



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

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE EM BOA VISTA, RR**

FARLEY SOARES CANTIDIO

NATAL/RN
2018

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE EM BOA VISTA, RR**

FARLEY SOARES CANTIDIO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Marília Rute de Souto Medeiros

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem como princípios a melhoria nas condições de saúde da população e na qualidade de vida dos cidadãos, mediante métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, para articular ações de prevenção e promoção da saúde. Nesse contexto, destaca-se a região de Roraima, que contempla o acréscimo das demandas de saúde, pelo aumento populacional devido à imigração venezuelana, ocasionando impacto em todos os setores sociais e econômicos. O trabalho teve como objetivo descrever como ocorreram as microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Dalmo Silva Feitosa de Boa Vista/RR, além de identificar os seus principais problemas de saúde. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, ocorrido na UBS Dalmo Silva Feitosa, da cidade de Boa Vista/RR. A articulação com os integrantes da equipe, a discussão entre os profissionais e a abertura para participação dos usuários evidenciaram boas práticas de saúde, tais como o estímulo aos grupos operativos de Hiperdia, puericultura e saúde mental; a aproximação das gestantes para o acompanhamento do pré-natal precoce e mais efetivo, bem como a redução das complicações do puerpério e da primeira infância. Os resultados, a partir das seis microintervenções, permitiram a modificação no modo de conduzir a assistência, com a priorização das ações de promoção da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Prevenção primária.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
OBJETIVOS.....	10
METODOLOGIA.....	10
CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde.....	11
CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....	16
CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.....	20
CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	24
CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.....	28
CAPÍTULO VI: O Desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Minha Unidade de Saúde.....	32
CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	

APRESENTAÇÃO

[A Atenção Primária à Saúde é elemento precípua do Sistema Único de Saúde, cujos princípios se norteiam pela melhoria nas condições de saúde da população e na qualidade de vida dos cidadãos, mediante métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, para articular ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua. Todavia, enfrenta obstáculos, lacunas e desafios relacionados especialmente a um descompasso entre a oferta e a demanda dos serviços. Nesse contexto, destaca-se a região setentrional do Brasil, especificamente o estado de Roraima, que contempla o acréscimo das demandas de saúde, pelo aumento populacional devido à imigração venezuelana, ocasionando impacto em todos os setores sociais e econômicos dos municípios.

O resultado dessa expansão demográfica contribuiu para a marginalização dos imigrantes, relegando-os a condições precárias de vida, à inacessibilidade ao emprego, à falta de condições dignas de alimentação, moradia, saneamento básico e saúde, conseqüentemente, elevando o quantitativo de atendimentos nas unidades básicas de saúde, em virtude da problemática descrita, além de contar com o incremento nos casos de doenças infectocontagiosas, especialmente o sarampo, e das infecções sexualmente transmissíveis.

Nesse sentido, considerando os desafios porque passa o estado de Roraima e a necessidade crescente de reduzir os problemas de saúde, a falta de acesso aos serviços, a morosidade e inadequação dos processos de trabalho, um estudo descritivo do tipo relato de experiência foi realizado na Unidade Básica de Saúde Dalmo Silva Feitosa, na cidade de Boa Vista/RR, como pré-requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde (PEPSUS).

O curso, com duração de 48 semanas e carga horária total de 360 horas, foi organizado em três eixos: Eixo I – Investigação em Atenção Primária à Saúde; Eixo II – Itinerários Formativos na Atenção à Saúde; Eixo III – Gestão em Atenção Primária à Saúde. Além disso, a proposta pedagógica da especialização foi sustentada em uma base clínica e de saúde coletiva e, transversalmente ao curso: promoção da saúde e vigilância à saúde, atenção à demanda espontânea e programada, educação em saúde, gestão do cuidado e controle social, planejamento, monitoramento e avaliação com foco nos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.

Este estudo foi motivado pelo desejo e anseio em melhorar a assistência da população atendida pela UBS Dalmo Silva Feitosa, localizada na Macroárea 2.0, Bairro Cauamé do município de Boa Vista/RR. A unidade é dividida em duas equipes e a Equipe 1.6, da qual o faço parte, possui seis Agentes Comunitários de Saúde e atende um total de 3.637 habitantes, 1.086 famílias, sendo 1.221 pessoas com idade entre 0 a 18 anos, 2.248 usuários entre 19 e 59 anos e 168 idosos a partir de 60 anos de idade.

O trabalho foi organizado em seis capítulos, que correspondem a semelhante número de microintervenções no território, sobre um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, conforme a disposição a seguir:

- **CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde:**

Primeira etapa do estudo, com levantamento dos principais problemas verificados na UBS, a partir da reunião em equipe, com a definição da matriz de intervenção com os pacientes diabéticos e hipertensos da área.

- **CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

Segunda fase: organização dos fluxos de atendimento na UBS, uniformização, revisão dos processos, esclarecimento aos usuários sobre os objetivos do acolhimento e melhoria nos agendamentos e assistência à demanda espontânea.

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

Terceira etapa: ações para reduzir a gestação indesejada na adolescência e os diagnósticos tardios de gravidez. Melhoria no acesso ao pré-natal, pelo acompanhamento precoce, especialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde e profissionais de saúde, objetivando a evolução satisfatória do conceito ao período neonatal, reduzindo as complicações maternas e fetais. Oferta dos principais contraceptivos com discussão sobre as vantagens e desvantagens de cada método.

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

Quarta fase: reconhecimento dos pacientes, atendidos pela UBS, com diagnóstico de transtorno mental, aproximação da família com a equipe de saúde para estabelecimento de um plano terapêutico mais efetivo e com inserção social. Trabalho para redução dos danos atribuídos ao uso de substâncias lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas na comunidade.

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

Redução das doenças infectocontagiosas em crianças, notadamente o sarampo, com estratégias de vacinação, bloqueios vacinais, busca ativa, investigação dos contatos. Incentivo à puericultura, realização do teste do pezinho, orientações sobre a nutrição no primeiro ano de vida, aspectos do crescimento e desenvolvimento e principais afecções da infância.

- **CAPÍTULO VI: O Desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Minha Unidade de Saúde**

Última fase: promoção do autocuidado, estímulo à promoção da saúde, redução das complicações do diabetes e hipertensão arterial, organização dos grupos operativos de idosos, portadores de doenças crônicas com o intuito de adesão terapêutica e aproximação dos usuários à UBS.

Dessa forma, a partir do conteúdo exposto nesses cenários da Atenção Primária à Saúde, além da importância que cada intervenção possui para a otimização dos serviços, buscou-se realizar um relato de experiência sobre as principais ações realizadas durante o período, com o objetivo de melhorar o processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde Dalmo Silva Feitosa, com vistas a continuidade do que ora se configurou exitoso e ajustando o que ora se identificou passível de ordenação.

Para tanto o presente trabalho, teve como objetivo descrever como ocorreram as microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Dalmo Silva Feitosa de Boa Vista/RR, além de identificar os seus principais problemas de saúde.

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, ocorrido na UBS Dalmo Silva Feitosa, da cidade de Boa Vista/RR. Para o desenho metodológico, foram realizadas seis etapas de intervenção com temas centrais e objetivos pré-estabelecidos, a partir da tomada de decisão pela equipe de saúde, aliada às sugestões da população, sempre com a meta de melhorar a assistência e atendimento aos usuários. Ademais, em determinadas fases do estudo, houve espaço para revisão dos processos e adequações que visassem a correção de eventuais erros identificados na condução do estudo.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dalmo Silva Feitosa, inaugurada em 2018, localizada no Bairro Cauamé, zona Oeste do município de Boa Vista-RR, com área de 183,18 m², situada na Macroárea 2.0, apresenta duas equipes que atuam no território correspondente, sendo que a Equipe 1.6, da qual faço parte, possui seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos em 6 Microáreas.

Segundo o último Relatório da Situação de Saúde, obtido a partir da ficha SSA2, realizado em março de 2018, a UBS possui o quantitativo de 64 diabéticos e 200 hipertensos cadastrados e em acompanhamento pela Equipe 1.6. No ano de 2018, a equipe verificou que, do total de 983 atendimentos individuais realizados, 119 correspondiam à assistência aos hipertensos e 88, aos diabéticos entre os meses de janeiro a fevereiro. Nesse contexto, o diagnóstico situacional apontou que a maioria dos usuários atendidos com essas doenças crônicas, apresentavam controle insatisfatório dos índices glicêmicos e pressóricos, resultando sobremaneira no aumento de descompensações e dificuldades no tratamento.

Para Ribeiro et al. (2008), o diagnóstico representa a etapa primária do planejamento, porque reflete o método de análise e identificação do cenário real e das necessidades para o exercício profissional com êxito e repostas satisfatórias. Objetiva a tomada de decisão com a finalidade de organizar e corrigir o serviço, quando esse se depara ante uma situação crítica; identifica os problemas; estabelece prioridades; observa fatores que limitam o desenvolvimento de ações, estabelece diretrizes; proporciona aprendizado; identifica e reorganiza a área física, material e equipamento e, essencialmente, clarifica a realidade institucional para todos os atores sociais e, dessa forma, permite o planejamento, coordenação e controle dos processos.

