



**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 – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA CATARINA MATTOS FERNANDES

**EXECUÇÃO DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS POR UM  
MÉDICO DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM UMA UBS NO  
MUNICÍPIO DE MACAPÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

---

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

---

---

ANA CATARINA MATTOS FERNANDES

**EXECUÇÃO DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS POR UM MÉDICO  
DA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

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: Cleyton César Souto Silva





---

## **RESUMO**

Através da realização das microintervenções propostas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como pré-requisito para a especialização em Saúde da Família, foi possível conhecer melhor a comunidade de abrangência e os serviços de saúde ofertados, para que projetos de melhorias pudessem ser planejados e executados. Por meio da realização do AMAQ, foi possível identificar as principais fragilidades da equipe, contornar as dificuldades enfrentadas no acolhimento e recepção da demanda espontânea, bem como criar estratégias para melhorar o atendimento em programas essenciais como pré-natal, saúde mental, atenção a criança e atendimento a portadores de doenças crônicas. Essas melhorias implementadas na equipe ESF 089 e na UBS Perpétuo Socorro possuem plano de continuidade pois tais serviços foram incorporados na rotina dos atendimentos.

**DECS:** Medicina de Família e comunidade; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica.

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	07
CAPÍTULO 1- Observação na Unidade de Saúde .....	08
CAPÍTULO 2- Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....	16
CAPÍTULO 3- Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.....	20
CAPÍTULO 4 - Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	26
CAPÍTULO 5- Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento..	31
CAPÍTULO 6 - Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde .....	35
CAPÍTULO 7 – Monitoramento e avaliação.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	43
REFERÊNCIAS .....	44
APÊNDICES .....	45

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

O projeto faz parte do pré-requisito para a conclusão da especialização médica em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e é composto por uma coletânea de seis relatos de experiência baseados nos resultados da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que motivou a idealização e execução de microintervenções com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados a sociedade.

As intervenções foram executadas na Unidade Básica de Saúde Perpétuo Socorro, localizada no município de Macapá- AP, na área de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família 089, que está inserida em zona de periferia do bairro Perpétuo Socorro, localizado próximo a região central do município. A área coberta possui aproximadamente 2000 usuários que usufruem dos serviços de saúde fornecidos por um médico, um enfermeiro, quatro técnicos de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde. Contamos também com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da localidade para a execução de ações de saúde. Essas intervenções iniciaram no mês de Janeiro de 2018, concomitante ao início das atividades do programa Mais Médicos para o Brasil.

Após 11 meses de atuação no projeto pude aprimorar na teoria e na prática meus conhecimentos sobre atenção primária em saúde e acredito que tal experiência é de grande importância na formação de um profissional cada vez mais especializado para atuar no dia a dia da atenção básica.

As microintervenções objetivavam melhorar a qualidade dos atendimentos ofertados pela equipe, bem como atuar na promoção da saúde por meio da divulgação e ampliação dos conhecimentos dos usuários sobre diversos temas relevantes na atenção básica. Tais ações foram realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, aplicação de planilhas e diversos outros métodos utilizados no decorrer das ações.

Após expor alguns objetivos e resultados do projeto, convido você, leitor, para conhecer essa experiência de forma mais detalhada e entender como as ações de microintervenção foram idealizadas, executadas e quais foram os resultados obtidos no decorrer de quase um ano de atendimento em uma UBS vinculada ao programa Mais Médicos para o Brasil.

---

---

## CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

A Constituição brasileira promulgada em outubro de 1988 estabeleceu, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo um marco histórico na transformação do modelo de saúde vigente e um incentivo para a busca de melhorias no atendimento dos pacientes (FINKELSZTEJN et al., 2009). Nesse contexto surgem propostas voltadas a criação de um sistema de saúde universal, com enfoque na promoção a saúde e prevenção de doenças. No Brasil, inventou-se algo bem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, ambas sendo usadas como sinônimo nesse contexto (MENDES, 2005).

Este modelo segue uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011). Atualmente representa a porta preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). É fundamental que a atenção básica tenha alta resolutividade, solucionando a grande maioria dos problemas de saúde, e articulando com a atenção secundária e terciária, quando necessário (BRASIL, 2015).

Porém, executar este fluxo de forma correta ainda é um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais que atuam na área da saúde. Com o passar dos anos, foram propostos diversos protocolos de encaminhamentos, e a implementação de um modelo de referencia e contrarreferência, visando triar de forma mais adequada os pacientes com necessidade e preferencia nos encaminhamentos, além de oferecer um *feedback* para o médico da atenção básica solicitante da avaliação do especialista. Entretanto, tal modelo é raramente executado na prática clínica, e o médico, na maioria das vezes fica sem ter acesso a informações e condutas oferecidas no nível secundário e terciário.

A experiência de criação e implementação de um método simples e eficaz na tentativa de organizar os registros de solicitação de exames, encaminhamentos e retornos aconteceu em uma UBS situada em Macapá, capital Estado do Amapá, realizada pela Estratégia Saúde da Família 089, que contou com a participação de toda a equipe, atualmente composta por um profissional Médico, um Enfermeiro, quatro técnicos em saúde e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa iniciativa surgiu a partir de um projeto de microintervenção proposta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte como pré-requisito para a Especialização em Medicina da Família e Comunidade,

---



---

oferecida aos médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil, no ano de 2018.

