



**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**

**Experiências na reorganização do processo de trabalho de uma Equipe  
de Saúde da Família na zona urbana de Macapá – AP.**

**CAROLINE PIRES ALVES**

---

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

---

---

**Experiências na reorganização do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família na zona urbana de Macapá – AP.**

CAROLINE PIRES ALVES

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 Cezar Souto Silva

---

Aos meus pais Arlene e Tércio que são e sempre serão meu maior alicerce.

---

---

Agradeço aos meus pais por todo apoio durante esse ano. Ao meu irmão Júnior, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos. Às minhas amigas, Julye e Danielle pela paciência e disposição em ajudar. E ao meu orientador, Cleyton César, pela dedicação em me auxiliar na confecção desse trabalho.

---

---

## RESUMO

A atenção primária à saúde é a base para a formação de um atendimento em saúde integral e a porta de entrada para o usuário, sendo de primordial importância para o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma área de grande complexidade, no sentido em que abrange grupos populacionais diversos, como idosos, crianças, gestantes, adolescentes, portadores de doenças crônicas, dentre outros. Durante o ano, pudemos estudar cada um desses grupos e aplicar nosso aprendizado em nossa prática, por meio da realização de microintervenções, cada uma voltada para um público diferente. O foco das intervenções realizadas partiu da avaliação do processo de trabalho da equipe de acordo com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Nesse processo, percebeu-se a necessidade de criação de mecanismos de levantamento e organização de dados referentes à área coberta pela equipe, bem como de constantemente atualizá-los de forma que possam servir como base para ações futuras e, foi essa a ideia que deu forma ao trabalho a seguir. Dentre os resultados alcançados tivemos a melhoria da facilidade de acesso das gestantes ao pré-natal e otimização no agendamento das consultas, realização de consulta de puerpério e puericultura através da visita domiciliar, elaboração de instrumentos de controle de encaminhamentos, além do início do cadastramento da área para atualização dos dados, concomitantemente à verificação da situação vacinal do público infantil. Planeja-se para o ano seguinte manter as intervenções bem sucedidas e aprimorar as demais, além de efetuar novas ações para preencher as lacunas que ainda existem, de acordo com as prioridades do PMAQ, e dessa forma nos aproximar cada vez mais do modelo de cuidado integral ideal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde coletiva; Estratégia saúde da família;

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	07
CAPÍTULO 1 -----	08
CAPÍTULO 2 -----	13
CAPÍTULO 3 -----	18
CAPÍTULO 4 -----	23
CAPÍTULO 5 -----	27
CAPÍTULO 6 -----	31
CAPÍTULO 7 -----	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	41
REFERÊNCIAS -----	42
APÊNDICES -----	43
ANEXOS -----	45

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

O texto a seguir trata-se do trabalho de conclusão de curso do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) e é composto por uma coletânea de seis relatos de experiência desenvolvidos a partir de microintervenções realizadas durante o ano pela Equipe de Saúde da Família 037 no território em que atua.

A equipe 037 está lotada na Unidade de Saúde do Pacoval, em Macapá – AP, e tem sob sua responsabilidade o atendimento de uma população de 4.400 habitantes. Seu território é dividido em 10 microáreas, compostas por uma população bastante heterogênea em termos de nível social. Na equipe, atuo como médica, cargo que permaneceu vago por um ano até a minha entrada. Sendo formada na Universidade Federal do Amapá, no estado onde nasci, decidi aproveitar a oportunidade de trabalhar no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) para contribuir, por meio deste, com a saúde do meu estado, tentando sempre prezar pela integralidade no cuidado ao paciente, e aprimorando sua qualidade através das intervenções propostas pelo curso de especialização acima referido.

Ao entrar na equipe, em Janeiro de 2018, uma das coisas que me chamou atenção, e que foi posteriormente reforçada pela enfermeira, era a desorganização no levantamento e atualização dos dados da equipe. Apesar de ter sido realizada a avaliação pelo PMAQ no ano anterior, os dados encontravam-se defasados. Portanto, não tínhamos base para saber o real panorama de saúde daquela população e, conseqüentemente, não podíamos elaborar planos de ação efetivos para os déficits encontrados. Dessa forma, as microintervenções foram pensadas com o objetivo de preencher essas lacunas no processo de trabalho da equipe. Convido a todos que aproveitem a leitura deste trabalho.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: Um passo em busca de maior resolutividade da equipe.**

A atenção básica à saúde tem grande importância na estruturação das redes de atenção à saúde do SUS. Suas diretrizes e normas foram revisadas e publicadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, cujo objetivo foi estabelecer a Política de Atenção Básica à Saúde. Segundo esta, a atenção básica compreende um conjunto de ações em saúde que “abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”, garantindo, dessa forma, atenção integral ao indivíduo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A atenção básica é tida pelo Ministério da Saúde (MS) como a principal porta de entrada do modelo de atenção vigente, e deve ser, segundo este, um serviço eficiente, sendo capaz de responder à maioria das demandas da população. Segundo o Ministério da Saúde (2012), é função da atenção básica, ser resolutiva e a “responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção básica”. Quando às necessidades da população não puderem ser resolvidas na atenção primária, é função desta, fazer a referência a outro serviço, que tenha os subsídios necessários.

As Redes de Atenção à Saúde são formadas por diversas instituições de saúde que se articulam de forma complementar, com o objetivo de garantir uma assistência integral ao indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A atenção básica funciona como eixo central dessa rede, coordenando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção.

Nesse contexto de busca por melhorias na Atenção Básica à Saúde, surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado com o intuito de ampliar e melhorar os serviços de saúde ofertados. Para garantir progresso contínuo durante todo o período de aplicação do programa, o PMAQ conta com um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, constituído por diversos elementos, dentre eles a autoavaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Acredita-se que a autoavaliação seja um ponto de partida para quaisquer melhorias, pois permite identificar os pontos positivos e negativos dos serviços na atenção básica. A ferramenta utilizada pelo PMAQ para tal objetivo é a Autoavaliação para a Melhoria do

---

---

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), composta por uma série de padrões de qualidade relacionados à gestão, estrutura e às equipes de atenção básica. A autoavaliação, para garantir maior fidedignidade na avaliação da qualidade, deve abranger a opinião de todos os agentes envolvidos (gestão, usuários e profissionais), e a partir dessas informações, possibilitar a construção de meios de intervenção e soluções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse texto, irei relatar o desenvolvimento de uma estratégia (microintervenção) para melhoria de um dos pontos avaliados pelo instrumento da AMAQ, aplicado a uma Equipe de Saúde da Família no município de Macapá – AP.

O primeiro passo para o estabelecimento da microintervenção, foi realizar uma reunião com a equipe para aplicar o instrumento de avaliação da AMAQ. Dentre os pontos de pior desempenho da equipe (nota menor do que 5), e que poderiam trazer benefícios a curto e longo prazo para a organização e desenvolvimento da equipe, estava os de coordenação do cuidado, envolvendo o controle dos encaminhamentos (referência/ contra referência) e de solicitações de exames.

