



**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**

**INTERVENÇÕES NA COMUNIDADE ADSCRITA DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE RECÉM INAUGURADA NO MUNICÍPIO DE  
BOA VISTA – RR**

**AMANDA PEREIRA TRIANI**

---

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

---



**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**

**INTERVENÇÕES NA COMUNIDADE ADSCRITA DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE RECÉM INAUGURADA NO MUNICÍPIO DE  
BOA VISTA – RR |**

**| AMANDA PEREIRA TRIANI |**

---

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

---

---

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: ISABELLE KATHERINNE FERNANDES COSTA

---

Dedico este trabalho aos responsáveis pela minha formação médica, família, professores e amigos, aos meus tutores do PEPSUS e, especialmente, aos usuários do SUS.

---

---

Agradeço à minha equipe da UBS Edna Bezerra Diniz pela experiência do meu primeiro ano de trabalho, à equipe PEPSUS pela atenção durante o curso de especialização, ao meu noivo, amigos e família pelo apoio na minha carreira na Atenção Básica a Saúde, que apenas se inicia.

---

---

## RESUMO

Este trabalho foi construído a partir de microintervenções realizadas no território adscrito da Unidade Básica de Saúde Edna Bezerra Diniz, localizada em Boa Vista, capital de Roraima. Ao todo, foram seis microintervenções propostas ao final de 6 dos 9 módulos do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade e para cada uma há um relato de experiência, cuja coletânea compõe a estrutura do presente trabalho. Com as microintervenções, foi possível construir um modelo de trabalho orientado por planejamento e monitoramento de ações que visem melhorar o atendimento à comunidade e manter a organização da equipe. As microintervenções tiveram por objetivo conhecer e monitorar o acesso e a qualidade do atendimento na Atenção Básica, implantar e avaliar o impacto da Política Nacional do Acolhimento, bem como refletir e propor melhoras nos cuidados à saúde reprodutiva, saúde mental, saúde da criança e de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, percebemos que um dos maiores impactos das microintervenções foi proporcionar a organização do trabalho e elaborar estratégias de melhoria no atendimento à população.

Palavras-chave: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	09
CAPÍTULO 1 .....	10
CAPÍTULO 2 .....	15
CAPÍTULO 3 .....	19
CAPÍTULO 4 .....	23
CAPÍTULO 5 .....	27
CAPÍTULO 6 .....	31
CAPÍTULO 7 .....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	44
REFERÊNCIAS .....	45
APÊNDICES .....	46
ANEXOS .....	50

---

---





## APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi construído a partir de microintervenções realizadas no território adscrito de uma Unidade Básica de Saúde. Ao todo, foram seis microintervenções e para cada uma há um relato de experiência, cuja coletânea compõe a estrutura do presente trabalho.

O atual estudo foi realizado na unidade Edna Bezerra Diniz, inaugurada em fevereiro de 2018, situada no bairro Aeroporto, da cidade de Boa Vista, capital de Roraima. A área de adscrição da unidade compreende um território de interseção de duas outras unidades vizinhas e que era descoberta. Trata-se de um bairro de população classe média, muitos funcionários públicos e estudantes universitários, mas também de populações vulneráveis, como os imigrantes venezuelanos, além de ser um ponto de fácil acesso aos imigrantes que moram num abrigo do bairro vizinho.

Sou brasileira, natural de Nova Iguaçu-RJ, mas moro em Boa Vista desde os meus dois anos de idade. Graduei-me em medicina em 2017, pela Universidade Federal de Roraima, e ter o Programa Mais Médicos para o Brasil como o primeiro emprego tem sido uma experiência muito gratificante, pois desde o início da faculdade me interessei pela Atenção Básica a Saúde. O meu contexto de atuação em 2018 foi diferente de tudo que vivenciei durante a minha formação, visto a crise migratória que enfrentamos e o surto de sarampo, doença anteriormente erradicada no Brasil. Com as microintervenções, pude construir um modelo de trabalho orientado por planejamento e monitoramento de ações que visem melhorar o atendimento à comunidade e manter a organização da equipe.