Após a realização da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ), observou-se que diversos itens obtiveram uma avaliação ruim, recebendo pontuações menores que cinco pela equipe, demonstrando a importância da realização frequente de tal instrumento para que ações de melhoria sejam incentivadas. Porém, item 4.9 foi escolhido para ser abordado no projeto de microintervenção, já que obteve pontuação zero em todas as avaliações já realizadas. Ele se refere ao registro de solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades e os retornos, presente na subdimensão K: organização do processo de trabalho, e na dimensão: educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde, extraídos do instrumento de avaliação AMAQ-2013.

Na tentativa de amenizar essa deficiência encontrada do dia a dia da atenção primária, surgiu o objetivo de registrar e monitorar todas a solicitação de exames complementares, encaminhamento à especialidades, além dos retornos, pois a equipe não tinha esse controle contínuo. Todos esses dados foram reunidos em uma matriz de intervenção (ANEXO 1), com o intuito de organizar as metas e traçar objetivos a serem cumpridos pela equipe. Uma estratégia foi criada com a finalidade de elaborar duas planilhas capazes de registrar esses dados e manter a equipe atualizada, para que se possa cobrar um *feedback* dos pacientes, saber quais exames ou avaliações de especialistas estão mais inacessíveis a eles, buscar saber o motivo da ausência de certos pacientes no período estimado para o retorno da consulta, além de diversas outras informações que poderão ser analisadas.

A planilha 1 (ANEXO 2) foi anexada no prontuário de todos os pacientes consultados a partir do dia 23 de Abril de 2018 e será frequentemente atualizada nas consultas realizadas pelo médico ou enfermeiro da equipe. Nela consta dados pessoais e espaço para preencher a data da solicitação do exame, avaliação ou retorno, bem como o resultado ou desfecho destes para acompanhamento nas consultas subsequentes.

A planilha 2 (ANEXO 3) será preenchida no decorrer de um mês de atendimento com as informações dos pacientes que se enquadraram nos critérios supracitados, e toda a equipe será responsável pela sua atualização, em especial os ACS, que terão a função de busca ativa das informações dos pacientes que não voltaram para os

---

---

retornos na atenção básica, anotando o motivo para poder ajuda-lo, além de registrar um resumo da contra-referência do especialista e as condutas tomadas nas avaliações.

Mecanismos e indicadores elaborados para avaliar o alcance dos resultados serão frequentemente analisados e a interpretação desses dados será ser mais consistente após meses de acompanhamento, para que medidas sejam elaboradas com a finalidade de melhorar o atendimento integral do usuário. Porém, após poucas semanas de implantação do referido método, já é possível exemplificar as principais dificuldades enfrentadas por alguns pacientes que necessitam de exames e de avaliações de outros profissionais.

Através dessa ferramenta desenvolvida pela equipe, é possível também analisar o indicador referente ao percentual de encaminhamentos para serviços especializados. Com essa informação será possível quantificar a resolutividade da equipe, além numerar quais áreas do conhecimento médico apresenta o maior número de encaminhamentos, o que possibilita trilhar medidas que possam melhorar o atendimento dos usuários e evitar encaminhamentos desnecessários.

A principal dificuldade enfrentada pela equipe na execução da microintervenção foi o curto prazo para a realização desse projeto, visto que dados mais fidedignos e concretos serão obtidos após meses de análise, porém algumas informações já foram coletadas e a equipe aprendeu a importância de manter as planilhas sempre atualizadas. Espera-se obter um impacto muito positivo com o resultado final desse projeto, e acredita-se que ele poderá servir de exemplo para outras equipes de ESF impactando na taxa de resolutividade da equipe e promovendo um cuidado integral e contínuo na atenção primária à saúde.

---

---

---

## **CAPÍTULO II: Acolhimento à demanda espontânea e programada**

No Brasil, o acesso às ações de saúde é um direito universal, sendo dever de todas as instâncias federativas subsidiar a qualidade e a integralidade da atenção prestada à população. Neste sentido, a descentralização proposta pelo Sistema Único de Saúde fortaleceu e ampliou a assistência oferecida nos municípios, sobretudo com o advento da Atenção Primária à Saúde (APS), como um modelo assistencial fundamentado no cuidado longitudinal e na ampliação do acesso (SOUZA, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é capaz de provocar mudanças nas práticas, com superioridade em comparação aos modelos tradicionais, impactando na saúde da população. Nessa perspectiva a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve genericamente características comuns e atribuições específicas de cada trabalhador das Equipes de Saúde da Família (EqSF) para orientação de práticas assistenciais integrais (SANTOS, 2012)

Campos et al.<sup>7</sup>, sintetizam diretrizes para que a ESF cumpra seu papel de: acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade (visita domiciliar e análise do território adscrito); clínica ampliada e compartilhada com usuários (dimensão biológica, subjetiva e social); saúde coletiva (prevenção e promoção no território) e participação social (inserção da equipe na comunidade e organização dos serviços com usuários).

A robustez nas práticas assistenciais sinaliza o quanto elas ampliam o escopo do cuidado, na perspectiva de práticas integrais, ou seja, o quanto as ações das ESF dão conta de acolher a demanda organizada, permanecendo aberta a demanda espontânea, produzindo atividades clínicas direcionadas às pessoas em diferentes fases da vida e com distintas necessidades de saúde, comportando ações individuais e coletivas, não restritas à unidade de saúde da família (USF), compartilhando o cuidado entre os diferentes membros da equipe, além de envolver-se com questões de planejamento, gestão e educação permanente (SANTOS. 2012).

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. Porém, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidade. É uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre

---

---

trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2011).