Do mês de janeiro ao mês de março o número de encaminhamentos médicos a outras especialidades totalizaram 49, de uma média de 109 atendimentos por mês. Entretanto, devido à falta de um instrumento de registro, não havia como resgatar informações como o motivo do encaminhamento ou serviço para o qual o paciente foi referenciado, o que dificulta o monitoramento do fluxo dentro da rede e a continuidade do cuidado. O único instrumento utilizado até então era o prontuário do paciente, porém não havia um modelo de consolidação dos dados.

No geral, na equipe, há carência de instrumentos para controle de consultas, encaminhamentos/ retornos, de acompanhamento pré-natal e de portadores de doenças crônicas. Tais instrumentos tem grande importância como meio de avaliação da resolutividade da equipe.

O foco desta microintervenção foi o fluxo de referência e contra referência.

Algumas medidas levantadas pela equipe com o objetivo de melhorar o seguimento dos pacientes dentro da rede de atenção foram:

- 1- Criar instrumento de registro e acompanhamento dos encaminhamentos realizados.

---

---

2- Instruir os agentes comunitários priorizar as visitas a pacientes de maior gravidade, acompanhando os casos e verificando se o mesmo conseguiu consulta no serviço referenciado.

3- Enviar junto aos pedidos de encaminhamento, solicitação de carta de contra referência, que contenham dados sobre diagnósticos e condutas realizados nos demais pontos da rede.

Foi desenvolvida, então, uma planilha no programa Microsoft Excel 2010 (ANEXO) com espaço para registro dos seguintes dados: nome do paciente, número do SUS, hipótese diagnóstica, especialidade/serviço referenciado, data de encaminhamento e data do retorno.

Com o desenvolvimento dessa intervenção, pudemos perceber a necessidade de reuniões periódicas da equipe e de constante auto-avaliação do funcionamento da mesma. Além disso, verificamos a importância do agente de saúde na atenção integral à população, acompanhando de perto a evolução dos pacientes e fornecendo informações para melhor condução de cada caso.

Instrumentos de registro são de suma importância para criar um panorama sobre a forma de trabalho da equipe, avaliar seu grau de resolutividade e, dessa forma, programar intervenções. A criação da tabela foi um passo para organização de novos instrumentos de registro voltados a outras patologias e programas, como controle e acompanhamento de pacientes com portadores de doenças crônicas.

Além disso, como o acesso a certos serviços especializados é difícil e, muitas vezes o paciente não consegue esse acesso, o instrumento serve como mecanismo para repensarmos a necessidade de certos encaminhamentos, tentando ser o mais resolutivos possíveis no âmbito da atenção primária, evitando perder o acompanhamento de pacientes.

Um aperfeiçoamento necessário para o futuro é a maior comunicação entre os diversos pontos de cuidado na rede. O que se percebe é que, muitas vezes, por falta de orientação ou acompanhamento adequado, o paciente, em vista das dificuldades encontradas para marcação de consultas ou realização de exames, não retorna à atenção básica e seu seguimento fica prejudicado. Em última instância, esta situação resulta em diagnósticos tardios e mal controle de doenças crônicas.

Esperamos que a partir desse passo inicial de organização do processo de trabalho, possamos aplicar instrumentos semelhantes de consolidação de dados a outros programas da atenção básica, como a puericultura, pré-natal, HIPERDIA e também para controle da

---

---

solicitação de exames. E, além disso, que possamos ter maior comunicação entre os profissionais da equipe, por meio de reuniões periódicas, buscando maior coesão e resolutividade da equipe.

---

---



---

## CAPÍTULO II:

### **Nova visão sobre acolhimento e organização da agenda**

Um dos princípios do SUS é o de resolutividade, representado pela capacidade dos serviços em solucionarem as demandas dos pacientes. Esse princípio também se aplica à atenção primária, que como porta de entrada do sistema, deve contar com uma resposta rápida à demanda da população. A Estratégia de Saúde da Família, como meio para melhorar sua resolutividade vêm repensando a forma de programar sua agenda. Onde antes predominavam as consultas agendadas, hoje tende a ser substituída gradativamente pelo conceito de acolhimento à demanda espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para garantir sua resolutividade, tendo em vista a complexidade de situações e demandas às quais é exposta, a Atenção Básica deve lançar mão de uma variedade de serviços para conseguir contemplar de forma efetiva cada cidadão que busca atendimento, adequando-se, assim, à realidade de sua comunidade. Para tal feito, a equipe de saúde da família deve ter também uma capacidade ampliada de escuta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse contexto, surge o conceito de acolhimento, que não tem uma definição exata, mas consiste, em geral, de uma prática inserida nas relações de cuidado entre os membros da equipe de saúde e usuários. O acolhimento sempre existe, porém a forma como é realizado difere entre os diversos serviços e pode classifica-lo em bom ou ruim (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O objetivo da intervenção foi realizar o aperfeiçoamento da equipe, a partir da apresentação do modelo de acolhimento à demanda espontânea e acesso avançado e discutir formas de melhorar o acesso do usuário e a resolutividade da equipe, adequando à realidade local.

A intervenção proposta foi realizar o aperfeiçoamento da equipe, instruindo-a sobre o funcionamento e conceito de demanda espontânea e, dessa forma, levantando possibilidades para implantação gradual desse sistema no serviço.

O atual modelo de agenda constitui-se quase 100% de consultas agendadas, sendo os atendimentos por demanda espontânea realizados quando há procura dos pacientes para solução de situações que exigem resolução imediata ou o mais breve possível. Os dias de consulta são divididos de acordo com os programas de atenção à saúde (HIPERDIA, pré-

---

---

natal, atendimento pediátrico, dentre outros). O agendamento ocorre de duas formas: Na própria unidade em dia da semana específico ou por meio dos agentes comunitários de saúde, que agendam segundo necessidades verificadas em suas visitas ou quando são contatados pelos pacientes.

Durante a reunião, a primeira etapa tratou sobre o modelo de agendamento atual, e a opinião de cada membro sobre seu funcionamento, vantagens e desvantagens. Foi questionado sobre a abrangência do modelo e se este realmente atendia de forma universal às necessidades da população.

A maioria dos membros concordou que o atual modelo tem falhas de acesso que diminuem nossa resolutividade. Pacientes que buscam atendimento com certa queixa, acabam sendo atendidos quando esta já foi resolvida espontaneamente, ou pacientes que esperam semanas por uma consulta apenas para solicitação de exames de rotina ou encaminhamento a serviços especializados.

Em um segundo momento, foi solicitado que os membros propusessem formas de aprimorar o acesso da população à consulta médica ou outros serviços da unidade. Os ACS divergiram quanto ao melhor modelo de agendamento, pois alguns preferiam o modelo antigo em que as consultas eram agendadas apenas para a semana vigente, não havia consultas de retorno e a responsabilidade de agendamento era exclusiva das técnicas em enfermagem, que o realizavam em um dia específico da semana na unidade de saúde. Outros concordaram que a abertura de espaço para agendamento por meio de contato direto com eles, facilitava o acesso à população, uma vez que durante as visitas eles podiam notar a necessidade de consulta até mesmo para aqueles pacientes que não pensavam em buscar atendimento.

Foi então apresentado o modelo de acolhimento à demanda espontânea e discutido as vantagens, desvantagens e dificuldades de implantação.

