamento de pacientes hipertensos com diagnóstico de doença cardíaca.

---

---

Entretanto a equipe não utiliza protocolos para estratificação de risco das pessoas com hipertensão arterial, não avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários com HAS, não programa as consultas e exames de pacientes com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado, não possui registro dos hipertensos com maior risco/gravidade, não coordena a fila de espera e acompanhamento das pessoas com HAS que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção, nem possui o registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção.

No tocante a diabetes mellitus (DM), a equipe faz consulta para pacientes com essa doença e normalmente não existe tempo de espera para a primeira consulta, pois elas são atendidas imediatamente logo após a realização do diagnóstico dessa doença, a equipe também possui cadastro de acompanhamento dos usuários com DM.

Porém a equipe não possui registro dos diabéticos com maior risco/gravidade, não coordena a fila de espera e acompanhamento das pessoas com DM que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção, não possui o registro dos pacientes com diabetes mellitus de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção, não programa as consultas e exames dos usuários com DM em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado, não executa exame do pé diabético periodicamente nas pessoas com diabetes, nem faz exame de fundo de olho periodicamente em pessoas portadoras de diabetes mellitus.

Quanto à obesidade, a equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos pacientes atendidos, faz o acompanhamento deles nas unidades básicas de saúde, aciona a equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento dos mesmos na UBS e também os encaminha para serviço especializado. Contudo após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), a equipe não executa nenhuma ação, não oferta ações voltadas à atividade física e à alimentação saudável, nem oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso.

---

---

Após respondermos ao Questionário para a Microintervenção, chegamos à conclusão que a equipe não realizava nenhuma atividade considerada exitosa no controle das doenças crônicas não transmissíveis no nosso território adscrito, que pudéssemos divulgar.

Entre as ações preconizadas para o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB, que não são realizadas pela equipe atualmente, decidimos fazer o registro dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus com maior risco/gravidade, assim como dos encaminhamentos dos mesmos para outros pontos de atenção. A equipe resolveu também criar grupos de apoio para os pacientes portadores de obesidade da nossa área de abrangência.

O registro dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) com maior risco/gravidade, assim como, o registro dos encaminhamentos dos mesmos para outros pontos de atenção, será realizado em um livro, no qual constará a data de comparecimento, o nome do paciente, o número do prontuário, o endereço (vila), a idade, o número do cartão SUS, o nome do patologia (HAS e/ou DM) e os encaminhamentos. Este registro é necessário, pois será solicitado durante a entrevista de avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ).

**Registro dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) com maior risco/gravidade.**

Data	Paciente	Pront.	Vila	Idade	CartãoSUS	HAS	DM	Encaminhamento

Com relação ao grupo de obesos, a equipe definiu que, devido ao nosso território de atuação apresentar uma área de grande dispersão territorial, serão criados dois grupos de apoio para os pacientes portadores de obesidade, levando-se em consideração a proximidade geográfica entre as microáreas (agrovilas) que compõem a nossa área de abrangência. Um grupo, que terá como vila polo a Vila Pará, será composto pelos usuários das Vilas Acre, Amazonas,

---

---

Maranhão e Pará, e o outro grupo, que terá como vila polo a Vila Ceará, será formado pelos pacientes das Vilas Ceará, Paraíba, Piauí e Sergipe.

Após os pacientes realizarem a avaliação antropométrica (peso e altura), será calculado o índice de massa corporal (IMC) dos mesmos utilizando-se a fórmula  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$ . Os usuários classificados como sobrepeso ( $IMC = 25 - 29.9$ ) ou como obesidade ( $IMC > 30$ ) serão encaminhados para os grupos de apoio de suas respectivas agrovilas.

As reuniões dos grupos de obesos deverão ser realizadas uma vez a cada quinze dias, em cada uma das vilas polo, e delas participarão os membros da equipe de Estratégia de Saúde da Família II (ESF II), a nutricionista e o educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os usuários participantes dos referidos grupos.