Aplicar na prática da Atenção Básica o acolhimento adequado aos pacientes ainda é um desafio para as equipes da Estratégia Saúde da Família. A demora no agendamento e atendimento de consultas na APS e o não atendimento da demanda espontânea constituem nos principais fatores para a baixa satisfação dos usuários com a APS. A humanização do cuidado também repercutiu para a qualidade da atenção à saúde. Quando o usuário não se sentiu acolhido e ouvido, e nem ao menos foi submetido ao exame físico, avaliou mal o cuidado recebido (GOMIDE, MARIANA FIGUEIREDO SOUZA ET AL, 2017).

O não atendimento aos usuários que procuram a APS vai contra os princípios do SUS, que pregam o acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do modelo de assistência (DIAS, 2016). Acolher, no contexto dos serviços de saúde, é “receber bem”, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Deve ser realizada por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado (PAIDÉIA, 2001).

Na tentativa de amenizar essa deficiência encontrada do dia a dia do acolhimento à demanda espontânea, a equipe de ESF 089, atuante na UBS Perpétuo Socorro, localizada no município de Macapá resolveu, após algumas reuniões, aprimorar os serviços oferecidos em busca de um atendimento melhor para os seus usuários. Tal abordagem foi incentivada pelo projeto de microintervenção proposto pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como pré requisito para o curso de especialização em Saúde da Família, aos médicos participantes do programa Mais Médicos para o Brasil.

Após discussões com todos os membros da equipe e análise do perfil quantitativo da demanda espontânea, foi observado que um número pouco expressivo de pacientes procurou esse serviço nos últimos cinco meses, concluindo que esse tipo de atendimento é bastante deficiente na ESF 089. Porém, não se atribui esse resultado negativo a falta de preparo técnico da equipe, pois todos os membros já realizaram diversos cursos de capacitação previamente, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Macapá. Todos os integrantes da possuem conhecimento da importância de executar esse serviço de forma adequada, além de estarem aptos para realizarem o primeiro contato, triagem, coleta e análise de informações e encaminhamento do paciente para o desfecho necessário, seguindo o fluxo proposto pelo Ministério da Saúde.

---

---

Para iniciar qualquer projeto de melhorias, foi necessário entender o motivo dessa baixa adesão, sendo proposta uma pequena intervenção na área, com o intuito de esclarecer essa dúvida e poder trilhar uma estratégia para solucionar tal problema. Foi realizada uma busca ativa de dados, por meio de entrevistas informais entre as consultas, nas visitas domiciliares e ações em saúde realizadas no decorrer de quatro semanas consecutivas. Todos os membros da equipe foram responsáveis por coletar esses dados e expô-los em reunião. Confirmando-se a hipótese de que a maioria dos usuários não tinha conhecimento sobre os fluxos, demandas e diferenças nos atendimentos oferecidos nos distintos níveis hierárquicos do SUS. Todos os pacientes declaram procurar serviços de pronto atendimento em unidades de saúde mistas e UPA quando necessitam de atendimento e não possuem consultas agendadas na ESF, independentemente do tipo de atendimento em que estão procurando.

Para tentar reverter essa situação, os Agentes Comunitários de Saúde propuseram estratégias para informar a população sobre todos os serviços ofertados na Atenção Primária, além de esclarecer a importância de seguir o fluxo dos diferentes níveis hierárquicos dos atendimentos no SUS. Foram preparadas pequenas palestras, no estilo rodas de conversa, realizadas nos corredores da unidade, quando os pacientes esperavam os atendimentos, durante as ações de saúde e visitas domiciliares na área. Os principais temas abordados visavam informar os usuários sobre quando realmente deveriam recorrer a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro (PS), além de detalhar a função dos serviços de atendimento agendado e de demanda espontânea oferecida pela ESF.

Resultados muito satisfatórios foram alcançados no decorrer de duas semanas, porém é notório que muito ainda precisa ser feito para ampliar o acesso a esse tipo de informações para todos os usuários cadastrados na equipe. Concluímos que essa intervenção inicial, abordando o paciente por métodos mais informais e adequando a sua realidade diária é um caminho mais atrativo do que realizar palestras e outros tipos de ações. Espera-se que essa atitude tão simples possa ser reproduzida em outras ESF, além de futuramente ajudar a contribuir na melhoria do atendimento integral e longitudinal de cada paciente e no funcionamento de um fluxo adequado nos diferentes níveis hierárquicos do SUS.

---

---

---

### **CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério**

Após responder o questionário proposto pela Universidade Federal do Rio Grande Do Norte (UFRN) como atividade integrante do projeto de microintervenção III, constatou-se que a equipe 089 encontra-se preparada e atua de forma significativa na comunidade no que se refere ao tema: Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério. Porém, foi constatado que não existia até o momento nenhuma atividade voltada para a promoção de saúde sobre a decisão de ter ou não filhos, tema que chamou a atenção dos membros da equipe e que motivou a criação de estratégias para reverter essa situação.

O debate sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos está inserido em uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Primária em saúde, que é a saúde sexual e reprodutiva. Esta se configura como uma área complexa, pois envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, o que significa lidar com aspectos que vão além do biológico, tais como: sociais, culturais, econômicos, emocionais e ambientais (BRASIL, 2012). Esse fato ressalta a importância da qualificação e postura dos profissionais de saúde ao debater esse tema com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

É comprovado que a aprendizagem leva o usuário a desenvolver sua autonomia, que é tida como "categoria central das ações de Promoção da Saúde". Portanto, o objetivo principal da equipe era esclarecer dúvidas e ampliar os conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, para que os usuários pudessem decidir de forma ativa se queriam ou não ter filhos.