As microintervenções tiveram por objetivo conhecer e monitorar o acesso e a qualidade do atendimento na Atenção Básica, implantar e avaliar o impacto da Política Nacional do Acolhimento, bem como refletir e propor melhoras nos cuidados à saúde reprodutiva, saúde mental, saúde da criança e de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

Convido o leitor a conhecer a realidade do meu ambiente de trabalho através do relato de cada uma das seis microintervenções realizadas e distribuídas nos capítulos a seguir. ]

## **CAPÍTULO I: Construindo a Atenção Primária de Saúde com Qualidade**

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, se deu no contexto da reorientação do modelo assistencial e teve como principal estratégia a expansão da Atenção Primária à Saúde. (MENDES, 2002; FONTINELE JUNIOR, 2003).

Por volta dos anos 2000, observou-se uma maior mobilização para o controle da qualidade e avaliação dos resultados no âmbito da Atenção Básica, que veio a culminar com a institucionalização de ferramentas de avaliação e monitoramento como os utilizados no PMAQ/AB, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

A utilização de instrumentos autoavaliativos impulsiona o desenvolvimento da Atenção Básica ao promover o agir reflexivo e orientar as ações das equipes. Tem por objetivos principais identificar problemas e estimular a construção de estratégias a fim de melhorar as práticas e relações na Atenção Primária à Saúde. Portanto, faz-se necessário a consolidação de tais ações para avançarmos num acesso à saúde universal, integral, equânime e de qualidade (BRASIL, 2012).

No relato desta primeira Microintervenção abordarei como se deu a organização para realizarmos nossa autoavaliação com os critérios do AMAQ/AB, Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, bem como algumas propostas levantadas pela equipe para construirmos nossa matriz de intervenção. Também falarei sobre o SIGSS, Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, que é o instrumento que utilizamos para registrar nossos indicadores de saúde na comunidade, através dos registros no prontuário.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual atuamos está localizada no bairro Aeroporto, na cidade de Boa Vista, capital de Roraima, e, por enquanto, conta apenas com uma equipe de Saúde da Família. É uma unidade com, aproximadamente, 3 meses de funcionamento, pois é recém inaugurada, e ainda não foi cadastrada no PMAQ. Portanto, para fazermos nossa autoavaliação, utilizamos o instrumento em PDF a fim de realizá-la manualmente.

Antes da reunião com a equipe, imprimi os anexos, nos quais constavam os itens necessários para o bom funcionamento da unidade. Então, contei com a contribuição de toda a equipe para fazermos um levantamento prévio do que dispomos em nossa UBS. Este trabalho foi realizado nos intervalos dos atendimentos, em dias de agenda não tão cheia. Após esta primeira etapa, realizei uma estimativa percentual do que possuíamos, para que em nosso encontro tivéssemos uma análise real da nossa situação. O passo seguinte foi a reunião de equipe para preenchermos juntos o instrumento, tal encontro foi feito no dia 7 de maio de 2018, das 14:00 às 18:00.

Inicialmente, exibi um vídeo do canal Comunidade de Práticas que, além explicar o PMAQ, também trazia relatos de experiência de profissionais da saúde e gestores que passaram a utilizar as ferramentas de autoavaliação. Depois, eu e o enfermeiro falamos sobre outros detalhes do PMAQ, como o incentivo financeiro, pois nem todos os membros da equipe tinham conhecimento do programa, explicamos seu funcionamento e objetivos, reforçando o caráter não punitivo do mesmo, a fim de realizarmos uma análise objetiva da situação de nossa UBS. Ao responder o instrumento e sua folha de respostas e classificação, verificamos que nossa situação é regular. Pontuamos 37 pontos na subdimensão Infraestrutura e Equipamentos e 36 pontos na subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos.