As possíveis vantagens percebidas pela equipe foram: aumento do número de atendimentos; maior facilidade de acesso à população no momento em que surgir a queixa ou demanda; redução da possibilidade de filas; e maior contato com a população.

As possíveis dificuldades encontradas no processo de implantação da mudança foram:

- **Estrutura da unidade de saúde:** A unidade de saúde em que a equipe está atualmente alocada é provisória, pois a UBS da nossa área está em reforma. Portanto, no momento, dividimos horários em uma única sala com outra
-

---

equipe de saúde da unidade atual. Além disso, na unidade a área destinada à espera dos pacientes é no térreo, enquanto a sala de atendimento é no andar superior, que dispõe de poucas cadeiras para os pacientes aguardarem o acolhimento.

- **Arquivos e prontuários:** Os prontuários na unidade ficam alocados na mesma sala de atendimento médico/ enfermagem. Portanto, a separação de prontuários no decorrer do acolhimento, interromperia as consultas. A implantação do uso do sistema de prontuário eletrônico facilitaria o processo de triagem e atendimento.
  - **Organização do processo de saúde e capacitação da equipe:** Parte da equipe ainda encontra-se reticente quanto a mudanças no processo de trabalho e, certamente, com a implantação do acesso avançado, a princípio encontraremos dificuldade de aceitação por parte dos membros da equipe e da população, devido ao aumento da demanda de atendimentos, cumprimento rigoroso da carga horária, dentre outros aspectos do processo de trabalho que podem modificar a forma como os membros estão habituados.
  - **Oferta de serviços:** Nossa equipe ainda tem limitações quanto à oferta de serviços diversos, o que diminui nosso poder de resolução das demandas. Na nossa UBS de origem, por exemplo, não existe sala de emergência ou de inalação, portanto, quadros agudos que necessitam de intervenção imediata, são avaliados e referenciados para outra unidade que funciona como pronto atendimento. A maioria dos pacientes por serem cientes dessa limitação procura outro atendimento quando necessita, e só vai à consulta com a equipe quando a queixa foi, ao menos, parcialmente resolvida. Então demandas de cefaleia aguda, GECA, crise asmática não são comuns na nossa rotina. Os serviços ofertados na unidade são curativo, vacinação, atendimento médico e com a enfermagem. Não contamos com atendimento odontológico e consultas com o NASF são por meio de encaminhamento, mas atualmente devido à reforma, o atendimento está sendo feito em uma unidade distante, o que dificulta o acesso.
-

- 
- Conciliar os atendimentos agendados com a demanda espontânea talvez seja o maior desafio para a equipe, tanto dos atendimentos médicos quanto de enfermagem, pelas dificuldades estruturais já supracitadas.

Apesar de se tratar de um processo de mudança e adaptação difícil, acreditamos que com a entrega do novo espaço, poderemos organizar o processo de trabalho e introduzir gradualmente o acesso avançado. Com a aceitação da equipe, aumentaremos o número de atendimentos da semana, identificaremos melhor o perfil de demanda da comunidade, o que trará subsídios para elaboração de projetos e planos de ação, além de aprimorar o atendimento e resolutividade da equipe. O processo de implantação pode ser lento, mas deve ser iniciado e implantado de acordo com a realidade local.

Espera-se que em um futuro próximo, possamos implantar novas técnicas de acolhimento, trazendo à população facilidades crescentes de acesso, maior contato com a equipe e, conseqüentemente, maior resolutividade, com demandas resolvidas em curto prazo e com maior eficiência.

---

---



---

### **CAPÍTULO III: Atenção à saúde da gestante**

A taxa de mortalidade materna é um dos indicadores mais importantes para avaliar a saúde de um país ou região. O Brasil, desde 1990, vinha apresentando queda nos índices de mortalidade materna, principalmente à custa do componente de mortalidade por causas obstétricas diretas, as quais estão relacionadas à qualidade do cuidado pré-natal, durante o parto e do puerpério. Entre 1990 e 2007, a queda observada foi de 56% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Ministério da Saúde, em 24 de Junho de 2011, devido a essas elevadas taxas de morbimortalidade materno-infantil, principalmente quando comparadas às de países desenvolvidos, instituiu a Rede Cegonha, por meio da Portaria de número 1.459, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Rede Cegonha trata-se de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o acesso à atenção desde o período pré-concepcional até o puerpério, além de garantir um melhor cuidado à criança, garantindo nascimento e desenvolvimento saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Portaria 1.459/2011 cita como objetivos da Rede Cegonha: a criação de um novo modelo de cuidado à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, crescimento e desenvolvimento da criança do zero aos 24 meses; a organização desta rede de atenção para que garanta acolhimento e seja resolutiva; e a redução dos índices de mortalidade materna e infantil, principalmente neonatal, por meio da melhoria do acesso e da qualidade do pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O pré-natal é um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento, porém ainda não há consenso do número de consultas considerado adequado para uma assistência de qualidade. A Organização Mundial de Saúde considera ideal o pré-natal contar com mais de seis consultas, variando segundo o risco de cada gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A microintervenção realizada pela equipe 037 da UBS do Pacoval em Macapá- AP teve início com a realização de uma análise do processo de trabalho voltado para o atendimento pré-natal e a qualidade deste.

A partir dessa análise, pudemos identificar necessidades de intervenção em diversos estágios do atendimento à gestante, como a orientação da necessidade de busca ativa, para

---

---

facilitar o início precoce do pré-natal; a dificuldade de agendamento de consultas de primeira vez e dos retornos, que prejudicam alcançar o número de consultas adequado do pré-natal; e a ausência de ações voltadas à educação sobre saúde da mulher. Também identificamos pontos positivos como a qualidade do atendimento, onde é realizada tanto pela médica quanto pela enfermeira a orientação da gestante quanto a diversos aspectos do pré-natal, como a necessidade de comparecer às consultas, realização de exames, vacinação, identificação de sintomas habituais e sinais de gravidade, dentre outros aspectos.

O foco da intervenção foi melhorar o acesso da gestante às consultas e facilitar seu retorno, garantindo, assim o número de consultas orientado pelo ministério da saúde e a periodização adequada destas no decorrer dos trimestres da gestação. A medida adotada visa também aprimorar o contato da gestante com a equipe, facilitando a identificação de demandas e garantindo uma intervenção precoce em intercorrências.

Dos pontos avaliados como negativos escolhemos os seguintes para realizar intervenção:

- O dia de marcação era o mesmo dos demais pacientes, portanto enfrentavam problemas com a quantidade limitada de vagas, tempo de espera, sala de recepção lotada, dentre outros;
- Retorno às consultas em desacordo com a periodização preconizada pelo MS, pois a marcação de retorno dependia da gestante;
- Falta de controle entre a marcação de retorno para a consulta médica ou com a enfermagem, por vezes a paciente realizava consulta de primeira vez com a enfermeira, que orientava marcação de retorno com a médica, porém, por erros na comunicação a paciente retornava novamente em consulta com a enfermagem;
- Menor abrangência de seguimento do pré-natal, devido aos empasses supracitados.
- No período em que estamos alocados em outra unidade de saúde, o atendimento do NASF ficou restrito a uma UBS distante da área da equipe, o que dificultou o acesso das gestantes ao atendimento complementar com nutricionista, psicólogo, assistente social ou outros, segundo necessidade.