Durante esses encontros a equipe de ESF II fará a avaliação antropométrica (peso e altura), o cálculo do índice de massa corporal (IMC), a medição da circunferência abdominal, a solicitação de exames laboratoriais (lipidograma, glicemia e função hepática), a aferição da pressão arterial e o HGT.

Os profissionais do NASF oferecerão informações e ações para os pacientes que quiserem perder peso, tais como, orientação nutricional, exercícios físicos e hábitos de vida saudáveis, essas ações poderão ser ofertadas tanto de forma coletiva, como também, de forma individualizada. Nessas reuniões também serão disponibilizadas informações e ações para o controle da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes mellitus.

Entre as potencialidades, podemos registrar o compromisso dos membros da equipe de ESF II e dos profissionais do NASF em executar as ações necessárias para controlar as doenças crônicas não transmissíveis, na nossa área de abrangência.

Quanto às fragilidades, podemos assinalar a falta de compromisso da gestão municipal, pois a mesma não está fornecendo os equipamentos necessários para realização das atividades diárias da equipe, nem os livros onde já deveriam estar sendo registradas as informações que serão solicitadas durante a entrevista de avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ). Outra fragilidade é a distancia entre as agrovilas, pois apesar dos grupos terem sido criados considerando-se a proximidade

---

---

geográfica entre elas, talvez os pacientes não queiram ou não tenham transporte para se deslocar para a agrovila polo.

Com a execução dessas atividades direcionadas ao controle das doenças crônicas não transmissíveis, no território de atuação da equipe de ESF II, do Município de Serra do Mel-RN, esperamos diminuir a morbimortalidade por elas causadas, na nossa área de abrangência, assim como aumentar o vínculo entre a equipe de saúde da família, os profissionais do NASF e a nossa população adscrita.

---

---



## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Monitoramento da média de atendimentos médicos e de enfermagem, da equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN.	<p>Esse indicador corresponde ao número médio de consultas médicas e de enfermagem realizadas por residente cadastrado na área de abrangência da equipe de ESF em um determinado período de tempo. Ele mostra se quantidade deste tipo de consulta efetuada por habitante, está sendo suficiente para atender às necessidades da população adscrita. O monitoramento é realizado a partir dos registros dos livros de agendamentos da equipe e o instrumento utilizado é um painel de indicadores, com o número de atendimentos realizados pelo médico e pelo enfermeiro, fixado na sala de situação da UBS de cada agrovila, permitindo assim, o acompanhamento</p>	<p>O instrumento escolhido pela equipe para ser utilizado na realização do monitoramento da média de atendimentos médicos e de enfermagem, é um painel de indicadores, feito com cartolina, fixado na sala de situação da UBS de cada uma das oito agrovilas. Infelizmente o monitoramento desse indicador não foi implantado, pois a gestão municipal não forneceu o material necessário para a confecção dos referidos painéis, apesar dos mesmos serem de baixo custo.</p>	<p>Fornecimento, pela gestão municipal, do material necessário para confecção de oito painéis de indicadores.</p>

	do referido indicador tanto pela equipe da ESF, como também, pela população adscrita.		
Implantação do acesso avançado, na equipe de ESF II do município de Serra do Mel-RN.	<p>O acesso avançado consiste, principalmente, em aproveitar melhor o tempo do expediente com o objetivo de atender um maior número de usuários. Inicialmente começamos a aproveitar o momento das consultas de demanda espontânea para realizar também as consultas de cuidado continuado. Passamos também a compartilhar as tarefas burocráticas com os ACS e a Técnica de Enfermagem, para que o médico e o enfermeiro tenham mais tempo para realizar os atendimentos específicos da sua profissão. Outra ação importante é o uso de aplicativo de celular (WhatsApp) para troca de mensagens entre a equipe e os usuários, através da criação de</p>	<p>O acesso avançado foi implantado com sucesso. Entre as medidas adotadas, a que mais agradou aos usuários foi a criação dos grupos de WhatsApp, pois, além de ser uma novidade, permite que os mesmos possam se comunicar com todos os membros da equipe de saúde sempre que precisarem. Entretanto as estruturas físicas das UBS estão deterioradas e em algumas agrovilas a demanda continua elevada, pois o território de atuação da ESF II é formado por oito microáreas, todas não contíguas, localizadas a cinco quilômetros de distância umas das outras, o que faz com que cada microárea seja atendida, no máximo, apenas uma vez a cada</p>	<p>Conclusão da construção da UBS da Vila Maranhão. Construção de uma UBS na Vila Acre. Instalação de energia elétrica na UBS da Vila Amazonas. Instalação de água encanada em todas as UBS. Instalação de ventiladores nos consultórios indiferenciados e nas salas de preparo de todas as UBS, assim como a realização de manutenção periódica nas suas instalações físicas, hidráulicas e elétricas. Aumento da carga horária de 30 horas semanais para 40 horas semanais, com as UBS passando a funcionar os dois expedientes, durante toda a semana. Redução do número de microáreas de oito para quatro.</p>