Considerando a UBS e todos os profissionais comprometidos com a captação, cadastro e assistência aos portadores de doenças crônicas, o cenário verificado, após reunião de equipe, foi a necessidade de aproximação dessa população prioritária com a Atenção Básica, para que uma estratégia de intervenção fosse viabilizada com o objetivo de identificar fatores relacionados ao insucesso terapêutico dessas morbidades, melhorar os serviços de saúde e reduzir as complicações agudas e crônicas da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Desse modo, a fim de que uma solução viável e a contento fosse estabelecida na ingerência dessa problemática, ao realizar o módulo de Observação na Unidade de Saúde do

Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), após responder a última Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ), identifiquei, em colaboração com os demais profissionais, que a UBS não apresentava grupo operativo que trabalhasse regular e prioritariamente com a população diabética e hipertensa.

Assim, quanto à subdimensão atenção integral à saúde da AMAQ, dois itens foram pontuados como prioridade, correspondendo às seguintes situações problema:

- 1) A equipe de atenção básica não identificava e mantinha satisfatoriamente o registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- 2) A equipe de atenção básica não realizava cotidianamente ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.

A partir do exposto, todos os profissionais da UBS decidiram pela realização de grupos operativos de diabéticos e hipertensos, cujo primeiro encontro com os portadores de diabetes mellitus, ocorreu dia 10/05/2018, quando, na oportunidade, o médico discutiu sobre as temáticas nutrição e uso das medicações pelo diabético.

Para a discussão com os usuários, foram utilizadas as informações do “Manual de nutrição: pessoa com diabetes”, que conforme Alvarez (2009), é um material disponibilizado aos profissionais, que lidam com o diabetes, aos pacientes e seus familiares, além de amigos, cujo objetivo é esclarecê-los de que uma alimentação equilibrada e balanceada é, inevitavelmente, a chave para o controle metabólico, resultando em um estilo de vida mais saudável.

O “Manual de Contagem de Carboidratos para Pessoas com Diabetes” do Departamento de Nutrição e Metabologia da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), também foi utilizado como referencial teórico. Segundo Bruno et al. (2016), a contagem de carboidratos objetiva a alimentação saudável, na qual o paciente ingere todos os grupos de alimentos. Além disso, os autores enfatizam que o segredo decorre da relação entre as porções adequadas de alimento e sua associação com o tratamento medicamentoso.

Após a confecção de material multimídia, os diabéticos foram reunidos em uma sala do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do bairro Cauamé, em dia agendado, onde foram discutidos os principais aspectos nutricionais, que os participantes poderiam utilizar no seu cotidiano e adequá-los ao seu estilo de vida e à realidade local.

Durante o evento, houve oportunidade para troca de experiências entre os usuários, interatividade em grupo, esclarecimento de dúvidas e participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e acadêmicos da terceira série do curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Na ocasião, todos os diabéticos foram submetidos a aferição de glicemia capilar, pressão arterial, medidas de circunferência abdominal e relação cintura-quadril.

Os resultados dessa experiência revelaram os seguintes aspectos, com relação à população presente:

- Os diabéticos desconheciam em parte sobre como deva ser uma refeição saudável;
- Elevado consumo de carboidratos com alto índice glicêmico;
- Refeições com reduzida variedade de cores e com baixo valor nutricional;
- Usuários com relação cintura-quadril (RCQ) variando de 0,91 a 0,98 e circunferência abdominal, de 91 cm a 112 cm;
- Número inferior de refeições mínimas diárias e tempo excessivo de jejum, excedendo até em 4 horas.
- Uso da medicação diferente da posologia prescrita, com inobservância do cumprimento do horário estabelecido em receita médica.

Na etapa final do evento, decidiu-se pela importância e continuidade do grupo e que novos encontros seriam marcados, pelo menos uma vez a cada dois meses. Em seguida, os usuários trocaram experiências entre si e foram convidados a realizar uma refeição saudável com os alimentos que foram exemplificados durante a conversa e apresentação.

Diante do exposto e dos resultados encontrados, a equipe concordou que seria igualmente necessária a aplicação de um instrumento de coleta de dados, para investigar o conhecimento desses usuários sobre sua terapia medicamentosa e avaliar questões nutricionais dessa população diabética.

Para o levantamento de dados, foram construídas dez fichas (ANEXOS A) que deveriam ser utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aplicadas aos diabéticos de suas respectivas microáreas. Anteriormente a essa etapa, o médico se reuniria com os ACS e explicaria sobre as questões abordadas nos formulários, para o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir durante a aplicação.

Após essa etapa, os dados seriam tabulados e, posteriormente, analisados com o objetivo de estabelecer propostas de intervenção. Dessa forma, em um segundo momento, a equipe, mediante os resultados obtidos, construiria novas estratégias para a continuidade e operacionalização do grupo de diabéticos, como ação de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.

CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

O Ministério da Saúde, ao priorizar cada vez mais a humanização, instituiu um modelo para fortalecer o conceito de redes, vínculos e a corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores. Para isso, organizou uma ferramenta e um novo modo de assistir os usuários denominado de acolhimento, que surge como um meio capaz de permitir a reflexão e mudanças durante a assistência, por interrogar questões clínicas e relacionais nos processos de atenção em saúde (LOPES et al., 2015).

Segundo sua definição, a ação de acolher “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, 2013, p.20).

Esse novo método, construído para a qualificação dos sistemas de saúde, permite ao indivíduo o acesso a uma recepção justa e integral, por meio de uma abordagem multiprofissional e baseada na intersetorialidade. Portanto, é um instrumento capaz de consolidar o SUS e efetivar os princípios constitucionais (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

No entanto, apesar de a ampliação da rede básica ter permitido acessibilidade geográfica, o que se nota é uma desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda, levando a descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamento nas unidades básicas de saúde (SOUZA et al., 2008).

Atualmente, a organização e o fluxo nas Unidades Básicas de Saúde procuram seguir os princípios do Caderno nº 28 da Atenção Básica, que discute o “Acolhimento à demanda espontânea”. De acordo com esse modelo, “o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele” (BRASIL, 2013, p. 20). A partir dessa abordagem centrada na pessoa, o que se busca, na atualidade, é a redução no tempo de espera para marcação de consultas, melhor acompanhamento dos pacientes, sem deixar de seguir as ações de saúde das demandas programadas.

Todavia, apesar das tentativas em otimizar cotidianamente os serviços, segundo Mendes, Silva e Moysés (1996), o exercício profissional dos médicos ainda passa pelos seguintes problemas:

- Consultas limitadas ao binômio queixa-conduta, com reduzido esforço do médico, em meio ao elevado número de atendimentos, para elevar o padrão clínico de sua consulta;

- A demanda é excessivamente reprimida e, a qualquer empenho em tentar modificá-la, se esbarra na resistência por parte da equipe em engessar o padrão de assistência e a rejeitar mudanças.

Considerando o contexto apresentado e a realidade da Unidade Básica de Saúde Dalmo Silva Feitosa, onde trabalho, surgiu a necessidade de uma intervenção que trabalhasse com o acolhimento. Na UBS em questão, as duas enfermeiras de cada equipe são as responsáveis pela escuta dos usuários, encaminhamento e programação ao atendimento, conforme classificação de risco. Desde que o processo foi instituído, a equipe procura seguir as recomendações do "Caderno nº 28", a fim de que a população não saia insatisfeita, tampouco deixe a UBS sem ser ouvida.

Contudo, há algumas fragilidades no sistema local: determinados usuários, especialmente os idosos, não entendem sobre o que de fato representa o "acolhimento"; em algumas ocasiões, a classificação de risco não está em conformidade à sintomatologia apresentada pelo paciente durante a consulta; a elevada demanda em períodos críticos ocupa a agenda programada, reduzindo a quantidade de vagas e aprazando o atendimento por um tempo maior ao esperado; nem todos os profissionais da UBS estão alinhados aos preceitos do acolhimento.

Para reduzir as dificuldades encontradas, a equipe de saúde decidiu trabalhar com a população, esclarecendo-a sobre o que é o "acolhimento", sua importância e como ele é realizado na UBS. Durante a primeira etapa, foi realizada a educação permanente e reunião com todos os profissionais para discussão sobre o que de fato estava em consonância ao "Caderno nº 28" e o que precisava de ajustes, segundo a necessidade do território e da população.

Logo após essa fase, os agentes comunitários de saúde ficaram responsáveis por realizar um circuito de palestras e conversa diária com os pacientes, eliminando as dúvidas sobre essa nova forma de atendê-los, a fim de que nenhum cidadão deixasse a UBS sem compreensão do processo ou saísse sem ser escutado. Para isso, a equipe confeccionou um material multimídia (FIGURAS 1 a 10) que foi projetado e seguiria sendo utilizado durante a rotina com os aspectos sobre o acolhimento.