Foram propostos três métodos para abordar homens e mulheres que se encontram em período reprodutivo: durante a consulta de puerpério, consultas de planejamento sexual e reprodutivo e através de palestras educativas em escolas. Os usuários que se enquadravam nesses critérios foram interrogados durante as consultas médicas e de enfermagem ao longo de três semanas consecutivas, totalizando 40 atendimentos. A maior dificuldade enfrentada pela equipe foi em relação a ação educativa proposta para ser executada em uma escola, pois até o momento ela ainda não pode ser realizada, já que não há um centro educativo para adolescentes, que é o principal público alvo, na área de abrangência da equipe. Esta dificuldade está sendo revertida com uma programação que será realizada em uma localidade próxima, até a última semana do mês de Junho.

---

---

A maioria dos pacientes interrogados já tinham pelo menos um filho vivo, e declaram não desejar uma nova concepção em um futuro próximo, porém também afirmaram não frequentar o ambulatório de planejamento sexual e reprodutivo, nem debater frequentemente o tema com o parceiro. Uma exceção foi os casais que frequentaram o ambulatório de pré-natal e puerpério, pois declararam debater frequentemente sobre o tema com os profissionais de saúde da equipe multidisciplinar e com os seus respectivos parceiros. O que reforça a qualidade do serviço oferecido por esses dois ambulatórios e serve como incentivo para o cuidado continuado desses pacientes.

Resultados positivos foram encontrados em um curto período de tempo, pois poucos pacientes demonstraram ter um planejamento concreto sobre os desejos expressados na consulta sobre o referido tema. Porém pode se concluir que pequenas atitudes, principalmente as voltadas para a educação em saúde, podem mudar a realidade da população da área, servindo como um ponto positivo e incentivo para aprimorar esse tipo de ação.

---

---

---

## **CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

Após a realização da Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 70 no Brasil, muito se tem debatido e idealizado sobre como e onde devem ser realizados os acompanhamentos de pacientes portadores de algum tipo de transtorno psiquiátrico. Desde então, um grande desafio tem sido enfrentado na tentativa de transformar o antigo modelo hospitalocêntrico em uma rede que visa a integração social, autonomia e cidadania desses pacientes. Nesse contexto, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que representa uma das principais portas de entrada para esse tipo de atendimento e oferece um serviço multiprofissional, com o intuito de substituir o antigo modelo asilar e acolher pacientes em sofrimento psiquiátrico, usuários de álcool e drogas, além de crianças que apresentam transtornos mentais. Porém, os CAPS e a oferta de serviços na abordagem psicossocial não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do país (CORREIA, 2011).

O cuidado continuado oferecido pela atenção básica, principalmente referente ao serviço prestado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) é de extrema importância para complementar e apoiar o trabalho do CAPS. A criação do vínculo entre pacientes e familiares com a equipe é fundamental para o acompanhamento contínuo do paciente e inclusão social do mesmo no seu território, principalmente através da realização de ações educativas. Por meio das visitas domiciliares, é possível reconhecer adesão do paciente ao tratamento, o impacto do diagnóstico na rotina familiar, além do apoio que o mesmo recebe dos indivíduos ao seu redor. Estes fatos justificam a importância da realização de ações voltadas para os pacientes que apresentam algum transtorno mental, além da melhoria do serviço ofertado na atenção básica pela ESF.

No contexto estadual do Amapá, essa realidade não é diferente da que ocorre no resto do país. Existem apenas três CAPS atuantes no município de Macapá, que funcionam como porta aberta, o CAPS AD (atendimento de pacientes usuários de álcool e drogas), CAPS Gentileza (oferece atendimento para os adultos com transtornos mentais) e o CAPS I (infantil). Também existe uma ala psiquiátrica no Hospital das Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), que recebem apenas pacientes encaminhados do Hospital de Emergência (HE), que na maioria das vezes estão em emergência psiquiátrica.

---

---



---

O serviço ofertado não é suficiente para a grande demanda de todo um estado, filas de espera gigantescas e atendimento de baixa qualidade são relatados pela maioria dos pacientes da equipe 089 que foram encaminhados para o serviço especializado. Como exemplo, podemos citar um paciente de 16 anos, diagnosticado com transtorno depressivo, além de três tentativas de suicídio, que foi encaminhado para o CAPS I, que até o momento não conseguiu atendimento na instituição, sendo atualmente acompanhado apenas pela ESF e NASF da UBS Perpétuo Socorro.

Após diversas reflexões e debates entre os membros da equipe sobre tópicos exigidos pelo PMAQ referentes ao atendimento de pacientes com transtornos mentais, constatou-se que o serviço oferecido atualmente ainda possui algumas falhas. A equipe não realizava os registros e controle de usuários que fazem uso de medicações crônicas controladas.

Para tentar melhorar essa realidade, com o incentivo do projeto de microintervenção IV, foi criada uma planilha (ANEXO 4) com o intuito de registrar o acompanhamento de pacientes, que deverá ser preenchida pelo médico responsável da ESF, em todos os atendimentos individuais e visitas domiciliares. O instrumento foi idealizado com base nos principais requisitos exigidos pelo PMAQ e construído em conjunto com a equipe em uma das reuniões quinzenais. Tem como título “SAÚDE Mental- Registro de pacientes em acompanhamento” e é composto por tópicos referentes a informações gerais (data, nome do paciente, agente de saúde responsável) e informações específicas (diagnóstico, medicamento em uso, dose utilizada e tempo de tratamento, acompanhamentos com especialistas, data prevista para o retorno e se o quadro se enquadra em evento grave). Todos os integrantes da equipe receberam orientações de como preencher essas informações, de como identificar quadros mais graves e a conduta frente a essa situação.