Os objetivos da intervenção foram:

- Aprimorar o contato da gestante com a equipe e facilitar seu acesso às consultas;
-

- 
- Eleger um espaço na agenda médica e da enfermagem para o programa de pré-natal;
  - Evitar filas desnecessárias para marcação na agenda do programa;
  - Cumprir as orientações do Ministério da Saúde quanto ao número de consultas mínimas e sua periodização;
  - Promover educação em saúde às gestantes;
  - Facilitar o acesso aos serviços do NASF;

Para cumprir os objetivos citados, adotamos as seguintes medidas:

1. Marcação de retorno como responsabilidade da equipe no dia da consulta da gestante, o que facilita o acesso e permite seguir as orientações do MS quanto à periodização do pré-natal.
2. Ação em saúde em parceria com o NASF, realizada no espaço de uma igreja localizada próxima à área da equipe, onde foi realizado grupo de conversa com os profissionais para sanar eventuais dúvidas, consultas, e realização de teste rápido. Este foi o meio temporário que encontramos de trazer o atendimento de outras especialidades às gestantes, que se queixavam da dificuldade de acesso e marcação de consultas com o NASF.
3. Garantir a manutenção da educação em saúde também dentro das consultas durante o pré-natal, ensinando sobre sintomas comuns da gestação e sobre sinais de gravidade, sinais de trabalho de parto e quando procurar o atendimento de urgência.

Percebemos como pontos positivos da intervenção uma maior organização e controle da equipe sobre o programa de pré-natal; melhor controle sobre a falta às consultas, que permite uma busca dessa paciente para identificar o motivo do absenteísmo; maior facilidade de acesso à gestante, uma vez que suas consultas são todas agendadas pela equipe a cada consulta; melhora da qualidade do pré-natal, que passou a seguir de forma mais acurada as recomendações do Ministério da Saúde, garantindo melhor acompanhamento da gestante, avaliação de exames, resolução de queixas, e controle de intercorrências.

A realização desta intervenção nos deu noção da dimensão da dificuldade em conseguir instituir um programa de pré-natal de qualidade que realmente atenda às

---

---

---

necessidades da gestante e da complexidade dessa linha de cuidado. A importância desse problema se inscreve nos números ainda altos de mortalidade materna e é nosso papel intervir.

Ainda há muito a ser melhorado e uma das próximas metas da equipe é ampliar a educação em saúde de gestantes e mulheres em idade fértil através da realização periódica de reuniões, criando rodas de conversa com o objetivo de sanar dúvidas que eventualmente não sejam tiradas durante a consulta e ensinar sobre temas relevantes sobre a saúde da mulher, como anticoncepção e planejamento familiar, DST's, cânceres prevalentes nessa população e seu rastreamento, dentre outros.

---

---



---

## CAPÍTULO IV:

### **Saúde mental: um cuidado negligenciado**

A atenção à saúde mental ainda é um tema negligenciado, quando comparado com outras afecções em saúde que tem sua fisiopatologia bem elucidada, e parte disso se deve à complexidade dessa área. Na formação médica, por exemplo, ainda predomina a visão de que o médico deve focar apenas no raciocínio clínico fisiopatológico baseado em evidências científicas, dessa forma, a medicina, de forma geral, tem dificuldade em lidar com o sofrimento de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Anteriormente, no Brasil, o cuidado em saúde mental era baseado na política manicomial e funcionava por meio de internação hospitalar por tempo indefinido dos indivíduos com desordens psíquicas. Entretanto, a partir de 1980, houve uma mobilização social para mudar esse modelo, o que configurou a Reforma Psiquiátrica, que visava reinserir o indivíduo na sociedade, garantindo o exercício de sua cidadania e um modelo de atenção mais humanizado, longitudinal e que não fosse baseado apenas em sintomas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A atenção básica tem como princípio ser uma importante porta de entrada do SUS, portanto, assume-se que esse conceito se estenda também às demandas em saúde mental. A ESF, por sua grande abrangência, acolhe com frequência pacientes em sofrimento psíquico, mesmo aqueles sem diagnóstico específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A atenção básica como porta de entrada para a saúde mental tem como vantagem a proximidade entre o profissional de saúde que a Estratégia de Saúde da Família possibilita que é de grande importância em se tratando do cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, no qual seus fatores biopsicossociais são muitas vezes predominantes na gênese de sua queixa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Um exemplo de atendimento realizado pela equipe, que chamou minha atenção e que ilustra os conceitos supracitados, é o caso de uma mulher de 54 anos, usuária de álcool e dependente de crack, que foi identificada em uma visita domiciliar que tinha como foco sua mãe, uma idosa de 70 anos com sequelas de hanseníase. Durante a visita a idosa mostrou-se preocupada, pois a filha havia saído no dia anterior para buscar material para seus curativos e até então não havia retornado e ela sabia que o motivo da demora era que a filha havia voltado a usar substância. A agente nos informou que essa situação já era conhecida por ela, que a paciente não escondia sua dependência, mas que estava em

---

---

abstinência há quase um ano. Foi então marcada nova visita, na qual acionamos o NASF. A psicóloga do NASF, durante a visita, conversou com a paciente, investigou sua história, motivação para o uso e identificou que o provável gatilho para a recaída havia sido o falecimento do seu pai. Foi perguntado se a paciente tinha desejo de realizar tratamento para seu quadro, e diante de uma resposta positiva, foi realizado encaminhamento para o CAPS-AD. Além disso, foram solicitados exames de rastreio para IST's, pois a paciente relatou a prostituição como fonte de renda para manter seu vício. Orientamos a paciente quanto aos riscos e os próximos passos do seu acompanhamento.

Visando garantir melhor cuidado desse grupo de indivíduos, foi criada uma ficha a ser distribuída para cada agente comunitário, para que possam registrar os casos identificados na área e trazer para discussão com a equipe e definir melhor abordagem para cada um. O instrumento que será entregue aos agentes foi criado em forma de tabela, onde pode ser registrado o nome, data de nascimento, diagnóstico prévio (se existir), medicações em uso e data de início do atual tratamento. Os dados trazidos pelos agentes serão consolidados em uma tabela única, que será utilizada pela equipe para programar ações e cuidados individuais ou em grupo, além de garantir um melhor acompanhamento ao paciente.

O trabalho de identificação e o posterior manejo dos pacientes em sofrimento psíquico são complexos, pois exige boa percepção por parte do profissional para perceber o problema e aceitação do paciente quando lhe é ofertada ajuda. Em áreas como da nossa equipe, em que há predomínio de uma população de baixa renda com baixo nível educacional essa abordagem se torna ainda mais difícil, pois o insight parece ser menor, o que prejudica a busca por atendimento. Além disso, o preconceito que permeia a questão psicológica, em uma sociedade onde problemas como depressão e ansiedade são negligenciados e que muitas vezes ditados irrelevantes, cria uma barreira entre os pacientes e os profissionais, partindo do princípio de que essas queixas por si só já são difíceis de serem expostas e necessitam de estabelecimento de confiança entre as partes.