Para solucionar os problemas de estratificação de risco e questionamentos sobre os protocolos, após a leitura dos cadernos da Atenção Básica e conversa em grupo, os profissionais da UBS definiram sobre os aspectos relacionados à definição de atendimento

imediatamente, prioritário, o que deveria ser atendido no dia e o que poderia ser agendado, a partir da escuta inicial.

Além disso, a programação e o trabalho com grupos operativos foram amplamente discutidos pela equipe, uma vez que poderiam contribuir para a otimização das consultas de diabéticos e hipertensos e liberar espaços na agenda para outras demandas em períodos críticos.

Considerando a natureza e a especificidade de determinadas condições clínicas, especialmente no que diz respeito à terapêutica, ao acompanhamento prolongado e à necessidade de visitas frequentes às unidades, outro item abordado foi a manutenção de uma demanda programada de pré-natal, puericultura, atendimento aos portadores de doenças crônicas e aos indivíduos em tratamento de tuberculose e hanseníase. Assim, nenhum grupo da UBS deixaria de ser oportunamente ouvido e acolhido, segundo à política de humanização do Ministério da Saúde.

Mediante o exposto, chegou-se à conclusão de que, embora o processo de acolher os usuários já estivesse em prática na UBS, ainda havia pontos que demandavam correção e acerto, por parte da equipe.

Assim, a realidade local corrobora com que afirmam Coutinho, Barbieri e Santos (2015, p. 521) de que “o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta uma justificativa para as dificuldades apresentadas, tanto por profissionais quanto por usuários”.

CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

Durante a juventude, a gravidez pode trazer uma diversidade de experiências, a despeito da etapa de vida em que ocorre, porque se coaduna com as relações familiares, as decisões do casal, a situação socioeconômica, aspectos religiosos e uma série de fatores que interferem na resposta e aceitação de uma vida que se aproxima (BRASIL, 2013).

A gestação, especialmente quando ocorre na adolescência, desperta uma variedade de consequências para o jovem, tais como a prorrogação ou comprometimento dos projetos educacionais, menor chance de qualificação profissional e dependência financeira absoluta da família. Além disso, conduz à impossibilidade de completar a função do indivíduo em transição para a fase adulta, diminuindo a chance de qualificação profissional, com reflexos evidentes na inserção futura no mercado de trabalho (TABORDA et al., 2014).

A partir do exposto, ressalta-se a importância que representam a escola e os serviços de saúde, como elementos de transposição das barreiras e orientadores dos jovens. Eles constituem a possibilidade de um canal de comunicação, que constrói uma relação de confiança, para que a sexualidade do adolescente seja percebida, as dúvidas sejam eliminadas e que a prevenção tanto da gestação quanto das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) possam ser apoiadas pelas famílias (TABORDA et al., 2014).

Considerando a atenção primária o elemento e o elo entre os usuários com a assistência, as pesquisas têm cada vez mais procurado discutir o papel que as redes possuem na organização das estratégias de reprodução populacional. Essas investigações mais atuais seguem enfatizando a importância de que os profissionais de saúde trabalhem como o público juvenil, esclarecendo-o sobre os direitos e opções terapêuticas disponíveis.

Em estudo realizado com departamentos regionais de saúde paulistas, Nasser et al. (2017), verificaram que a implementação da saúde sexual e reprodutiva nos serviços de atenção primária à saúde era incipiente. Para os autores, a fim de solucionar essa assistência inadequada e insuficiente, eliminando os obstáculos enfrentados, seria necessário a revisão das finalidades do trabalho, a disseminação de tecnologias e o investimento em educação permanente.

Ainda com relação ao planejamento reprodutivo, Pierre e Clapis (2010) afirmam que é importante a capacitação para os profissionais de saúde, atividades educativas com grupo de usuários, de forma rotineira, sendo que as temáticas não devem enfatizar apenas os métodos contraceptivos considerados, mas também discutir e apresentar a variedade

existente, para que o indivíduo, após discussão com o profissional, saiba escolher a melhor contracepção de acordo com o perfil e a eficácia a que se destina.

Dessa forma, considerando a realidade caracterizada neste cenário de microintervenção e o levantamento realizado pelos profissionais da equipe Dalmo Silva Feitosa, relacionado à saúde sexual e reprodutiva do bairro, os seguintes problemas foram identificados:

- Elevado número de gestantes com gravidez não-planejada;
- Início tardio do acompanhamento de pré-natal;
- Gestação na fase jovem da vida, especialmente na adolescência;
- Falha do método contraceptivo durante o período pré-concepcional e puerpério;
- Ausência de grupo de planejamento reprodutivo, para discutir aspectos de uma gestação programada e, em contrapartida, a possibilidade de evita-la por meio de métodos oferecidos pela Unidade Básica de Saúde;
- Falta de discussão em grupo sobre diversidade sexual, relações de gêneros, prevenção de HIV/AIDS e outras ISTs, especialmente com os adolescentes.

A partir das situações identificadas, a equipe de saúde decidiu pela organização do grupo de gestantes, para que as intervenções fossem colocadas em prática. Para a realização, as mulheres foram convidadas, durante consulta de pré-natal, a participar do encontro em data previamente agendada.

Durante o evento, foram discutidos aspectos relacionados ao aleitamento materno exclusivo e aos métodos de contracepção no puerpério. Com relação à amamentação, mediante recurso visual, foram projetadas imagens sobre os benefícios do leite materno para a criança, orientações sobre a pega correta, enfatizando a importância do vínculo entre a mãe e o lactente, desde o momento pós-parto até o período mínimo de 6 meses.

Na oportunidade, foram esclarecidas dúvidas sobre os principais testes de triagem neonatal (pezinho, orelhinha e olhinho), quando devem ser realizados e a sua importância. Houve, portanto, um momento em que as gestantes, presentes no encontro, puderam tirar dúvidas, interagir entre si e questionar sobre as dúvidas ligadas ao pré-natal e puerpério.

Quanto a contracepção, foram apresentados os métodos disponíveis na Unidade Básica de Saúde, suas vantagens e as desvantagens; os que são contraindicados durante o período de lactação; os critérios de elegibilidade para laqueadura tubária e a vasectomia, segundo os protocolos do Ministério da Saúde.

Assim, procurou-se a garantia dos princípios propostos na legislação brasileira, que afirma: “para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção, conforme a Lei n. 9.263 (BRASIL, 1996). Além disso, foram pontuados os critérios e enfatizado que a prescrição só poderia ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com a informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Os resultados, após intervenção local na UBS Dalmo Silva Feitosa, apontam a necessidade do trabalho com o público jovem, para reduzir as problemáticas elencadas, a partir do diagnóstico situacional. Conforme Cerqueira-Santos et al. (2010), é preciso levar em consideração o adolescente inserido no contexto que forma seu ambiente ecológico e identificar fatores de risco, para que a rede protetiva seja fortalecida e as ações tenham repercussão no desenvolvimento da sexualidade. Para os autores, os programas de controle de fecundidade e prevenção de ISTs devem ser ofertados e promover a acessibilidade nos contextos em que ocorrem.

Outro desafio a ser vencido pela atenção básica refere-se ao número significativo de gestantes que procuram atendimento pré-natal tardiamente. No estudo de Rosa, Silveira e Costa (2014), que investigou os fatores associados à não-realização de pré-natal, os autores encontraram que as variáveis ligadas à ausência das grávidas nos serviços de saúde eram a menor escolaridade, especialmente menos de quatro anos de estudo; o fato de ser solteiras e múltiparas. Além disso, com relação à distância entre a residência da mulher e o serviço de Atenção Primária a Saúde (APS) mais próximo, a maior ocorrência de não realização do pré-natal foi observada na categoria de 500 a 1.000 metros.

Desse modo, todos esses resultados conferem com a realidade local do bairro Cauamé, uma vez que grande parte do público faltante corresponde às gestantes que residem no interior do município de Boa Vista-RR e, na sua maioria, jovens/adolescentes, com problemas conjugais e familiares e que já apresentam paridade elevada, sem condições socioeconômicas adequadas.

Rosa, Silveira e Costa (2014), propõem uma reorganização das ações, que priorizem as gestantes com as características de risco identificadas, como ponto inicial de inclusão das mulheres na APS, proporcionando uma melhor cobertura. Para isso, recomendam que haja uma integração de programas locais que atuem com o grupo materno-infantil, como o “Bolsa-Família”.

Na realidade do Estado de Roraima, destaca-se o “Família Que Acolhe (FQA)”, que corresponde à uma política pública integral para a primeira infância, ao cuidar da criança desde a gestação até os seis anos de idade, garantindo o acesso à saúde, educação e desenvolvimento social de maneira integrada. O FQA prioriza o atendimento de filhos de mães de baixa renda, adolescentes, gestantes participantes do Bolsa Família, reeducandas gestantes do sistema penitenciário, famílias que recebem o Bolsa Família, cadastradas no CadÚnico e em vulnerabilidade social.