No decorrer de um mês utilizando a planilha de acompanhamento, algumas melhorias foram observadas, referentes principalmente ao acompanhamento mais contínuo e monitorização da adesão do tratamento, com o intuito de utilizar a menor dose necessária. Um dos principais problemas constatados no decorrer desse acompanhamento mais contínuo foi a baixa inclusão dos usuários na sociedade e a não aceitação da situação clínica do paciente por parte de seus familiares, sendo o preconceito e a rejeição uma realidade frequente.

---

---

Também foi relatado que o atendimento especializado é muito deficiente nos CAPS, NASF e outros serviços, contribuindo ainda mais para a não adesão do tratamento e reclusão desses pacientes. Após conversar com a equipe multiprofissional do NASF que presta apoio para a equipe, com a finalidade de mudar essa realidade, foi constatada a inviabilidade desse serviço, pois a quantidade de profissionais é insuficiente para atender a demanda, além de que é disponibilizado apenas um dia no mês para atendimento dos pacientes da equipe 089, resultando no grande número de pacientes que não recebe esse apoio e caracteriza uma das principais dificuldades enfrentadas pela equipe, que na maioria das vezes não recebe o suporte necessário para um seguimento de qualidade.

Após reconhecer essa realidade da área de atuação, a equipe 089 se comprometeu a disponibilizar maior atenção e acompanhamento contínuo, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado. Com o intuito de promoção da saúde mental, foram criados projetos de microintervenção na comunidade, voltados principalmente para debater sobre saúde mental e incentivar a integração dos pacientes na sociedade, além de esclarecer dúvidas da população em geral sobre o tema. Rodas de conversas foram realizadas na vizinhança, e tiveram resultados muito positivos, pois ações como essa, aos poucos, tem o poder de melhorar uma sociedade.

---

---

---

## **CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**

O incentivo a alimentação saudável é uma prática que deve ser estimulada por todos os profissionais de saúde, e não apenas pelo serviço de nutrição. Sua importância ganha um maior destaque nas ações no âmbito da atenção primária em saúde, já que essa prática pode prevenir e melhorar a evolução de diversas doenças e agravos na população, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, desnutrição, anemia ferropriva e muitas outras patologias frequentes na prática clínica. Por esse motivo, o médico e a equipe da Estratégia Saúde da Família devem estimular essa prática em todas as consultas, ações, visitas e palestras.

No contexto da saúde infantil, a alimentação adequada desde o início da vida da criança ganha um contexto ainda mais importante, já que o aleitamento é capaz de diminuir o risco de infecções e mortes, prevenir a desnutrição e possui diversos outros benefícios para o binômio mãe-bebê.

Na tentativa de estimular ações voltadas ao incentivo da alimentação saudável, a equipe 089 tem realizado diversas ações que tem sido considerada exitosas e que serão compartilhadas como relato de experiência.

A alimentação infantil saudável sempre foi um ponto bastante debatido pela equipe, durante as ações em saúde na área e nas consultas de puericultura. As diversas experiências vivenciadas desde o início deste ano, demonstram intensas melhorias na relação da comunidade com a alimentação saudável e aleitamento materno, que foram possíveis após diversas ações realizadas no território de abrangência.

Nossa estratégia inicial começa nas consultas tradicionais de pré-natal e em ações realizadas no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), tendo o público alvo principal, mulheres gestantes. O objetivo é esclarecer dúvidas sobre amamentação e alimentação infantil, exemplificar técnicas de boa pega e sucção, além de incentivar o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança. Após sete meses aplicando e essas ações, foi possível notar a maior motivação das futuras mães em querer alimentar os filhos de forma exclusiva com o leite materno, pois anteriormente não conheciam todos os benefícios da amamentação.

---

---

---

Posteriormente essas informações são reforçadas nas consultas de puericultura subsequentes para o acompanhamento da evolução da nutrição infantil, introdução da alimentação saudável e possíveis necessidades de encaminhamento para o serviço de Nutrição do NASF, caso seja necessário um suporte adicional.

Ações educativas em relação a importância da alimentação saudável também são realizadas na Creche Escola Cantinho do Amor, uma vez por semana, há sete meses, que tem como público alvo crianças de quatro a dez anos. São feitas através de brincadeiras, gincanas e vídeos de animação, que reforçam a necessidade de consumir frutas, verduras e legumes. Um impacto positivo já foi relatado pelos funcionários da escola e pelos pais dos menores, pois atualmente os mesmos demonstram maior interesse no consumo de alimentos mais saudáveis, além de diminuírem o consumo de guloseimas e comidas artificiais.

---

---

---

## **CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde**

O atendimento ofertado aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência da equipe 089, principalmente para os hipertensos e diabéticos, ocupa atualmente a maior demanda de consultas agendadas, consultas do dia (não agendadas) e visitas domiciliares. Para suprir essa necessidade e garantir um atendimento integral e de qualidade para esses usuários, são disponibilizados diversos serviços com a finalidade de oferecer uma atenção especial para este grupo de pacientes.

Com o intuito de avaliar se as ações já realizadas pela equipe se enquadram nos requisitos exigidos pelo PMAQ, foi realizada uma reunião geral, com o objetivo de atualizar as respostas do tópico de controle das doenças crônicas não transmissíveis. Todos os membros da equipe auxiliaram no preenchimento do questionário sendo concluído que a equipe apresenta resultados exitosos, porém há a necessidade de realizar algumas mudanças. Melhorias foram discutidas e propostas foram levadas em consideração, principalmente no tópico de classificação de gravidade, risco e acompanhamento mais próximo desses pacientes que será feito pelo preenchimento de planilhas e seguimento mais contínuo dos que apresentarem maior grau de risco ou gravidade.