A rede de cuidados em saúde mental na cidade ainda é muito frágil e seu funcionamento está aquém do desejado. O CAPSad, por exemplo, que acolheria a paciente do caso acima, fica localizado no centro da cidade e é de fácil acesso, porém seu espaço é reduzido e sua forma de funcionamento não garante ideal seguimento dos pacientes, principalmente dos que precisam de um acompanhamento mais intensivo. As atividades consistem em consultas médicas e com psicólogo, rodas de conversa, atividades lúdicas, e

---

---

internação durante o dia. Entretanto, por não ter funcionamento 24 horas, os pacientes voltam às suas realidades após as 18h, o que favorece o contato com substâncias ou situações de vulnerabilidade. O que se percebe é que muitos pacientes buscam o serviço não somente pelo desejo de abandonar a dependência, mas também pelo acolhimento recebido.

O CAPS III funciona de forma semelhante, mas é voltado para o atendimento dos pacientes com os demais diagnósticos que não dependência ou abuso de substâncias. Suas atividades visam reintroduzir o indivíduo na sociedade, por meio de atividades que o tornem mais funcional e também através das consultas. Entretanto, possui as mesmas limitações da CAPSad.

O apoio do NASF acontece principalmente através das visitas domiciliares nos dias que eles disponibilizam a equipe. Desde que nossa UBS entrou em reforma, as consultas ambulatoriais são realizadas em outra unidade de saúde que fica distante da nossa área, o que dificulta o acesso do usuário. Por esses motivos, os pacientes não conseguem ter um acompanhamento longitudinal com o NASF, o que reduz a eficiência do cuidado.

Esperamos que no futuro tenhamos uma rede de atenção à saúde mental mais consolidada, com a atenção básica conseguindo fazer a captação e seguimento longitudinal dos pacientes, um sistema de referência e contra referência eficaz, educação social que diminua os estigmas sobre esse grupo de doenças e, assim, tenhamos um cuidado humanizado e integral do indivíduo.

---

---



---

## **CAPÍTULO V:**

### **Atenção à saúde da criança**

A rede Cegonha instituída em 24 de Junho de 2011 através da portaria nº 1459, foi organizada a partir de quatro componentes, sendo um deles o Puerpério e a Atenção Integral à Saúde da Criança. Seus objetivos perpassam pela organização da rede de Atenção à Saúde Materna e infantil, de forma que estas garantam acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011).

As ações preconizadas pela Portaria nº1459 voltadas para a atenção à saúde da criança abrangem o aleitamento materno e a alimentação na infância, a visita domiciliar na primeira semana após o nascimento e a busca ativa de crianças vulneráveis (BRASIL 2011).

O Ministério da Saúde considera a realização da primeira consulta do neonato na primeira semana de vida como de grande importância, pois possibilita auxiliar a família em possíveis dificuldades que estejam encontrando, realizar orientações quanto à amamentação, imunização, higiene e segurança, e avaliar os testes de triagem. Além disso, recomenda o uso da visita domiciliar como instrumento, o que facilita o vínculo com a família e permite avaliar a mãe e o recém nascido em seu ambiente familiar (BRASIL, 2012).

A partir do estudo do módulo de atenção à saúde infantil, pudemos analisar o as ações da equipe nesse âmbito e identificar as lacunas existentes no processo de trabalho, garantindo melhorias contínuas na atenção a esse grupo.

Muito ainda deve ser feito para ofertar um seguimento eficiente à população infantil, que vai desde ações de educação da população até organização do trabalho da equipe para garantir maior controle dos riscos e abrangência no atendimento.

A tentativa de garantir um bom acompanhamento de puericultura, na nossa equipe, inicia ainda no pré-natal, onde no último mês, durante as consultas com a enfermeira e médica, são realizadas orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, as potenciais dificuldades nos primeiros dias após o nascimento, a não introdução de alimentos antes dos 6 meses sem antes consultar a enfermeira ou a médica, a importância do acompanhamento nas consultas de puericultura e a frequência dessas consultas no primeiro ano.

---

---

Após o nascimento, pactuamos em realizar as consultas da primeira semana através da realização de visita domiciliar, pois facilita o acesso da equipe ao recém-nascido e à puérpera, que muitas vezes têm dificuldade de acesso à unidade e, por isso, acaba não realizando essa primeira consulta em tempo hábil e permite avaliar a realidade em que a família está inserida.

Nesse primeiro contato, além da realização do exame físico da mãe e do recém-nascido (RN), é dada ênfase nas dúvidas da família sobre os cuidados com o RN e nas orientações sobre higiene, sintomas comuns, sinais de gravidade, precauções de segurança, dentre outras. Além disso, é feito o agendamento para a próxima consulta do primeiro mês. Essa conduta foi implantada há pouco tempo e ainda precisa de ajustes, pois por ser uma equipe com grande área de abrangência e número de agentes de saúde (nove micro-áreas), a organização das visitas por vezes é dificultada.

As consultas subsequentes são realizadas em padrões semelhantes, porém em sua maioria, acontecem na Unidade Básica de Saúde, em regime de agendamento em um dia específico para atendimento infantil. As consultas são agendadas sempre durante a consulta em curso para garantir melhor acompanhamento. São realizadas a cada mês até o 6º mês e a partir de então a cada dois meses até o 12º mês de vida.

O crescimento é avaliado em toda consulta a partir da aferição dos dados antropométricos e registro na carteira da criança e no prontuário. Também são pesquisados e registrados os marcos de desenvolvimento de cada idade.

Dentre as principais queixas que são trazidas pelas mães em consultas, a inapetência ganha destaque e, na maioria das vezes, após investigação percebe-se que se trata mais de uma seletividade alimentar da criança do que a falta de apetite em si. Por esse motivo, o tema alimentação na infância é bastante reforçado em todas as consultas infantis, principalmente a partir do sexto mês, quando iniciamos a transição alimentar, a qual requer muito compromisso dos pais e conhecimento do médico a respeito da realidade da sua comunidade. A partir do 3º mês iniciamos sempre a profilaxia para anemia, quadro frequentemente diagnosticado nas crianças acima de dois anos da nossa área.

Entretanto, apesar das ações acima citadas, a equipe ainda possui muitas dificuldades no cuidado integral à criança, principalmente quando esse cuidado requer realizações de busca ativa. Por exemplo, o cadastramento das crianças não se encontra atualizado e o rastreamento de pacientes em situações de risco (vacinação ou consultas atrasadas) não é realizado, em parte por falta de maior comunicação dos agentes de saúde.

---

---

Com o objetivo de corrigir essa lacuna, realizamos uma reunião para pactuar algumas mudanças necessárias. Inicialmente, foi proposta a realização de um recadastramento, em busca de atualizarmos os dados da população adscrita e de redistribuirmos as microáreas em virtude da saída de um dos agentes de saúde, o que deixou parte da área descoberta.

A equipe concordou em utilizar o momento do recadastramento para realizar atualização dos dados sobre estado vacinal das crianças, sendo estes anotados em fichas espelho, distribuídas pela secretaria de saúde, para posterior acompanhamento. Além disso, objetiva-se também a identificação de crianças vulneráveis. A partir do levantamento desses dados, será elaborado plano de ação para vacinação, seja por meio das visitas domiciliares, ações de saúde coletiva ou apenas orientações de comparecimento à unidade de saúde, a depender de cada caso e para o acompanhamento das crianças de maior risco.