Portanto, além dos cuidados profissionais, orientações e serviços oferecidos, garante o acesso à assistência à saúde das usuárias, mediante o transporte, enxoval para as mães que não disponibilizam de recursos financeiros para adquiri-lo e a compreensão de que a mulher vislumbra uma nova perspectiva do cuidar.

Dessa forma, os resultados apontam a necessidade de que as Unidades Básicas de Saúde estabeleçam parcerias com os mais variados setores (educação nas escolas, assistência social, ampla divulgação nos meios de comunicação, universidades, lideranças da comunidade), para ampliação da cobertura do atendimento, evitando, assim, que muitas usuárias deixem de participar do planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, sem o devido apoio dos setores de saúde.

Essas iniciativas contribuem para a manutenção do princípio doutrinário do SUS da equidade, quando minimizam as disparidades entre os usuários, que encontram dificuldade de acesso e proporcionam atendimento aos que mais necessitam, mantendo a justiça, a imparcialidade a isenção e a neutralidade do cuidado.

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

A saúde mental constitui um eixo de assistência na Atenção Primária à Saúde que precisa constantemente ser aprimorado, porque lida com grupos de usuários que demandam acompanhamento crônico, consultas mensais e reavaliações periódicas (BRASIL, 2015).

Todavia, antes de estabelecer melhorias e otimização dos serviços, é importante que os profissionais conheçam a realidade local, as fragilidades e os aspectos positivos relacionados à linha de cuidado, além da articulação de sua Unidade Básica de Saúde com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2015).

A partir dessa necessidade de entender sobre o modelo organizado para o atendimento ao usuário com transtorno mental, a equipe da UBS Dalmo Silva Feitosa realizou uma reunião para verificar se a unidade cumpria os requisitos mínimos do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade de Atenção (PMAQ). Após responder aos principais questionamentos, os seguintes problemas foram identificados:

- A equipe não possuía um registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de modo geral;
- Não havia o registro do número de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico;
- A equipe não possuía o registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os resultados identificados foram considerados preocupantes, pelo fato de os profissionais desconhecerem o total de indivíduos com doença mental e o número de usuários de álcool e outras drogas no território adscrito. Além disso, a falta desse registro dificultava o acesso da população aos serviços de saúde e não garantia uma agenda programada de atendimento. Durante essa fase, a equipe discutiu que, para solucionar os principais itens dessa problemática, seria essencial a identificação de todas as regiões do território em áreas de risco (pacientes em uso de psicotrópicos e aqueles com dependência química).

Assim, com o intuito de melhorar a assistência, decidiu-se pela implantação do livro de registros de atendimento em saúde mental, agenda com marcação de consultas de forma programada e seguimento de rotina dos pacientes que necessitam de consulta médica e renovação de receitas. Outra intervenção proposta foi o uso de prontuário físico e eletrônico

desses usuários, para o controle dos pacientes faltosos, os que possuem episódios de agudização e com dificuldade de acesso à Unidade Básica de Saúde. A aproximação com o núcleo familiar foi um aspecto amplamente valorizado, para a construção de um espaço de cuidado para as famílias, desde o convite para estarem na instituição de saúde, por meio do efetivo e cotidiano investimento nas relações entre os envolvidos, até a visita domiciliar para o reconhecimento de fatores que possam estar direta e indiretamente dificultando a inserção social e o sucesso terapêutico.

Para efetivação das estratégias delineadas, a equipe resolveu começar com alguns dos pacientes que, no momento, necessitavam de uma maior atenção. Durante essa etapa, os profissionais trouxeram à discussão um caso de uma usuária de 32 anos que, recentemente, havia sido tomada por um sentimento de tristeza, anedonia e isolamento, impossibilitando-a de exercer as atividades no ambiente de trabalho. Como uma tentativa de permitir o acesso da usuária à Unidade Básica de Saúde, decidiu-se pela realização de uma visita domiciliar, que fora negada pela paciente no primeiro instante, embora ela tivesse concordado em comparecer à UBS para o atendimento agendado. Neste sentido, a fim de obter melhores resultados com o caso apresentado, houve a articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), solicitando a presença de uma psicóloga para abordagem multiprofissional durante o atendimento à paciente com transtorno depressivo.

Após o atendimento inicial, seria estabelecido o plano terapêutico, com o agendamento do retorno programado e os devidos encaminhamentos, caso necessário, para o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

A experiência relatada serviu para o conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Boa Vista, organizada com os serviços que incluem o CAPS II, CAPS III, CAPS AD III e leitos psiquiátricos no Hospital Geral de Roraima, com a articulação da Atenção Primária à Saúde, NASF e serviço de urgência e emergência do SAMU, para os casos de crise aguda ou surto psicótico.

As experiências com a saúde mental permitiram a compreensão da rede, os procedimentos de referência e contrarreferência e os caminhos possíveis do paciente conforme suas necessidades. Durante a realização das atividades, alguns obstáculos foram encontrados, como a dificuldade em trabalhar com os usuários de álcool e drogas que dificilmente procuram ajuda espontaneamente, a depender do nível de dependência e do reconhecimento de que a recuperação depende de outras pessoas e setores.

Evidentemente, a família representa o elo entre o indivíduo, a Atenção Primária à Saúde e o convívio social e, sem ajuda dos familiares, o paciente poder-se-ia sentir sem o apoio e confiança. Para contribuir no reforço terapêutico que essas relações podem trazer, destacam-se as reuniões individuais entre família e profissionais para abertura de espaço das reflexões.

O desafio e as expectativas com a microintervenção são a de permitir encontros periódicos sobre saúde mental, organização de grupos que permitam uma aliança que contribua tanto no cuidado ao paciente quanto na ajuda de seus próprios familiares.

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

As ações de saúde relacionadas à criança, especialmente o crescimento e desenvolvimento, necessitam ser rotineiramente aventadas pelos profissionais, porque é, mediante as discussões, que a equipe consegue obter diagnósticos precoces e propor terapêutica eficiente com resultados satisfatórios.

O infante, inserido no cenário da Atenção Primária à Saúde, é acompanhado desde o pré-natal, quando os recursos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde são disponibilizados para o seguimento concepcional e a manutenção da boa vitalidade na gravidez. A fim de que a gestação, o parto e o puerpério ocorram com o mínimo de complicações possíveis, reduzindo, assim, os fatores que eventualmente contribuam para a mortalidade neonatal e infantil, algumas questões precisam ser respondidas por todos os que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde.

A partir desse propósito, os trabalhadores da UBS Dalmo Silva Feitosa se reuniram para identificar as atividades que possuíam e aquelas que precisavam ser implementadas. A equipe concluiu que realizava puericultura semanalmente, às quintas-feiras, com agenda fixa e programada, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde e utilizava a caderneta de saúde da criança durante o atendimento. Com relação ao acompanhamento da infância, os profissionais concordaram sobre a necessidade e o dever de continuar a registrar no prontuário a situação vacinal, o crescimento e desenvolvimento, o estado nutricional, os testes de triagem neonatal, a violência familiar e os acidentes.

Após considerar a importância dos registros, todos discutiram sobre a ausência do cartão espelho na unidade, o que poderia dificultar a busca ativa dos casos de crianças faltosas para a puericultura, vacinas, crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal e acidentes domésticos, incluindo os casos de violência familiar, prematuridade e baixo peso. Todavia, alguns pontos foram considerados positivos e praticados pela equipe no tocante à Pediatria, tais como as ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, estimulado no grupo de gestantes e durante o atendimento de pré-natal e puericultura; além do incentivo aos “10 passos para uma alimentação saudável”, presente no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2013).

Apesar de não contar com esse cartão, um tipo específico de estratégia para a busca ativa das crianças, a equipe concordou que a integração entre médicos, enfermeiros e odontólogos, vacinadores e técnicos de enfermagem é essencial para a obtenção de melhores

resultados com a saúde infantil. Em outras palavras, o reconhecimento de todos os funcionários de que a criança requer uma atenção plural e integrativa, configura uma estratégia exitosa. Por exemplo, o médico que, no momento da consulta de puericultura, identifica a criança, cujo cartão de vacina esteja incompleto e sem a primeira dose de vitamina A, e logo encaminha o paciente para a dose do suplemento e, em seguida, para a imunização, mantém a boa comunicação entre os profissionais e segue comprometido com a visão multiprofissional da assistência.

Simultaneamente, o técnico de enfermagem, ao verificar os dados antropométricos de um pré-escolar, identifica uma alteração nas curvas de crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, comunica ao médico, a fim de que a situação seja imediatamente avaliada, contribui para o sucesso das ações integrativas. Assim, esses dois casos ilustram e confirmam o grau de importância de uma equipe coesa na assistência pediátrica.