	grupos da ESF II em cada microárea (agrovila).	quinze dias, ou seja, duas vezes por mês.	
Implantação da consulta puerperal de rotina, na equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN.	<p>Devido a grande importância que a consulta puerperal tem tanto para a mãe, como também, para a criança, a equipe resolveu implantar a visita puerperal de rotina na nossa área de abrangência, com o objetivo de encerrar o pré-natal, melhorar a assistência dada a puérpera, assim como, ao RN e reforçar o vínculo entre a equipe e a população adscrita. Começamos a enfatizar, durante as consultas de pré-natal, a importância que a paciente tem em fazer a consulta puerperal, orientação essa que passou também a ser realizada durante as visitas domiciliares. Ao mesmo tempo, passamos a realizar a visita puerperal, rotineiramente, nos primeiros sete dias após o parto, pelo ACS e pelo médico ou enfermeiro.</p>	<p>A visita puerperal de rotina foi implantada com êxito, principalmente, devido ao compromisso da equipe em realizá-la, bem como, sua boa aceitação por parte das puérperas e seus familiares. Porém o atendimento quinzenal, assim como, alguns imprevistos podem impedir que o médico e/ou o enfermeiro estejam presentes na microárea, nessa primeira semana após o parto, como, por exemplo, feriados, quebra do carro que transporta a equipe para as agrovilas e doenças dos membros da equipe, fazendo com que essa visita seja realizada apenas pelo ACS.</p>	<p>Aumento da carga horária de 30 horas semanais para 40 horas semanais, com as UBS passando a funcionar os dois expedientes, durante toda a semana. Redução do número de microáreas de oito para quatro.</p>

<p>Atenção à saúde mental na equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN.</p>	<p>Essa microintervenção foi dividida em duas etapas. A primeira etapa consistiu na construção de um instrumento que permite o registro dos usuários em uso crônico medicamentos de saúde mental, dos usuários que apresentam os casos mais graves em sofrimento psíquico e dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Também fez parte dessa etapa a construção de um instrumento para registrar as referências e as contrarreferências dos encaminhamentos realizados. A segunda etapa constitui-se na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para um paciente do nosso território de atuação que está necessitando de uma atenção integral em saúde mental.</p>	<p>Os instrumentos criados para registrar os usuários em uso crônico medicamentos de saúde mental, os usuários que apresentam os casos mais graves em sofrimento psíquico e os usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, assim como, as referências e as contrarreferências dos encaminhamentos realizados, são realizados em livros de registros, os quais ainda não foram fornecidos pela gestão municipal. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi construído, mas o acompanhamento do mesmo pela equipe multidisciplinar está comprometido, pois os profissionais do NASF no município foram demitidos e serão substituídos por uma cooperativa que será</p>	<p>Fornecimento, pela gestão municipal, dos livros, nos quais serão registrados os usuários em uso crônico medicamentos de saúde mental, os usuários que apresentam os casos mais graves em sofrimento psíquico e os usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, assim como, as referências e as contrarreferências dos encaminhamentos realizados. Contratação, pela gestão municipal, dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) necessários para completar a equipe multidisciplinar, imprescindível para fazer o acompanhamento da paciente, do nosso território de atuação, que está participando do Projeto Terapêutico Singular (PTS).</p>
---	---	--	--