Para facilitar a visualização da nossa realidade e ajudar a traçar as nossas metas, o diretor sugeriu que uma classificação em cores fosse utilizada, para que pudéssemos anexar em nossa sala de reuniões. A cor vermelha foi usada para a classificação muito insatisfatório (0 a 2 pontos), a cor laranja para insatisfatório (3 a 5 pontos), a cor amarela para regular (6 a 7 pontos), a cor azul para satisfatório (8 a 9 pontos) e a cor verde para muito satisfatório (10 pontos). A folha de respostas com a classificação em cores encontra-se no anexo deste trabalho. Para cada problema com pontuação igual ou inferior a 7, estabeleceremos uma matriz de intervenção que será anexada ao lado da nossa folha de respostas, em nossa sala de reuniões, e faremos o acompanhamento regular do progresso dos mesmos.

### **Acesso e Continuidade do Cuidado**

Em nossa cidade, registramos as informações dos pacientes no SIGSS, Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde. A consulta clínica é realizada no modelo SOAP, Subjetivo para as queixas do paciente e outras informações por ele fornecidas, Objetivo para relatar os dados dos exames físico e complementares, Avaliação para conclusões e hipóteses diagnósticas e Planos para registrar as condutas a serem tomadas. No SIGSS também há campos para registramos exames solicitados, encaminhamentos, procedimentos, entre outros. Com as informações inseridas, é possível gerar relatórios referentes a maioria dos indicadores do PMAQ. Quando comecei a trabalhar na Atenção Básica, recebi treinamento apenas referente ao atendimento clínico. Portanto, precisei solicitar a presença do funcionário da prefeitura responsável pelo apoio técnico do sistema para que ele me ensinasse a gerar os relatórios, a fim de podermos, enquanto equipe, traçar as nossas estratégias de ação.

Porém, a análise dos nossos indicadores ainda está em desenvolvimento,, pois ainda não conseguimos definir o nosso território, já que nossa UBS é recém inaugurada e ainda está no processo de delimitação da área de abrangência com as UBS próximas. Portanto, ainda não sabemos a quantidade de pessoas que está sob a responsabilidade de nossa equipe e nem seu perfil epidemiológico.

A maior dificuldade para respondermos ao AMAQ foi conseguirmos marcar uma reunião da equipe, nesse período, pois coincidiu com as ações de vacinação referentes ao surto de sarampo que estamos enfrentando e devido à alta demanda na UBS como, consequência, da imigração venezuelana.

Quando iniciou-se a articulação para realizarmos essa reunião de autoavaliação tivemos a sensação que nossa classificação seria satisfatória, já que se trata de uma unidade nova e com boa estrutura física. Porém, conforme fomos analisando os itens dos anexos e após respondermos o instrumento, vimos que temos muito a melhorar. A oportunidade de fazer essa avaliação com tão pouco tempo de funcionamento, aproximadamente 3 meses, pode ser fundamental para que alcancemos um bom nível de excelência em nossos atendimentos aos usuários.

---

Com esta primeira microintervenção pude observar que as reuniões de equipe são essenciais para nos mantermos unidos profissionalmente em prol dos usuários. Foi gratificante ver o interesse de todos para dividir as tarefas das microintervensões que serão realizadas em nossa UBS. Espero que possamos nos manter atentos aos nossos problemas e potencialidades, bem como dispostos a contribuir para uma boa qualidade dos atendimentos.

Ao final, segue a matriz de intervenção detalhada.

### MATRIZ DE INTERVENÇÃO

**Situação Problema:** A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.

**Objetivo/Meta:** Criar um cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.

Estratégias para alcançar os objetivos/metasp>	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
- Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde o apoio de uma empresa especializada em manutenções.	- Articulação com a Secretaria Municipal de Saúde; - Contratação de empresa especializada; - Estabelecimento de um rotina de manutenção.	- Linha telefônica; - Tempo para reunião; - Transporte para os deslocamentos necessários.	- Estabelecimento de cronograma mensal de manutenção das instalações	- Diretor da UBS	- 3 meses	- Concretização do cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.