Outro ponto que precisa ser estimulado pelas equipes de saúde é a realização de grupos e rodas de conversa para a discussão dos principais temas infantis, reunindo a comunidade, os pais e, até mesmo, contando com a adesão dos professores nas escolas como coparticipes desse processo. Nesse momento, os profissionais descontrolam o binômio paciente-consultório e se aproximam de um ambiente cada vez mais familiar. Dessa forma, é possível o melhor entendimento dos principais problemas por que passam as crianças do território, o reconhecimento das situações de vulnerabilidade, a fim de que estratégias sejam traçadas para solucioná-los.

A dimensionalidade que norteia a saúde da criança chama a atenção pelo fato de que ela normalmente ultrapassa as linhas do tempo. Isto é, o profissional de saúde precisa compreender que aquela criança obesa poderá ser a mesma da geração futura com doenças crônicas, quem sabe diabética, ora com síndrome metabólica e hipertensão arterial, ora com déficit de desenvolvimento, representando a catástrofe de um processo mal construído e ineficazmente acompanhado durante a infância.

Os resultados dessa intervenção revelam que há muito a ser feito pela saúde das crianças e que, embora alguns serviços já estejam consolidados, sempre sobram espaços para retificar e rediscutir as ações, porque as sociedades são dinâmicas e evoluem no decurso do tempo. Portanto, a equipe precisa se preparar para as novas demandas sociais, adequar-se ao modelo atual e propor soluções a partir dos dados encontrados.

CAPÍTULO VI: O Desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Minha Unidade de Saúde

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ganharam destaque no cenário brasileiro, sobretudo pela elevada parcela na mortalidade observada no Brasil, chegando a 72% das mortes ocorridas em 2007, sendo a morbimortalidade com maior ocorrência entre a população mais pobre. Um aspecto que chama atenção é que, apesar da diminuição da mortalidade padronizada por idade atribuída às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, houve aumento da prevalência de diabetes e hipertensão arterial, conseqüente à prevalência do sobrepeso e obesidade, devido à inadequação nutricional e metabólica e ao sedentarismo (SCHMIDT et al., 2011).

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), com o intuito de trabalhar a problemática das doenças crônicas, decidiu realizar o levantamento dos dados referentes à população adscrita ao território e atualizá-los, durante os meses de agosto e setembro de 2018.

O resultado dessa etapa, que contou com a colaboração dos agentes comunitários de saúde e demais integrantes da equipe 1.6, permitiu concluir que a população atendida pelos profissionais totalizava 3.637 habitantes, distribuídos em 1.086 famílias. A partir desse quantitativo, o número de diabéticos encontrado foi o de 89, sendo 30 homens e 59 mulheres. Quanto aos hipertensos, verificou-se um total de 185, divididos em 71 do gênero masculino e 114 do gênero feminino.

Após o conhecimento sobre a realidade local, os profissionais de saúde procuraram responder às principais perguntas relacionadas às doenças crônicas do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e as respostas encontradas foram as seguintes:

- A equipe realiza consultas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, com o tempo médio de 3 a 5 dias para a primeira consulta, exceto para os casos de descompensação que configuram prioridade na agenda, conforme as diretrizes de acolhimento da Política Nacional de Humanização (PNH).
 - A UBS realiza periodicamente grupos operativos com os diabéticos e hipertensos, a uma frequência mínima de um encontro a cada 2 meses, onde são discutidos aspectos inerentes às principais condições clínicas dos
-

portadores de doenças crônicas, otimização do tratamento, relatos e trocas de experiências entre os usuários com semelhantes condições e outras temáticas que se fizerem necessárias.

- Para a redução dos fatores de risco cardiovasculares, a equipe realiza, durante a triagem, a antropometria de todos os pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus com pesagem, medição de estatura e cálculo do índice de massa corpórea, glicemia capilar e aferição de pressão arterial, antes que o usuário ingresse na sala de atendimento.
- Os pacientes que, durante o atendimento na atenção primária à saúde, são identificados pela necessidade de acompanhamento com cardiologia, endocrinologia, oftalmologia e nutrição recebem o devido encaminhamento para atenção secundária.

Ao identificar que muitos aspectos ainda necessitam de ajustes, a fim de que melhores resultados sejam alcançados, a equipe decidiu pela continuidade dos grupos de hipertensos e diabéticos, estratificação de risco dos usuários, trabalho com os pontos nutricionais dos usuários e das principais complicações pela não adesão à terapia medicamentosa.

No princípio das discussões, sob o ponto de vista técnico, a equipe concordou que o médico e o enfermeiro devem rotineiramente realizar o exame das mãos e pés do diabético na busca de neuropatias autonômicas e motoras, perda de sensibilidade, presença de lesões e úlceras plantares, para que uma intervenção precoce seja instituída. O exame fundoscópico torna-se imperioso pela capacidade de evidenciar lesões vasculares iniciais, em uma fase anterior à etapa de maior gravidade, configurando-se como instrumento essencial para avaliação tanto de diabéticos quanto de hipertensos.

Para ratificar as decisões tomadas, a equipe de saúde ainda trouxe à discussão a última experiência vivida com um grupo operativo de hipertensos. Na ocasião, compareceram aproximadamente 20 pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, que participaram como ouvintes e atores sociais durante uma palestra sobre as consequências cardíacas, renais, arterial periférica e cerebrais, em virtude de uma condição crônica mal compreendida ou com baixa adesão terapêutica. Os resultados, advindos da educação em saúde, reforçam a importância do trabalho em grupo, a discussão com a população sobre as suas dúvidas e o esclarecimento das consequências a curto e médio prazo das comorbidades.

Depreende-se do exposto, que as equipes necessitam trabalhar com ações de saúde que estimulem cada vez mais a autonomia do indivíduo e a modificação do estilo de vida, como opção adjuvante e não menos importante, para a redução das incapacidades, sequelas e mortalidade provenientes das doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, com um olhar mais atento e compassivo, frente as dificuldades encontradas pelos pacientes em manter o ótimo controle de sua doença, o profissional identifica fatores intervenientes que possam estar alheios ao ambiente do consultório e que podem se clarificar com uma boa roda de conversa.

CAPÍTULO VII:

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde	<ul style="list-style-type: none">- Reunião com a equipe de saúde- Identificação do cenário e dos grupos prioritários- Aproximação da população com a UBS- Realização de grupos operativos de diabéticos e hipertensos	<ul style="list-style-type: none">- Estratificação de risco dos pacientes diabéticos- Orientação nutricional, dieta saudável e controle glicêmico- Estímulo ao autocuidado- Discussão dos fatores que impedem a adesão ao tratamento- Esclarecimento sobre as medicações, doses, horários- Troca de experiências entre os usuários e a equipe de saúde- Redução das complicações agudas relacionadas ao mau controle pressórico e glicêmico	<ul style="list-style-type: none">- Grupos periódicos- Programação de novas temáticas- Definição de novas estratégias para grupos operativos- Ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	<ul style="list-style-type: none">- Esclarecimento da população sobre o acolhimento, sua importância e as formas como é realizado na UBS	<ul style="list-style-type: none">- Educação permanente e reunião com todos os profissionais- Circuito de palestras e conversa diária com os pacientes- Definição de atendimento imediato, prioritário, demanda espontânea e agenda programada	<ul style="list-style-type: none">- Reunião da equipe para discutir o processo de trabalho e sobre os pontos positivos e negativos do acolhimento na UBS- Escuta dos usuários sobre o que necessita ser modificado ou mantido no processo de acolhimento da UBS

		<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção dos grupos operativos de diabéticos, hipertensos, pré-natal, puericultura - Prática do modelo de acompanhamento e retorno dos usuários com tuberculose e hanseníase 	
Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do grupo de gestantes - Redução do número de grávidas com início tardio do pré-natal - Oferta de métodos pré e pós-concepcionais - Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão sobre aleitamento materno exclusivo, métodos de contracepção no puerpério - Esclarecimento sobre os testes de triagem neonatal e sua importância - Explicação sobre os direitos do casal, conforme lei do planejamento familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Parcerias com os diversos setores (educação nas escolas, assistência social, ampla divulgação nos meios de comunicação, universidades, lideranças da comunidade), para ampliação da cobertura do atendimento Redução das disparidades entre os usuários, facilitando o acesso e proporcionando atendimento aos que mais necessitam, mantendo a justiça, a imparcialidade a isenção e a neutralidade do cuidado
Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de todas as regiões do território em áreas de risco (pacientes em uso de psicotrópicos e aqueles com dependência química) 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação do livro de registros de atendimento em saúde mental, - Agenda com marcação de consultas de forma programada e seguimento de rotina dos pacientes que necessitam de consulta médica e renovação de receitas - Uso do prontuário físico e eletrônico desses usuários, para o 	<ul style="list-style-type: none"> - A aproximação com o núcleo familiar para a construção de um espaço de cuidado para as famílias, desde o convite para estarem na instituição de saúde, por meio do efetivo e cotidiano investimento nas relações entre os envolvidos, até a visita domiciliar para o reconhecimento de fatores que possam estar direta e indiretamente

		controle dos pacientes faltosos, os que possuem episódios de agudização e com dificuldade de acesso à UBS	dificultando a inserção social e o sucesso terapêutico - Trabalho com os usuários de álcool e drogas que dificilmente procuram ajuda espontaneamente
Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	- Reunião com a equipe de saúde	- Definição das atividades voltadas às crianças, com ênfase nas existentes, e a implementação das inexistentes	- Consultas regulares da criança, conforme o calendário de puericultura - Prevenção de maus tratos e violência na infância - Busca ativa dos usuários com situação vacinal incompleta - Identificação precoce das crianças com déficit do crescimento e desenvolvimento, situações de vulnerabilidade e desnutrição
O Desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Minha Unidade de Saúde	- Organização de grupos de idosos com HAS e DM - Compartilhamento de experiências entre os usuários - Esclarecimento sobre as principais complicações relacionadas ao DM e HAS - Redução do número de descompensações e internações hospitalares	- Estratificação de risco dos usuários, - Trabalho com os pontos nutricionais dos usuários e das principais complicações pela não adesão à terapia medicamentosa	- Ações de saúde que estimulem cada vez mais a autonomia do indivíduo e a modificação do estilo de vida, como opção adjuvante e não menos importante, para a redução das incapacidades, sequelas e mortalidade provenientes das doenças crônicas não transmissíveis