Desde o início do ano, quando começaram as ações do Programa Mais Médicos para o Brasil 2018, a equipe sempre disponibilizou uma atenção especial para os pacientes do programa HIPERDIA (hipertensão e diabetes). As ações iniciaram pela busca ativa desses usuários, que estavam afastados da estratégia saúde da família, pois a mesma estava sem apoio Médico há mais de um ano. Com ajuda dos ACS e técnicos de enfermagem, um levantamento atual do número exato desses pacientes foi realizado, bem como a atual situação clínica, acompanhamento médico fora da ESF e tratamentos realizados atualmente. Também foi disponibilizado um horário fixo na agenda médica e de enfermagem para o acompanhamento frequente desses pacientes e preenchimento da ficha específica para esse programa.

Os pacientes passam por consultas e avaliações periódicas a cada dois meses, alternadas com o serviço médico e de enfermagem. Em todas as consultas são realizadas as medidas antropométricas, estratificação de risco cardiovascular, avaliação da pressão arterial e glicemia casual, além da avaliação da adesão do tratamento e da dieta. A cada seis meses os pacientes realizam exames sanguíneos para o controle das doenças, seguindo

---

---

as orientações das diretrizes do Ministério da Saúde e avaliação do pé diabético. Entretanto a equipe não realiza o exame de fundoscopia ocular, pois não possuímos o material necessário para essa avaliação, o oftalmoscópio, portanto, esses pacientes encaminhados anualmente para o serviço de oftalmologia de referência do município.

No momento do diagnóstico e posteriormente uma vez por ano, esses pacientes são encaminhados para o serviço de nutrição e de educação física do NASF. Também incentivamos os pacientes a cessar do tabagismo e alcoolismo e oferecemos a introdução em grupos de apoio e serviço psicológico.

Ações em saúde também são realizadas na área, voltadas para os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis que não acompanham regularmente com a equipe e também para aqueles que ainda não tem o diagnóstico definitivo. Essas ações são realizadas em escolas, centros comunitários, feiras, praças e casas na área de abrangência da equipe, com o intuito de promover saúde, debater sobre alimentação, prática de atividades físicas regulares, adesão do tratamento, além de verificar a PA e glicemia capilar dos pacientes que participam do encontro. Também contamos com o apoio do NASF, que possui um grupo voltado para os idosos hipertensos e diabéticos, feito através de encontros semanais para a realização de atividades coletiva e incentiva a práticas saudáveis de pacientes cadastrados.

Tais ações realizadas são consideradas exitosas, pois os pacientes portadores de doenças crônicas estão cada vez mais próximos da equipe e realizando um acompanhamento e tratamento contínuo. Alguns ajustes serão realizados com o intuito de melhorar o atendimento ofertado pela equipe, principalmente levando em consideração as dificuldades demonstradas após reunião, sendo criados objetivos que serão realizados no decorrer dos atendimentos, como a estratificação da gravidade e riscos que os pacientes apresentam, e o acompanhamento por meio do preenchimento de planilhas e dos prontuários individuais.

---

---

## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

### PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Registro de solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades e seus retornos.	Após a realização da AMAQ observou-se que a equipe não tinha controle dos registros dos pacientes e na tentativa de amenizar essa deficiência surgiu a idéia de criar duas planilhas para registrar esses dados durante as consultas.	Através dessa ferramenta foi possível traçar o perfil dos atendimentos. Além de analisar o indicador referente ao percentual de encaminhamentos para serviços especializados e o <i>feedback</i> desses atendimentos.	O preenchimento dessas planilhas já faz parte da rotina dos atendimentos e toda a equipe demonstra interesse em atualizar os dados. Foi criado um organizador para armazenar todo o material necessária em pastas devidamente identificadas, para facilitar o acesso as planilhas. Há também a fiscalização e atualização contínua dos ACS, que serão encarregados de monitorar o preenchimento das fichas de seus respectivos pacientes no decorrer do ano de 2019.
Acolhimento à demanda espontânea e programada.	Após a análise do perfil quantitativo da demanda espontânea, foi observado que um número pouco expressivo de pacientes procurou esse serviço, principalmente pelo fato dos usuários não conhecerem o fluxo dos atendimentos ofertados pelo SUS.	Após a realização de palestras e rodas de conversa, a equipe pode esclarecer as principais dúvidas dos usuários e detalhar como funcionam os serviços oferecidos pela equipe e o fluxo hierárquico do SUS e suas portas de entrada.	Todos os membros da equipe estão capacitados para a realização do acolhimento, porém foi realizada uma escala mensal entre os funcionários para que cada dia da semana um deles seja encarregado de realizar as palestras e rodas de conversas para esclarecer as dúvidas dos pacientes que aguardam os atendimentos. Também será incluído esse tema nas palestras e ações realizadas na área de abrangência. O enfermeiro responsável pela ESF terá a função de organizar a escala e fiscalizar o seu funcionamento durante o ano de 2019.