Será realizada capacitação com os agentes comunitários e técnicas de enfermagem sobre imunização na infância, explanando sobre o calendário vacinal atual, tipos de vacinação, prazo para realização de cada uma e possíveis efeitos colaterais, para que estes estejam aptos a tirar dúvidas e realizar orientação correta da comunidade.

Dado este passo, conseguiremos ter melhor compreensão dos problemas de saúde infantil da área e elaborar planos de acordo com as demandas levantadas durante o processo. Além disso, conseguiremos um melhor acompanhamento longitudinal, maior cobertura vacinal e assim, maior integralidade na atenção à saúde da criança.

---

---



---

## **CAPÍTULO VI:**

### **Os desafios no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis.**

O atendimento de pacientes com doença crônica não transmissível é um grande desafio para nossa equipe. Desde o início do trabalho na equipe, no início deste ano, este tem sido um ponto discutido nas reuniões, e as dificuldades de se estabelecer uma rotina de cuidado efetiva e abrangente são muitas.

O desafio se inicia na conscientização dos pacientes, pois, por serem doenças crônicas, requerem maior disciplina e algumas abdições durante o tratamento. O controle de doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e obesidade exige uma alteração do estilo de vida do paciente, que vai desde a adoção de hábitos mais saudáveis, até a utilização de múltiplos medicamentos, o que para muitos é considerado um transtorno. Iniciar e, principalmente, manter uma rotina de vida mais saudável muitas vezes não é valorizado pelo paciente, e por ser contrário à rotina que o paciente levou durante toda a sua vida, é de grande dificuldade convencê-lo da real importância dessas mudanças.

Outro fator influente nesse sentido é o próprio conhecimento do paciente sobre sua doença, principalmente por lidarmos com uma população predominantemente de baixa renda e escolaridade. É comum durante o atendimento, ao serem questionados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, os pacientes responderem que apenas tomam o medicamento quando estão sentindo algum mal-estar ou “dor de cabeça”, outros ainda chegaram a iniciar o tratamento, mas por estarem assintomáticos, acreditam que estão curados e, por isso, abandonam o medicamento. Essa visão limitada a respeito da gravidade de suas condições também reduz a busca por atendimento ou o comparecimento às consultas previamente agendadas.

No que diz respeito ao processo de trabalho da equipe, a falta de organização e registro de dados (cadastro e seguimento) e de controle dos hipertensos e diabéticos da área dificulta a visualização do panorama dessas condições da comunidade e consequentemente limita a capacidade de ação e resolutividade da equipe.

Atualmente o atendimento dos hipertensos e diabéticos se dá através de consultas agendadas e das visitas domiciliares. Foi orientado aos Agentes Comunitários que priorizassem, no agendamento das visitas domiciliares, além dos acamados, os hipertensos e diabéticos de difícil controle ou com má adesão ao tratamento, para que pudéssemos ter maior contato e melhor seguimento desse grupo. Para os pacientes de primeira vez ou os

---

---

que já fazem acompanhamento, porém de forma irregular, na primeira consulta é colhida uma anamnese minuciosa e são solicitados exames em busca de lesões de órgãos alvo ou outras comorbidades, além de auxiliar na classificação de risco e levantamento de metas terapêuticas. Encaminhamentos são realizados de forma oportuna. De acordo com o grau de controle da doença, então, esses pacientes têm seu retorno agendado e em cada consulta é reforçado a necessidade desse acompanhamento para evitar as complicações agudas e crônicas dessas condições.

Entretanto, essa forma de atendimento ainda está longe de ser a ideal para uma atenção holística desse grupo. Então, buscando avaliar os pontos mais frágeis do nosso processo de trabalho, foi respondido o questionário de prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual pode ser encontrado no Anexo 2. A partir da análise do questionário, pudemos perceber que as maiores lacunas se encontram no processo de levantamento e organização dos dados para acompanhamento desses pacientes. Não possuímos instrumentos de classificação de risco dos pacientes, então as consultas acontecem, na sua maioria, por meio da demanda dos próprios pacientes, quando deveríamos priorizar os de maior risco.

A partir da identificação das necessidades de intervenção, criamos um plano de ação para a realização de mudanças compatíveis com a realidade da nossa equipe. Percebemos que para iniciar qualquer ação precisaríamos ter a real noção do panorama dessas doenças na nossa comunidade, e para isso, tínhamos que contar com dados atualizados e criar um instrumento para mantê-los assim.

Existe na equipe um livro de cadastro voltado para o programa HIPERDIA, entretanto é pouco utilizado. Foi então pactuado que esse livro seria levado nas visitas domiciliares para que pudéssemos alimentar esses dados constantemente. Além de ser utilizado pelas técnicas nos dias de atendimento ambulatorial do HIPERDIA, juntamente com a médica e a enfermeira. Nesse livro consta a data de atendimento, dados antropométricos, medida da pressão arterial e glicemia capilar, medicações em uso (nome e doses) e conduta resumida. Além disso, será anotada a cada consulta, a classificação da hipertensão, e realizado no decorrer das consultas subsequentes o cálculo do risco cardiovascular adicional, o que norteará os próximos atendimentos, através da definição de metas terapêuticas e priorização dos pacientes de alto risco. A lista dos casos de maior gravidade será repassada também aos agentes de saúde, para que mantenham maior vigilância.

---

---

A equipe iniciou também o processo de recadastramento dos seus usuários, em busca de atualização dos dados da população em geral, mas com enfoque nos grupos prioritários, como crianças, hipertensos, diabéticos, tabagistas, dentre outros. Esse processo é o passo inicial para a organização do trabalho da equipe. Sem dados atualizados, não podemos mensurar a resolutividade da equipe e, conseqüentemente, dificulta traçar planos de trabalho eficazes para sanar os déficits encontrados. A partir do levantamento desses indicadores, poderemos realizar novas reuniões e definir novas ações, como a instituição de um grupo de apoio a hipertensos e diabéticos.

Algumas lacunas ainda não puderam ser preenchidas por questões estruturais, como a ampliação da agenda ambulatorial para o programa HIPERDIA, a realização do exame de pé diabético e de fundo de olho, já que nossa unidade ainda não conta com os aparelhos para a realização de tais testes.

Ainda há muito que realizar para conseguirmos contemplar todas as prioridades levantadas pelo PMAQ e assim melhorar o acesso à saúde da nossa comunidade. É um trabalho gradual que deve ser sempre repensado e coordenado para que as mudanças instituídas não sejam perdidas ou abandonadas. Precisamos ainda de maior interação e colaboração entre a equipe, para que seja cumprido o que foi pactuado, pois só assim teremos resultados consistentes e garantiremos o cumprimento do nosso papel de garantir adequado acesso à saúde para nossa comunidade.