As experiências advindas das intervenções na Atenção Primária à Saúde permitiram chegar aos seguintes resultados:

Microintervenção I – Observação na Unidade de Saúde: os resultados obtidos a partir da reunião com a equipe de saúde e coparticipação dos usuários da UBS, após a identificação do cenário e dos grupos prioritários, permitiram o planejamento periódico de grupos operativos de diabéticos e hipertensos com a discussão sobre as formas de prevenção, autocuidado e adesão ao tratamento. No seguimento das atividades, foram programadas novas temáticas para conversas futuras com os usuários e, por meio das fichas pré-estabelecidas e elaboradas para a intervenção, os Agentes Comunitários de Saúde iniciaram a investigação alimentar rotineira dos pacientes, sobre quais alimentos frequentemente os diabéticos consumiam, além das medicações consumidas, e se o uso medicamentoso estava em conformidade à prescrição médica e regime terapêutico instituído.

Microintervenção II – Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada: a principal problemática encontrada, quanto ao acolhimento, foi a falta de compreensão dos usuários sobre a forma de funcionamento e dinâmica assistencial da UBS. Para solucioná-la, a equipe de saúde passou por um processo de educação continuada e escutou a população acerca do que necessitava ser modificado ou mantido. Os resultados apontaram a necessidade de redefinição de processos e adaptação do fluxo na UBS, a fim de seguir os preceitos do Caderno nº 28 da Atenção Básica. Assim, houve melhoria do processo de trabalho, mediante a prática do acolhimento pelos profissionais, e informações aos moradores sobre as formas de acesso aos serviços e definições de grupos prioritários.

Microintervenção III – Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério: com o objetivo de organizar o grupo de gestantes; reduzir o número de grávidas com início tardio do pré-natal e ofertar os métodos pré e pós-concepcionais, a equipe trabalhou com o esclarecimento sobre a importância das consultas de primeiro, segundo e terceiro trimestre, aleitamento materno exclusivo, métodos de contracepção na adolescência e no puerpério, orientações sobre os testes de triagem neonatal e os direitos do casal, conforme lei do planejamento familiar. Os desafios para as atividades futuras permeiam a instituição de parcerias com os diversos setores (educação nas escolas, assistência social, ampla divulgação nos meios de comunicação, universidades, lideranças da comunidade), para ampliação da cobertura do atendimento; reorganização das ações voltadas às gestantes, especialmente como ponto inicial de inclusão das mulheres na Atenção Primária à Saúde. Além disso, o trabalho com a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a

conscientização do público jovem sobre a importância de se proteger, deve conduzir a uma melhor cobertura e integração aos programas locais, reduzindo as complicações materno-infantis.

Microintervenção IV – Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: após a identificação de todas as regiões do território em áreas de risco (pacientes em uso de psicotrópicos e aqueles com dependência química) e definição de estratégias, a equipe implantou o livro de registros de atendimento em saúde mental, organizou a agenda com marcação de consultas de forma programada e seguimento rotineiro dos pacientes com necessidade de renovação de receitas periódicas e que encontram dificuldade de acesso à UBS. Outra ação instituída foi o uso do prontuário físico e eletrônico desses usuários, para o controle dos faltosos e dos que possuem episódios de agudização. Os resultados apontam o desafio de trabalhar a aproximação com o núcleo familiar, na construção de um espaço de cuidado para as famílias. Um fator limitador das boas práticas de saúde é a baixa procura dos usuários de álcool e outras drogas às UBS, pois estes dificilmente procuram ajuda espontaneamente. Dessa forma, os obstáculos transitam desde o convite para comparecer na instituição de saúde, por meio do efetivo e cotidiano investimento nas relações entre os envolvidos, até a visita domiciliar para o reconhecimento de fatores que possam estar direta e indiretamente dificultando a inserção social e o sucesso terapêutico.

Microintervenção V – Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento: na construção de uma matriz de intervenção voltada às crianças, com ênfase nas ações existentes, e a implementação de novas, foi possível otimizar as consultas regulares da criança, conforme o calendário de puericultura. Para isso, buscou-se o trabalho com a prevenção de maus tratos e violência na infância; realização de busca ativa dos usuários com situação vacinal incompleta e identificação precoce das crianças com desnutrição, déficit do crescimento e desenvolvimento e em situações de vulnerabilidade. De todas as microintervensões, essa etapa é desafiadora, porque está relacionada a tendência atual das famílias de procurar atendimento na UBS apenas quando a criança se encontra doente, inviabilizando as atividades de prevenção e promoção da saúde. O obstáculo, portanto, é a conscientização de que a saúde infantil deva priorizar mais a prevenção primária do que a terapêutica, recuperação e a reabilitação.

Microintervenção VI – O Desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Minha Unidade de Saúde: para a redução das doenças crônicas não transmissíveis, foram organizados grupos de idosos com hipertensão e diabetes, com o compartilhamento de

experiências entre os usuários e esclarecimento sobre as complicações relacionadas ao DM e HAS, visando a redução do número de descompensações e internações hospitalares. Para obtenção desses resultados, as seguintes ações foram realizadas: estratificação de risco dos usuários, trabalho com os pontos nutricionais dos hipertensos e diabéticos e das principais complicações pela não adesão à terapia medicamentosa. Para a continuidade do cuidado, foram estabelecidas metas com o objetivo de estimular cada vez mais a autonomia do indivíduo e a modificação do estilo de vida, como opção adjuvante e não menos importante, para a redução das incapacidades, sequelas e mortalidade provenientes das doenças crônicas não transmissíveis.

Os resultados obtidos pelas seis microintervenções na UBS Dalmo Silva Feitosa conduziram à redução das disparidades entre os usuários, facilitando o acesso e proporcionando atendimento aos que mais necessitam, mantendo a justiça, a imparcialidade a isenção e a neutralidade do cuidado. Mas ainda assim, permitiram concluir que há muito a ser feito pela assistência na Atenção Primária à Saúde, especialmente no que tange a melhoria do processo de trabalho e redução das desigualdades, porque as ações necessitam ser dinâmicas, acompanhar as mudanças sociais e demográficas de cada região, adaptando-as à realidade local, a fim de que as experiências sejam de fato exitosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS) tornou possível a aplicabilidade das intervenções no cenário de prática e a busca de soluções para o desequilíbrio entre a oferta e a demanda na unidade básica de saúde. Os resultados, a partir das seis microintervenções, permitiram a modificação no modo de conduzir a assistência, com a priorização das ações de promoção da saúde, em detrimento dos atendimentos com propósitos unicamente curativos. A articulação com os integrantes da equipe, a discussão entre os profissionais e a abertura para participação dos usuários envidaram boas práticas de saúde, tais como o estímulo aos grupos operativos de Hiperdia, puericultura e saúde mental; a aproximação das gestantes para o acompanhamento do pré-natal precoce e mais efetivo, bem como a redução das complicações do puerpério e da primeira infância.

Dessa forma, o estudo proporcionou o melhor reconhecimento do território e dos seus fatores sociais, a otimização do atendimento com a população adscrita e a determinação de ações de saúde a curto e médio prazo na construção de um processo de trabalho com melhores resultados. Assim, a experiência obtida com a Atenção Primária à Saúde trouxe a reflexão de que o trabalho precisa ser incessante, com vistas à melhoria dos serviços, e que há muito a ser feito para reduzir as iniquidades e desassistência.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Marlene Merino. Departamento de Nutrição e Metabologia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Manual de nutrição: pessoa com diabetes**. São Paulo: [s.n.], 2009. 38 p. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/pdf/manual-nutricao-publico.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências n. 9.263, de 12 de jan. de 1986. **Planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Brasília, p. 1-4, jan. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72 p. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens/MS. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA. (2013). **O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 114 p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/livro_sus2014.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). **Caderno HumanizaSUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. v. 5. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. v. 1. (28). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

BRUNO, Luciana et al. **Manual de contagem de carboidratos para pessoas com diabetes**. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016. 110 p. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/images/manual-de-contagem-de-carboidrato2016.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2018.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a09v15n1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

MENDES, Roberto Teixeira; SILVA, Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Aprendizado de medicina nos serviços de atenção primária e no contato com a comunidade. **Medicina, Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 420-428, out. 1996. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1996/vol29n4/8_aprendizado_medicina.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

NASSER, Mariana Arantes et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/672/67249591074/6>>. Acesso em: 24 set. 2018.

PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1-8, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 448-452, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4836/483648980018.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

ROSA, C. Q. R.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev. Saúde Pública**, Pelotas, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, [S.l.], p. 61-74, maio. 2011. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20202011%20Doen%20c3%a7as%20cr%20c3%b4nicas%20n%20c3%a3o%20transmiss%20adveis%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SOUZA, Elisabeth Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

TABORDA, Josiane Adriana et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00016.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO CAFÉ DA MANHÃ E LANCHES DOS DIABÉTICOS

1. Para a avaliação do café da manhã, o investigador deverá apresentar as Fichas I e II ao diabético, que mostram uma lista de imagens numeradas de 1 a 20 e identificadas com letras de "A a S", respectivamente, e propor as seguintes questões ao usuário:

A) Entre as imagens da Ficha I e Ficha II, quais os alimentos que você mais consome no seu café da manhã? (O usuário poderá escolher o máximo de itens que quiser) (GABARITO 1)

B) Considerando as fichas I e II, se você pudesse montar o seu café da manhã com no máximo 4 alimentos, quais você escolheria? (É permitido ao diabético escolher 4 itens de uma mesma ficha ou um número ≤ 4 itens) (GABARITO 2).

2. Para a avaliação do lanche antes do almoço, o investigador deverá apresentar as Fichas I e II ao diabético, que mostram uma lista de imagens numeradas de 1 a 20 e identificadas com letras de "A a S", respectivamente, e propor as seguintes perguntas ao usuário:

A) Entre as imagens da Ficha I e Ficha II, quais os alimentos que você mais consome no seu lanche antes do almoço? (O usuário poderá escolher o máximo de itens que quiser) (GABARITO 1)

B) Considerando as fichas I e II, se você pudesse montar o seu lanche antes do almoço com no máximo 1 alimento, qual você escolheria? (É permitido ao diabético escolher 1 item) (GABARITO 2).

2. Para a avaliação do lanche antes do jantar, o investigador deverá apresentar as Fichas I e II ao diabético, que mostram uma lista de imagens numeradas de 1 a 20 e identificadas com letras de "A a S", respectivamente, e propor as seguintes perguntas ao usuário:

A) Entre as imagens da Ficha I e Ficha II, quais os alimentos que você mais consome no seu lanche antes do jantar? (O usuário poderá escolher o máximo de itens que quiser) (GABARITO 1)

B) Considerando as fichas I e II, se você pudesse montar o seu lanche antes do jantar com no máximo 1 alimento, qual você escolheria? (É permitido ao diabético escolher 1 item) (GABARITO 2).

ANEXO B

INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO ALMOÇO E JANTAR

1. Para a avaliação do almoço, o investigador deverá apresentar as Fichas III e IV ao diabético, que mostram uma lista de pratos numerados de 1 a 16, e propor as seguintes questões ao usuário:

A) Se você pudesse montar um cardápio, entre os pratos numerados de 1 a 16, quais você comeria com mais frequência no seu almoço? (O diabético poderá escolher o número de pratos que quiser) (GABARITO 1).

B) Entre os pratos numerados de 1 a 8 da Ficha III, qual você escolheria para seu almoço de hoje? (O diabético deverá escolher apenas 1 prato de cada ficha) (GABARITO 2).

C) Entre os pratos numerados de 9 a 16 da Ficha IV, qual você escolheria para seu almoço de hoje? (O diabético deverá escolher apenas 1 prato de cada ficha) (GABARITO 2).

2. Para a avaliação do jantar, o investigador deverá apresentar as Fichas III e IV ao diabético, que mostram uma lista de pratos numerados de 1 a 16, e propor as seguintes questões ao usuário:

A) Se você pudesse montar um cardápio, entre os pratos numerados de 1 a 16, quais você comeria com mais frequência no seu jantar? (O diabético poderá escolher o número de pratos que quiser) (GABARITO 1).

B) Entre os pratos numerados de 1 a 8 da Ficha III, qual você escolheria para seu jantar de hoje? (O diabético deverá escolher apenas 1 prato de cada ficha) (GABARITO 2).

C) Entre os pratos numerados de 9 a 16 da Ficha IV, qual você escolheria para seu jantar de hoje? (O diabético deverá escolher apenas 1 prato de cada ficha) (GABARITO 2).

ANEXO C

FICHA I DE AVALIAÇÃO DO CAFÉ DA MANHÃ E LANCHES





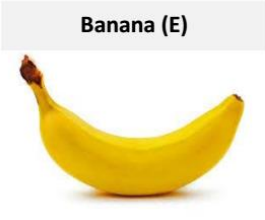





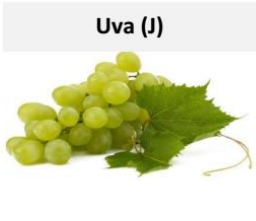









O avaliador deverá assinalar as escolhas do diabético no GABARITO



ANEXO D

FICHA II DE AVALIAÇÃO DO CAFÉ DA MANHÃ E LANCHES

O avaliador deverá assinalar as escolhas do diabético no GABARITO

Pastel (A) 	Gelatina (B) 	Refrigerante (C) 	Vitamina (D) 
Banana (E) 	Maçã (E) 	Melancia (F) 	Laranja (G) 
Mamão (H) 	Abacaxi (I) 	Uva (J) 	Salada de frutas (K) 
Farofa de ovo (L) 	Pão com manteiga (M) 	Salgado assado (N) 	Salgado folhado (O) 
Ovo frito (P) 	Suco de fruta (Q) 	Suco de caixa (R) 	Copo de café (S) 

ANEXO E

FICHA III DE SELF-SERVICE DO ALMOÇO E JANTAR

O avaliador deverá assinalar as RESPOSTAS do diabético no GABARITO



ANEXO F

FICHA IV DE SELF-SERVICE DO ALMOÇO E JANTAR

O avaliador deverá assinalar as RESPOSTAS do diabético no GABARITO



ANEXO G

GABARITO 1

Após a investigação nas Fichas de I a IV, marque com um (X), as respostas encontradas quanto aos itens que frequentemente compõem as refeições dos usuários.

CAFÉ DA MANHÃ		ANTES DO ALMOÇO (LANCHE)		ALMOÇO	ANTES DO JANTAR (LANCHE)		JANTAR
(1)	(A)	(1)	(A)	(P1)	(1)	(A)	(P9)
(2)	(B)	(2)	(B)	(P2)	(2)	(B)	(P10)
(3)	(C)	(3)	(C)	(P3)	(3)	(C)	(P11)
(4)	(D)	(4)	(D)	(P4)	(4)	(D)	(P12)
(5)	(E)	(5)	(E)	(P5)	(5)	(E)	(P13)
(6)	(F)	(6)	(F)	(P6)	(6)	(F)	(P14)
(7)	(G)	(7)	(G)	(P7)	(7)	(G)	(P15)
(8)	(H)	(8)	(H)	(P8)	(8)	(H)	(P16)
(9)	(I)	(9)	(I)		(9)	(I)	
(10)	(J)	(10)	(J)		(10)	(J)	
(11)	(K)	(11)	(K)		(11)	(K)	
(12)	(L)	(12)	(L)		(12)	(L)	
(13)	(M)	(13)	(M)		(13)	(M)	
(14)	(N)	(14)	(N)		(14)	(N)	
(15)	(O)	(15)	(O)		(15)	(O)	
(16)	(P)	(16)	(P)		(16)	(P)	
(17)	(Q)	(17)	(Q)		(17)	(Q)	
(18)	(R)	(18)	(R)		(18)	(R)	
(19)	(S)	(19)	(S)		(19)	(S)	
(20)	(T)	(20)	(T)		(20)	(T)	

ANEXO H

GABARITO 2

Após a investigação nas Fichas de I a IV, marque com um (X), as respostas encontradas quanto aos itens que poderiam compor as refeições dos usuários, considerando um número restrito de escolhas pré-estabelecido.