<p>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério</p>	<p>É comprovado que a aprendizagem leva o usuário a desenvolver sua autonomia, portanto o objetivo principal da equipe era esclarecer dúvidas e ampliar os conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, para que os usuários pudessem decidir de forma ativa se queriam ou não ter filhos.</p>	<p>Os usuários que se enquadravam nesses critérios foram interrogados durante as consultas médicas e de enfermagem, e foi constatados resultados positivos após o esclarecimento de dúvidas e a realização de ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva.</p>	<p>Haverá um incentivo frequente a promoção da saúde sexual em ações de saúde na área, escolas, além da destinação de um dia fixo na semana no atendimento médico e de enfermagem voltados para as consultas do programa de saúde sexual e reprodutiva. O tema e a programação das ações serão escolhidos pelo médico, que também deverá distribuir as funções a serem executadas pelos demais funcionários da equipe no decorrer do ano de 2019.</p>
<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>A equipe não realizava os registros e controle de usuários que fazem uso de medicações crônicas controladas. Foi criada uma planilha com o intuito de registrar o acompanhamento e tratamento dos pacientes da saúde mental.</p>	<p>Com a utilização da planilha houve melhorias no acompanhamento e monitorização da adesão do tratamento. Também foi realizada uma intervenção na comunidade com o intuito de incentivar a integração dos pacientes na sociedade.</p>	<p>O preenchimento das planilhas já faz parte da rotina dos atendimentos médicos e de enfermagem. É reservado um dia no mês para a realização da promoção e integração dos pacientes da saúde mental na sociedade e realização de palestras e rodas de conversa com os usuários e familiares para o esclarecimento de dúvidas. O enfermeiro da equipe será responsável pela escolha do tema das ações e também por fiscalizar os ACS e técnicos de enfermagem durante as ações de função integração e atualização das planilhas durante o ano de 2019.</p>
<p>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</p>	<p>A estratégia inicial começa nas consultas de pré-natal e de puericultura, com o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Posteriormente há a realização de ações educativas em</p>	<p>Houve um aumento significativo no interesse das mães em iniciar e manter o aleitamento materno exclusivo. Também foi constatado que as crianças que</p>	<p>Essas ações de estímulo ao aleitamento materno e a alimentação saudável já fazem parte da rotina das consultas e ações de saúde nas escolas e creches da área. Também já é rotina dos ACS incentivarem constantemente essas práticas durante as visitas domiciliares. O enfermeiro será responsável</p>



	creches e escolas localizadas na área de abrangência para incentivar a alimentação saudável das crianças.	participaram das palestras tinham um interesse maior em consumir alimentos mais saudáveis	por organizar ações que estimulem a prática da alimentação saudável e fiscalizar a execução dos ACS durante o ano de 2019.
Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	Uma atenção especial foi voltada para o programa HIPERDIA, com acompanhamento frequente do tratamento, monitorização das medidas antropométricas e com exames e avaliações periódicas.	Tais ações realizadas são consideradas exitosas, pois os pacientes portadores de doenças crônicas estão cada vez mais próximos da equipe, realizando acompanhamento contínuo e seguindo as orientações para melhoria no estilo de vida.	Foi disponibilizado um horário fixo na agenda médica e de enfermagem para o acompanhamento frequente desses pacientes e preenchimento da ficha específica para esse programa. Também será realizada mensalmente uma ação na área voltada para o rastreio da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e conscientização da importância do tratamento e mudança de hábitos no controle da doença. O enfermeiro será responsável por organizar as ações e delegar as funções dos ACS, técnicos de enfermagem e médico durante as ações e preenchimento das fichas dos programas durante o ano de 2019.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização das intervenções propostas na área, muitas melhorias foram alcançadas, como: aumento da interação da equipe entre si e com os usuários, melhora no acolhimento da demanda espontânea, ampliação das ações voltadas para a promoção de saúde, atenção especial e disponibilização de um dia fixo semanalmente na agenda de atendimentos para programas como HIPERDIA, saúde da criança, pré-natal, puerpério e saúde sexual, estímulo a integração dos pacientes da saúde mental na sociedade, além de muitas outras experiências positivas.

Todas essas ações geraram um impacto na população, sendo algumas mais relevantes do que as outras, porém a equipe teve a oportunidade de conhecer melhor os pacientes e criar um vínculo com a comunidade que nunca tinha sido alcançado anteriormente, concluindo que esse ponto em comum entre as intervenções foi o maior sucesso das microintervenções. Com o intuito de manter e melhorar as ações exitosas, a equipe elaborou um plano de continuidade, que será executado por todos os profissionais pertencentes a equipe.

No decorrer da execução da microintervenção muitas dificuldades e limitações foram enfrentadas, já que houve uma mudança na dinâmica de atendimentos e ações anteriormente realizadas pela equipe, sendo necessária uma readaptação por parte dos funcionários. Encontramos muita resistência da população envolvida, pois a maioria das propostas envolviam a ampliação do conhecimento dos usuários sobre vários aspectos relacionados a saúde, autonomia e mudança de hábitos. Entretanto, aos poucos foi possível transformar para melhor a realidade de diversas pessoas e acredita-se que com a continuidade dessas ações será possível ampliar cada vez mais essas melhorias.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

- (1) FINKELSZTEJN, Alessandro et al . Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300010>.
- (2) MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.
- (3) LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil .*Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874 , jan. 2011. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29723>>. Acesso em: 09 may 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
- (4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos de encaminhamentos da atenção básica para a atenção especializada. Brasília, Ministério da Saúde 2015.
- (5) SOUSA MF, HAMANN EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(Suppl 1):1325-35.
- (6) SANTOS, Adriano Maia dos et al . Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2687-2702, oct. 2012.Disponible en <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000018&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 20 mayo 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>.
- (7) Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre atenção básica e a estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-153.
-

---

(8) BRASIL. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA, 2011.

(9) GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al . A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 22, n. 65, p. 387-398, abr. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 maio 2018. Epub 21-Set-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.

(10) DIAS OV, Araujo FF, Oliveira RM, Chagas RB, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2016. 11(38):1-13.

(11) PAIDÉIA, Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas, 2011. Disponível em < <http://www.campinas.sp.gov.br>>. Acessado em 25 de maio de 2018.

(12) BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015. estratégias e materiais educativos que promovam conhecimentos significativos.