		contratada pela prefeitura.	
Atenção à saúde da criança na equipe de ESF II, do município de Serra do Mel-RN	Essa microintervenção consistiu na promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, no território de atuação da equipe de ESF II, pois isso traz muitos benefícios para o bebê, para a mãe e também para a toda família. Com o objetivo de evitar a interrupção da amamentação exclusiva antes do sexto mês de vida, são feitas palestras estimulando a amamentação, para as gestantes, nos dias das consultas de pré-natal, e para as mães, nos dias das consultas do CD. Além disso, no dia da realização da visita puerperal, que já é feita rotineiramente pela equipe, são executadas também as ações do 5º Dia de Saúde Integral, da mãe e do bebê.	A promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses até o momento não foi implantado de modo efetivo, pois as palestras nem sempre são realizadas por falta de tempo, devido a grande demanda por consultas médicas e principalmente de enfermagem, uma vez que a equipe ficou vários meses sem esse profissional. Outra razão é que os mesmos imprevistos que podem impedir que o médico e/ou o enfermeiro estejam presentes na microárea para realizar a visita puerperal de rotina, também podem impedir a execução das ações do 5º Dia de Saúde Integral, da mãe e do bebê.	Aumento da carga horária de 30 horas semanais para 40 horas semanais, com as UBS passando a funcionar os dois expedientes, durante toda a semana. Redução do número de microáreas de oito para quatro.
Controle das doenças crônicas não transmissíveis	Essa microintervenção também foi dividida em 02 etapas.	Os instrumentos criados para registrar os usuários	Fornecimento, pela gestão municipal, dos livros, nos quais serão registrados os usuários portadores de HS

<p>na equipe de ESF II, do Município de Serra do Mel-RN.</p>	<p>A primeira etapa foi construção de um instrumento para registrar os usuários portadores de HS e DM com maior risco/gravidade, assim como, dos encaminhamentos dos mesmos para outros pontos de atenção.</p> <p>A segunda etapa foi a criação de dois grupos de apoio para os pacientes portadores de obesidade da nossa área de abrangência.</p> <p>As reuniões dos grupos de obesos deverão ser realizadas uma vez a cada quinze dias, em cada uma das vilas polo, e delas participarão os membros da equipe ESF II, a nutricionista do NASF, o educador físico também do NASF e os usuários participantes dos referidos grupos.</p>	<p>portadores de HS e DM com maior risco/gravidade, assim como dos encaminhamentos dos mesmos para outros pontos de atenção, são realizados em livros de registros, os quais ainda não foram fornecidos pela gestão municipal.</p> <p>As reuniões dos grupos de obesos não foram realizadas, pois necessitam da participação da nutricionista e do educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais ainda serão contratados pela prefeitura através de uma cooperativa.</p>	<p>e DM com maior risco/gravidade, assim como dos encaminhamentos dos mesmos para outros pontos de atenção.</p> <p>Contratação, pela gestão municipal, da nutricionista e do educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), necessários para a realização das reuniões dos grupos de apoio para os pacientes portadores de obesidade da nossa área de abrangência.</p>
--	--	---	---

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções que puderam ser implementadas pela equipe de ESF II, utilizando os instrumentos que a mesma tinha a sua disposição, sem necessitar da ajuda da gestão municipal, como foi o caso das microintervenções referentes aos capítulos II (Implantação do acesso avançado), III (Implantação da consulta puerperal de rotina) e V (Atenção à saúde da criança crescimento e desenvolvimento), foram executadas com êxito, modificaram a realidade do território de atuação da equipe da atenção primária à saúde e agradaram a população adscrita, apesar de apresentarem alguns problemas de continuidade devido a grande dispersão territorial, a infraestrutura precária das unidades básicas de saúde e a elevada demanda por serviços de saúde que ainda persiste em algumas microáreas.

Entretanto as microintervenções que necessitaram do envolvimento da gestão municipal para serem implantadas, através do fornecimento de material de expediente e/ou dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como as microintervenções referentes aos capítulos I (Monitoramento da média de atendimentos médicos e de enfermagem), IV (Atenção à saúde mental na atenção primária à saúde) e VI (Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde), não foram efetivadas ou foram apenas parcialmente efetivadas. Elas não foram capazes de modificar a realidade do território de atuação da equipe da atenção básica e apresentam graves problemas de continuidade.