CAFÉ DA MANHÃ		ANTES DO ALMOÇO (LANCHE)		ALMOÇO	ANTES DO JANTAR (LANCHE)		JANTAR
(1)	(A)	(1)	(A)	(P1)	(1)	(A)	(P9)
(2)	(B)	(2)	(B)	(P2)	(2)	(B)	(P10)
(3)	(C)	(3)	(C)	(P3)	(3)	(C)	(P11)
(4)	(D)	(4)	(D)	(P4)	(4)	(D)	(P12)
(5)	(E)	(5)	(E)	(P5)	(5)	(E)	(P13)
(6)	(F)	(6)	(F)	(P6)	(6)	(F)	(P14)
(7)	(G)	(7)	(G)	(P7)	(7)	(G)	(P15)
(8)	(H)	(8)	(H)	(P8)	(8)	(H)	(P16)
(9)	(I)	(9)	(I)		(9)	(I)	
(10)	(J)	(10)	(J)		(10)	(J)	
(11)	(K)	(11)	(K)		(11)	(K)	
(12)	(L)	(12)	(L)		(12)	(L)	
(13)	(M)	(13)	(M)		(13)	(M)	
(14)	(N)	(14)	(N)		(14)	(N)	
(15)	(O)	(15)	(O)		(15)	(O)	
(16)	(P)	(16)	(P)		(16)	(P)	
(17)	(Q)	(17)	(Q)		(17)	(Q)	
(18)	(R)	(18)	(R)		(18)	(R)	
(19)	(S)	(19)	(S)		(19)	(S)	
(20)	(T)	(20)	(T)		(20)	(T)	

ANEXO J

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS DIABÉTICOS SOBRE SUA TERAPIA MEDICAMENTOSA

Agente Comunitário de Saúde _____

Data ____/____/____ Microárea _____

Nome do usuário _____

MARCAR EM CADA COLUNA COM UM (X) SOBRE OS ASPECTOS DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

Após verificar o entendimento do diabético sobre o seu receituário, faça as marcações em cada coluna.

AVALIAÇÃO DO ENTENDIMENTO DOS DIABÉTICOS SOBRE O RECEITUÁRIO	SIM	NÃO
Apresenta receituário médico		
Sabe ler		
Receita com dose fracionada (exemplo: Metformina 850 mg de 12/12 h) ¹		
Receita com dose e vezes ao dia (exemplo: Metformina 850 mg 2x/dia)		
Receita com dose e refeição (exemplo: Metformina 850 mg após o café da manhã)		
Receita com dose e horário (exemplo: Metformina 850 mg às 12:00 h)		
Receita com dose e período (exemplo: Metformina 850 mg pela manhã)		
Receita com outras abreviaturas Exemplos: Metformina 850 mg 1 cp. ou 1 comp. Insulina NPH 10 UI SC Insulina NPH 10 UI SC + Regular 5 UI SC		
Receita manuscrita		
Receita digitada		
Toma medicação conforme receita médica		
Toma medicação diferente da receita médica		
Visitou à urgência/emergência hospitalar por hipoglicemia nos últimos 3 meses		
Visitou à urgência/emergência hospitalar por hiperglicemia nos últimos 3 meses		

FIGURA 1



FIGURA 2

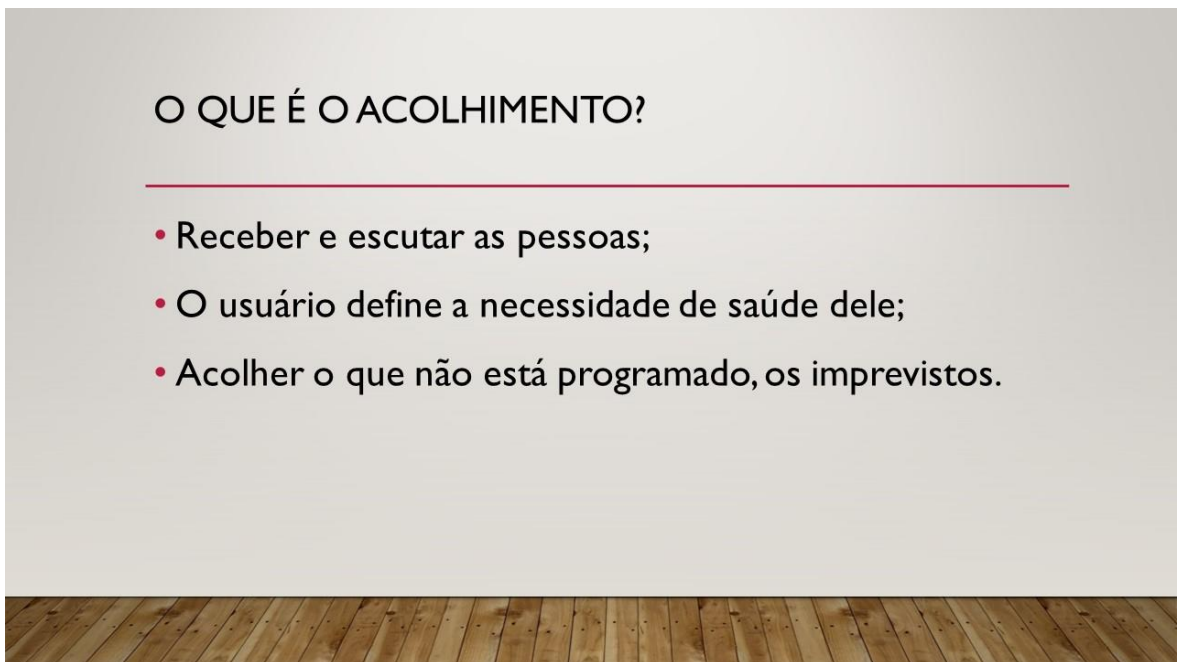


FIGURA 3

ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO

- Não há distribuição de senhas;
- Não há filas na madrugada.

FIGURA 4

FLUXO DO ACOLHIMENTO

- Quem recebe o usuário que chega?
 - Funcionários da recepção, qualquer integrante da equipe
 - RECEPÇÃO → PRIMEIRO CONTATO
- Avaliação do risco pelo profissional
 - Médicos, enfermeira

FIGURA 5

FLUXO DO ACOLHIMENTO

- Espaço para o acolhimento
 - SALA DE ACOLHIMENTO, ESCUTA E DEMANDA
- Só serei acolhido em uma sala? E se ela estiver ocupada?
 - ESCUTA EM QUALQUER LUGAR

FIGURA 6

FLUXO DO ACOLHIMENTO

- Não-agudo: intervenções programadas
- Agudo: atendimento imediato, prioritário ou do dia

FIGURA 7



FIGURA 8

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

- **AGUDA**
 - Intervenção no mesmo momento
- **PRIORITÁRIO**
 - Risco moderado → Intervenção breve
- **BAIXO RISCO**
 - No mesmo dia

FIGURA 9

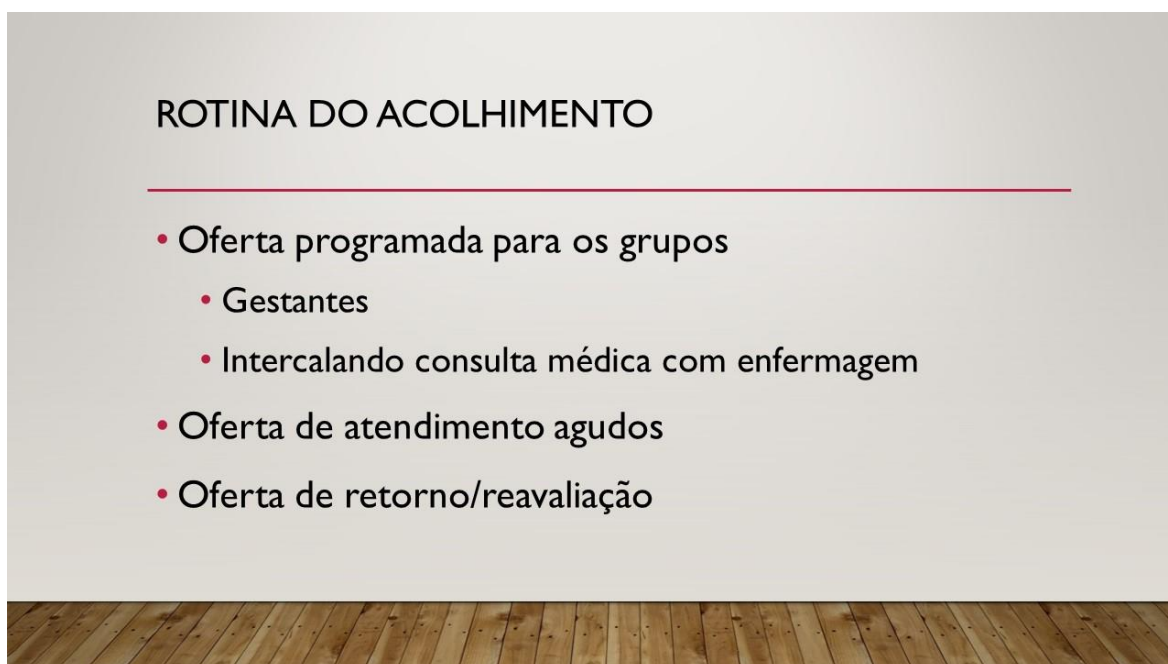


FIGURA 10