---

---



## CAPÍTULO VII:

<b>Nome da Intervenção</b>	<b>Resumo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Plano de Continuidade</b>
<b>Um passo em busca de maior resolutividade da equipe.</b>	A intervenção consistiu em avaliação da equipe por meio do instrumento da AMAQ, a partir do qual identificamos os pontos de pior desempenho da equipe. O ponto escolhido para intervenção foi o de coordenação de cuidados, envolvendo o controle de encaminhamentos médicos, cujo objetivo era instituir uma ferramenta de registro do fluxo de referência e contra referência.	Foi desenvolvida uma planilha no programa Excel para o registro dos encaminhamentos realizados. Inicialmente, a planilha era abastecida diariamente, gerando dados importantes para planejamento de ações futuras, entretanto, devido a problemas estruturais, por ser digital, não tivemos como mantê-la atualizada. Atualmente, mantemos o registro desses dados em fichas de papel de produção diária, porém de forma não consolidada. Outra dificuldade encontrada foi a comunicação entre os diversos níveis de atenção.	Com o retorno da equipe para sua unidade de atendimento original no final desse ano, planejamos reiniciar o registro dos dados, diariamente, no momento da consulta no instrumento previamente criado para consolidá-los. Dessa forma, teremos melhor controle dos encaminhamentos e retornos e, também indiretamente, da resolutividade da equipe. O monitoramento da aplicação do plano será realizado até o fim de fevereiro de 2019, e a partir de então, mensalmente, pela médica.
<b>Nova visão sobre acolhimento e organização da agenda</b>	A microintervenção proposta nesse módulo foi a capacitação da equipe de saúde da família, apresentando o modelo de demanda espontânea e suas vantagens, e discutir formas de implantar de forma gradual esse modelo, com o objetivo de melhorar o acesso do usuário e a	Foi realizada reunião com a equipe, onde, em um primeiro momento, foi discutido o modelo da agenda, que se dá quase em sua totalidade por meio de consultas agendadas, foram levantadas as desvantagens inerentes a esse modelo e	A implantação do acesso avançado faz parte do planejamento da equipe para o momento em que retornarmos à Unidade de Saúde em que atuávamos. Será reorganizada a agenda de forma que parte seja voltada para os

	<p>resolutividade da equipe.</p>	<p>apresentado à equipe o acesso avançado. O atendimento por demanda espontânea não pode ser instituído, a princípio, por diversos motivos que envolvem principalmente a estrutura da unidade de saúde (que, no momento, encontra-se em reforma). Mantemos, portanto, a predominância do modelo de agendamento. Porém, as demandas espontâneas são atendidas sempre que ocorrem, seja por procura direta na unidade, seja por intermédio dos agentes de saúde.</p>	<p>programas de cuidado de populações específicas e outra parte voltada para o atendimento em demanda espontânea, a princípio, e gradualmente, acostumando a comunidade e a equipe ao modelo de acesso avançado. Contaremos com uma sala com disponibilidade integral, o que facilitará a organização da equipe. Dessa forma, acreditamos que conseguiremos garantir um atendimento mais eficiente e abrangente. A transição inicial para demanda espontânea deve ser concluída até março de 2019, com a organização e monitoramento sendo realizados pela médica, enfermeira e técnicas em saúde.</p>
<p><b>Atenção à saúde da gestante</b></p>	<p>A microintervenção se iniciou com uma análise do processo de trabalho da equipe voltado para o atendimento pré-natal, em busca de identificar os pontos positivos e negativos, segundo o instrumento de avaliação da AMAQ. O foco da intervenção foi melhorar o acesso da gestante às consultas e facilitar seu retorno e, dessa</p>	<p>A marcação do retorno como responsabilidade da equipe no próprio dia da consulta facilitou o acesso das gestantes, garantindo que esta tenha a qualidade e quantidade de consultas ideais de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Essa medida também favoreceu um maior</p>	<p>Planejamos ampliar o conceito de acesso avançado também ao atendimento de pré-natal para que a gestante tenha maior abertura para procurar atendimento se tiver intercorrências ou dúvidas, e assim, facilitar ainda mais seu acesso. Criaremos um calendário de educação em saúde, com eventos</p>

	<p>forma, também aprimorar seu contato com a equipe. Foi pactuado então que a marcação de retorno seria de responsabilidade da equipe no dia da consulta de cada gestante. Para facilitar o acesso a outras especialidades, foi realizada ação em saúde em parceria com o NASF. Foi reforçada a necessidade de educação em saúde também durante o pré-natal.</p>	<p>contato da gestante com a equipe, principalmente nos períodos finais da gestação, quando as consultas se tornam semanais. As gestantes que faltam às consultas são contatadas para novo agendamento. A educação em saúde foi reforçada durante o pré-natal, focando também em assuntos relacionados ao puerpério.</p>	<p>inicialmente mensais, onde pretendemos contar com a presença de profissionais de outras especialidades para orientar as gestantes sobre temas referentes à gestação e ao cuidado com o recém-nascido. Por meio da educação em saúde, almejamos atingir também as mulheres em idade fértil, para realizar um planejamento pré-concepcional. Os eventos de educação em saúde devem ser realizados a partir de Janeiro de 2019 e, a partir de então, mensalmente. Sendo organizados por toda a equipe e monitorados pela médica e enfermeira. Já a agenda deve ser reorganizada até o final de Março de 2019.</p>
<p><b>Saúde mental: um cuidado negligenciado</b></p>	<p>A microintervenção desse módulo partiu da avaliação do caso de uma paciente atendida pela nossa equipe e pela análise da rede de atenção à saúde mental no estado. Percebemos que há muitas falhas no cuidado a esse grupo, que vão desde a dificuldade diagnóstica, perpassam por preconceitos tanto dos pacientes quanto da sociedade, os quais atrasam a busca por ajuda,</p>	<p>Infelizmente não tivemos os resultados esperados com a microintervenção, pois entramos em um processo de recadastramento da população adscrita na nossa área e o foco do processo de trabalho da equipe passou a ser este. Então o instrumento criado para registro dos</p>	<p>Planejamos seguir com a identificação dos pacientes em sofrimento psíquico, retomar a utilização do instrumento de registro criado para cada agente e consolidação desses dados em um único instrumento (tabela digital), com auxílio dos dados levantados no recadastramento, com o prazo até Abril de</p>

	<p>e terminam na dificuldade de um acompanhamento longitudinal devido à desestruturação da rede de atendimento. A intervenção consistiria em um levantamento por meio de busca ativa dos pacientes de saúde mental para posteriormente criar um programa de acompanhamento dos mesmos.</p>	<p>pacientes em sofrimento psíquico deverá ser realizado em um segundo momento. Temos também dificuldade na identificação de pacientes que ainda não possuem diagnóstico, por isso, em casos de suspeitas, os agentes de saúde são orientados a informar a equipe para agendar consulta ou visita domiciliar.</p>	<p>2019. A partir de então, de acordo com a prevalência de cada comorbidade, e juntamente com o NASF, elaboraremos planos de enfretamento, seja por meio do reforço no acompanhamento desses pacientes individualmente ou em grupos, ou ainda com encaminhamentos para outros serviços da rede. A atualização de dados deverá ser feita pelos agentes de saúde bimestralmente e monitorada pela médica e enfermeira.</p>
<p><b>Atenção à saúde da criança</b></p>	<p>Nesse módulo, foi realizada análise do processo de trabalho voltado para a assistência à criança. Pontuamos as ações positivas da equipe (educação em saúde, consultas de puericultura agendadas de acordo com orientações do Ministério da Saúde, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, e primeira consulta de puericultura em visita domiciliar). Realizamos, então, avaliação das lacunas existentes e idealizamos possíveis formas de, gradualmente, resolvê-las. Pactuamos que o início das ações se daria por meio de</p>	<p>Iniciamos o recadastramento de cada uma das 10 (dez) microáreas da equipe e confirmamos que os dados estavam defasados. Está sendo realizado então cadastro das crianças adscritas e levantamento da situação vacinal, que guiará uma ação de vacinação ao término do recadastramento. O processo ainda não foi concluído, por se tratar de uma área extensa, mas percebemos a importância da realização deste, pois precisamos de dados que reflitam a real</p>	<p>Após o recadastramento, o plano de continuidade engloba a criação de um instrumento de registro das crianças em situação de vulnerabilidade para que possamos realizar um acompanhamento mais estrito. Para as crianças de risco habitual, pretendemos utilizar um livro ou planilha digital de registro à parte para anotar os dados a cada consulta. Além disso, devemos reforçar as ações de educação em saúde, voltadas para alimentação saudável e segurança na infância.</p>