(13) CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

---

---

## APÊNDICES

[Inclua seus apêndices aqui]

---

---

---

## **ANEXOS**

---

---

## ANEXO1

Descrição do padrão: Registros de solicitação de exames, encaminhamentos e retornos.
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A equipe não tem o controle de quantos exames complementares foram solicitados, quantos pacientes foram encaminhados e a necessidade de retornos.
Objetivo/meta: Registrar e monitorar a solicitação de exames, encaminhamento à especialidades e retornos.

Dimensão: educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde/ Subdimensão-K: organização do processo de trabalho.

Estratégias para alcançar os objetivos/metad	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Elaboração de uma planilha individual para cada paciente que se enquadre nos critérios	Preenchimento da planilha individual de cada paciente pelo médico da equipe em cada consulta (quando necessário, encaminhamentos, exames e retornos).	Planilha de dados individuais anexada nos prontuários dos próprios pacientes (datas e informações sobre os encaminhamentos, exames e retornos)	Conhecimento de qual área médica obtém o maior número de encaminhamentos e quantificar os exames complementares mais solicitados.	Médico e enfermeiro.	26/04/2018	Análise dos dados.
Elaboração de uma planilha mensal com dos dados de todos os pacientes que se enquadrem nos critérios.	Preenchimento da planilha mensal por qualquer membro da equipe, em especial os ACS, pois terão que buscar informações dos pacientes: se já realizaram os exames, se ainda não realizaram, identificar os motivos, bem como informações sobre encaminhamentos e retornos.	Planilha mensal contendo: dados dos pacientes (nome, ACS responsável), motivo do encaminhamento, resumo da <u>contra-referência</u> , retornos.	Acompanhamento dos pacientes que conseguiram a avaliação com o especialista e o motivo dos que não conseguiram.	Toda a equipe.	28/04/2018	Análise e registro dos resultados mensais
Análise periódica dos dados coletados, sua interpretação e elaborar estratégias para melhorar o atendimento,	Reunião mensal com a equipe e análise estatística dos dados	Análises dos dados por meio dos softwares disponíveis	Quantificar os exames complementares solicitados e o índice de consultas de retorno para a entrega desses exames.	Toda a equipe	Após 6 meses de execução das planilhas	Interpretação dos dados
planilha mensal com dos dados de todos os pacientes que se enquadrem nos critérios.	mensal por qualquer membro da equipe, em especial os ACS, pois terão que buscar informações dos <u>pacientes</u> : se já realizaram os exames, se ainda não realizaram, identificar os motivos, bem como informações sobre encaminhamentos e retornos.	dados dos pacientes (nome, ACS responsável), motivo do encaminhamento, resumo da <u>contra-referência</u> , retornos.	pacientes que conseguiram a avaliação como especialista e o motivo dos que não conseguiram.	equipe.	2018	registro dos resultados mensais
Análise periódica dos dados coletados, sua interpretação e elaborar estratégias para melhorar o atendimento,	Reunião mensal com a equipe e análise estatística dos dados	Análises dos dados por meio dos softwares disponíveis	Quantificar os exames complementares solicitados e o índice de consultas de retorno para a entrega desses exames.	Toda a equipe	Após 6 meses de execução das planilhas	Interpretação dos dados

---

ANEXO 2

PLANILHA INDIVIDUAL: M.C.S.

DATA	EXAMES	RESULTADO	RETORNOS	ENCAMINHAMENTOS	ACOMPANHAMENTO
05/02/17	PCCU	ASCUS			REPETIR 6 MESES
01/08/17	PCCU	HSIL		COLPOSCOPIA/ GINECOLOGIA	PACIENTE REALIZOU BIOPSIA
10/09/17	BX:NIC 3			GINECOLOGIA	

---



ANEXO 3  
PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO MÊS DE MAIO (EXEMPLO)

DATA	PACIENTE/ ÁREA	EXAMES LABORAT ORIAIS	EXAMES DE IMAGEM	REFERÊNCIA	CONTRA- REFENCIA DO ESPECIALISTA	DATA PREVISTA PARA RETORNO	COMENTARIO
02/04/18	José da Silva Área 02	-	-	Oftalmologia	-	30/07/18	Consulta com o oftalmologista prevista para 29/05/18 no HCAI
03/05/18	Maria Lobato Área 04		R-X de coluna lombo-sacra			29/05/18	Exame já realizado na clínica particular, pois o aparelho da prefeitura está em manutenção (antecipar consulta para entrega do exame)
03/05/18	Clarita Barros Área 03	EAS				09/05/18	Paciente relata que não vai fazer o exame pois a "dor ao urinar desapareceu"
-	Mário Neves Área 01				Alta da Cirurgia Geral após <u>colecistectomia</u>	10/05/18	Paciente mudou para outro município (desmarcada a consulta na agenda do médico)



## ANEXO 4

### Questionário para Microintervenção

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		X
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado		X
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

## ANEXO 5

## Questionário para microintervenção

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	DOIS DIAS		DOIS DIAS	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X		X	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X		X	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?		X		X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?		X		X
A equipe programa as consultas	X		X	

e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		X
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		X
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		X		X
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X		X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	X		X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?		X		X

<b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	<b>X</b>	
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?	<b>X</b>	
Se SIM no item anterior, quais ações? Orientação para mudança no estilo de vida, com apoio da equipe multidisciplinar do NASF, principalmente educador físico e nutricionista		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>x</b>	
Oferta ações voltadas à atividade física	<b>x</b>	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	<b>x</b>	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>x</b>	
Encaminha para serviço especializado	<b>x</b>	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	<b>x</b>	