O material necessário para confecção dos painéis de indicadores, assim os livros onde já deveriam estar sendo implantados os instrumentos criados para registrar as informações que serão solicitadas durante a entrevista de avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ) ainda não foram fornecidos. Todos os profissionais do NASF do município, necessários para fazer o acompanhamento da paciente que está participando do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e dos grupos de apoio para os pacientes portadores de obesidade, foram demitidos para serem substituídos, posteriormente, por outros contratados através de uma cooperativa.

---

---

---

Foi nesse contexto, de ausência de empenho e/ou falta de condições financeiras da administração municipal, que foi construído o plano de continuidade para o ano que vem. Esperamos que os resultados positivos obtidos com algumas das microintervenções em andamento faça com que a gestão municipal dê mais prioridade para a atenção primária à saúde, até mesmo porque o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) pode trazer mais recursos financeiros para os serviços de saúde do município de Serra do Mel/RN.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Ministério da Saúde, Brasília: 2005.

COBUCCI, Ricardo Ney Oliveira. **Módulo 6: Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério. Unidade 4: Assistência humanizada ao puerpério**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

DIAS, A. S.; SILVA, J. A. **Módulo: Clínica Ampliada e Apoio Matricial. Unidade 4: Projeto Terapêutico Singular**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

PINTO, T. R. **Módulo 7: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Unidade 3: O cuidado em Saúde Mental nos cenários da Atenção Primária em Saúde**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

ROCHA, N. S. P. D.; MAGALHÃES, M. L.; SILVA, J. A. **Módulo 8: Atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Unidade 2: O crescimento e desenvolvimento na Unidade Básica de Saúde**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

ROCHA, N. S. P. D.; MAGALHÃES, M. L.; SILVA, J. A. **Módulo 8: Atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Unidade 3: Acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

SAMPAIO, Ana Tânia. **Módulo 4: Observação na Unidade de Saúde. Unidade 1: A Unidade de Saúde no âmbito do SUS**. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

---

---

SILVA, J. A. **Módulo 7: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Unidade 2: A transformação dos paradigmas em Saúde Mental.** Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

SOUSA, L. A. A.; ESTECHE, F. F. **Módulo 9: Controle das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Unidade 2: Diabetes mellitus e obesidade.** Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

SOUSA, L. A. A.; ESTECHE, F. F. **Módulo 9: Controle das doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Unidade 3: Hipertensão arterial.** Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS): 2017.

VIDAL, T. B. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, p.8. 2013

---

---



## APÊNDICES

### APÊNDICE 1: Matriz de intervenção do capítulo I

<b>Descrição do padrão:</b> 4.15 – A equipe realiza reuniões periódicas.						
<b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:</b> A equipe não realiza reuniões periódicas.						
<b>Objetivo/meta:</b> A equipe realizar reuniões quinzenais.						
<b>Estratégias para alcançar os objetivos / metas</b>	<b>Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)</b>	<b>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazos</b>	<b>Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados</b>
Marcar as datas para a realização das	Incluir as datas das reuniões no cronograma de	Notebook impressora e papel para fazer o	Realização efetiva de reuniões quinzenais da equipe.	Enf. Eleomar	30 dias	Livro de registro de reuniões da equipe.

reuniões quinzenais da equipe.	atividades mensais da equipe.	cronograma de atividades mensais da equipe.				
Providenciar um local para a realização das reuniões.	Solicitar à coordenação da AB do Município, um local para a realização das reuniões.	Notebook impressora e papel para fazer o ofício à coordenação da AB do Município	Disponibilização, por parte da coordenação da AB do Município, de um local para a realização das reuniões.	Enf. Eleomar Med. Erilço ACS Gilliardi	30 dias	Divulgação mensal, por parte da coordenação da AB do Município, do(s) local(is) para a realização das reuniões.

---

## ANEXOS

---

---

---

[Inclua seus anexos aqui]

---

---