	<p>um recadastramento das áreas, para que tivéssemos dados fidedignos (situação vacinal e crianças vulneráveis), que nortearão as ações em saúde a partir de então.</p>	<p>situação de saúde da população para criarmos estratégias efetivas para enfrentamento dos eventuais problemas encontrados.</p>	<p>O recadastramento deve ser finalizado até o final de Março de 2019, a partir de então, a atualização dos dados deve ser cobrada mensalmente dos agentes de saúde pela enfermeira, para o planejamento de novas ações. A vacinação será realizada concomitante ao recadastramento.</p>
<p><b>Os desafios no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis.</b></p>	<p>O cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis é um grande desafio na atenção básica. Nesse módulo, por meio do questionário de prioridades do PMAQ, identificamos que as lacunas do processo de trabalho da equipe se encontram no levantamento e organização dos dados para acompanhamento desses pacientes. Foi pactuado então que seria realizada a atualização dos dados dos hipertensos e diabéticos cadastrados na área e também a utilização do livro de registros do HIPERDIA nas consultas ambulatoriais e visitas domiciliares.</p>	<p>Iniciamos a atualização dos dados dos pacientes cadastrados na área, reforçamos o cuidado com o registro dos dados no prontuário, porém ainda não retomamos a utilização do livro de registros do HIPERDIA, pois ainda encontra-se desatualizado. Encontramos dificuldades no rastreamento de lesões de órgão alvo, devido à dificuldade do paciente de acesso a certos exames. Percebemos que para melhor abrangência do atendimento a esses pacientes, visto que temos uma grande quantidade de casos descompensados, precisamos ampliar a agenda.</p>	<p>A partir do retorno à nossa unidade de saúde, prevista para Janeiro de 2019, a equipe planeja ampliar a agenda para atendimento do programa de HIPERDIA, bem como facilitar o acesso por meio da implantação do acesso avançado, citado na primeira microintervenção. Ao término do recadastramento, em Março de 2019, pretendemos consolidar os dados dos pacientes hipertensos e diabéticos no livro do HIPERDIA ou em uma planilha digital, de forma que essas informações sejam sempre abastecidas. Além disso, identificaremos os pacientes em acompanhamento irregular para priorizá-</p>



			<p>los nas visitas domiciliares. A estratificação de risco será adotada nas consultas para auxiliar na coordenação do cuidado, também a partir de Janeiro de 2019. Com esses dados, saberemos a quais grupos dispensar maiores esforços. O monitoramento será realizado pela médica e pela enfermeira e o cadastramento por toda a equipe em conjunto.</p>
--	--	--	--



---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe, em quaisquer áreas, é de grande complexidade, pois envolve indivíduos com diferentes visões e perspectivas, em busca de um único objetivo coletivo. Por isso, os meios encontrados para se alcançar esse objetivo podem divergir, e no trabalho em equipe, o alinhamento dessas ideias muitas vezes é um processo difícil e demorado.

As experiências relatadas no texto acima envolvem esse conceito e exemplificam uma equipe em processo de ajustes dentro da realidade vivida. As reuniões, a princípio, eram pouco produtivas, havia muitas divergências em cada classe de profissionais, principalmente por ser uma equipe grande. Algumas propostas não foram bem aceitas no início, porém posteriormente se tornaram hábitos. Outras medidas não conseguiram se perpetuar e devem ser repensadas e replantadas na rotina de atendimentos. De forma, geral, tivemos bons resultados e grandes avanços na organização do processo de trabalho da equipe, pois mesmo sendo pequenos passos, estas foram etapas primordiais na construção de algo maior nos próximos anos.

O foco de cada microintervenção foi a criação de uma base sólida de informações a respeito da comunidade em que trabalhamos, para delinear um panorama de sua realidade e só assim conseguirmos traçar planos de enfrentamento. Essa etapa exigiu esforço mútuo da equipe para iniciar um recadastramento de toda a área, o qual é um processo demorado, porém necessário. O envolvimento e aceitação da equipe não foi uniforme, a princípio, entretanto está sendo realizado e, logo em um primeiro momento já nos trouxe a percepção da defasagem dos dados que tínhamos.

Apesar das dificuldades estruturais citadas em todas as microintervensões e das dificuldades na coordenação do trabalho dentro da própria equipe, acreditamos que essa etapa possibilitará o aprimoramento do cuidado ofertado, aproximando-o cada vez mais do preconizado pelo Ministério da Saúde, e conseqüentemente, trazendo benefícios à nossa população.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2012.
  2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Brasília: 2017.
  3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica, n.28, Volume I. Brasília: 2013.
  4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: 2012.
  5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.
  6. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n.34. Brasília: 2013.
  7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: 2012.
- 
-

---

## APÊNDICES

---

---

**Descrição do padrão:** 4.9. A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.

**Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:** A equipe não realiza controle dos encaminhamentos às especialidades nem retornos.

**Objetivo/meta:** Criar e aplicar instrumento de registro/controle de encaminhamentos a especialidades e retornos.

<b>Estratégias para alcançar os objetivos/ meta</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>
Criar instrumento para registro dos encaminhamentos a especialidades.	Criar por meio do programa Microsoft Excel uma tabela de registro dos encaminhamentos às especialidades, contendo os dados dos pacientes, hipótese diagnóstica, data do encaminhamento e data do retorno.	- Computador. - Folhas A4. - Impressora.	- Possuir um meio de registro e monitoramento dos encaminhamentos realizados pela equipe. - Possuir meio de registro do retorno dos pacientes após consulta especializada.	- Médica; - Enfermeira;	Maior/2018	- Número de encaminhamentos por mês. - Lista atualizada dos encaminhamentos do mês.

---

## ANEXOS

---

---



## Anexo 2 - Questionário - PMAQ.

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?	✓		✓	
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?	15 dias		15 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		✓		
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	✓			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				✓
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?	✓		✓	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	✓			
A equipe programa as consultas 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?		✓		
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?		✓		✓
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		✓		✓
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?			✓	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				✓
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				✓

**EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE**

<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	✓	
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?	✓	
<b>Se SIM no item anterior, quais ações?</b>		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	✓	
Oferta ações voltadas à atividade física		✓
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	✓	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	✓	
Encaminha para serviço especializado	✓	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		✓