## **CAPÍTULO II: Os Desafios do Acolhimento**

Neste relato irei abordar como se deu a implantação do acolhimento na Unidade Básica de Saúde – UBS Edna Bezerra Diniz. A Estratégia de Saúde da Família é considerada, atualmente, como um eixo estratégico e reorganizador do Sistema Único de Saúde – SUS (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013).

Dentre as novas propostas de estruturação da Atenção Primária, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). A partir de orientações éticas, clínicas e políticas, a PNH visa reorganizar processos e arranjos de trabalho. Uma das estratégias que a norteiam, é o Acolhimento (BRASIL, 2006). Ele surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde e vai além da recepção ao usuário, considerando o contexto da atenção desde a entrada deste no sistema (HENNINGTON, 2005).

A partir do reconhecimento de que o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, por meio da multiprofissionalidade e intersectorialidade, é um direito humano fundamental, o acolhimento surge como ferramenta capaz de possibilitar que o SUS cumpra seus princípios constitucionais (COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

A implantação do acolhimento em nossa UBS se deu cerca de 2 meses após sua inauguração. Houve uma mobilização de toda a equipe, a fim de aprofundar-se no tema, já que nem todos os integrantes tinham conhecimento do assunto. Então foi solicitado em reunião, após explanação dos pontos principais do que é acolhimento, que a equipe estudasse o Caderno 28 do Ministério da Saúde que trata sobre o tema.

Devido a agenda médica, inicialmente, ser mais cheia que a do enfermeiro, decidiu-se que ele faria a classificação de risco no primeiro horário e o técnico seguiria até o fim do turno com um acolhimento mais minucioso para detectar alguma situação de risco que justificasse um atendimento prioritário. Para isso, técnico foi orientado a esclarecer dúvidas com o enfermeiro, ou médica, durante o resto do turno.

No primeiro dia de implantação do acolhimento, e durante toda a semana que se seguiu, tivemos várias dificuldades. O sistema que utilizamos, o SIGSS (Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde) apenas permite que o técnico faça uma

triagem. Então, após o primeiro horário de classificação de risco feito pelo o enfermeiro, o que temos é o retorno da triagem, o que já desconfigura o acolhimento com classificação de risco.

Outra dificuldade gerada por esse sistema é que a classificação de risco dele é de acordo com os critérios de Manchester, pois trata-se de uma ferramenta de características hospitalocêntricas que ainda não se readaptou para Atenção Básica, apesar dos inúmeros pedidos dos trabalhadores que o utilizam há cerca de um ano no município de Boa Vista-RR. Os critérios de Manchester no sistema geram confusão na avaliação do paciente em sua classificação de risco no contexto da Atenção Básica.

Outro ponto relatado pelo enfermeiro foi a dificuldade de organizar a ordem das prioridades para a escuta qualificada. Com o acolhimento, a nossa unidade lotou, havia inclusive pessoas sentadas no chão, o que gerou estresse em toda a equipe, devido ao barulho e a interferência em nossa comunicação. O enfermeiro chamava as pessoas em ordem de chegada, porém ficava preocupado em saber se não tinha alguém com febre, dor intensa, diarreia e afins para priorizar a escuta desses usuários, tendo que ir até a sala de espera para fazer essas perguntas, pois o sistema não diferencia essas pessoas para a escuta.

Porém, tal medida ficou inviável com a superlotação da unidade e com o fato da nossa população ser muito exigente, parcela expressiva quer ser atendida, no máximo, dentro de 1 hora de espera, apesar das inúmeras explicações de como funciona o atendimento das prioridades, e alguns acabavam distorcendo sobre seus sintomas. Isso tem gerado desgaste na equipe.

Com o aumento da população de imigrantes venezuelanos e com um abrigo próximo a nossa UBS, recebemos uma demanda expressiva dessa população e suas queixas priorizam o seu atendimento, pois geralmente são crianças com febre associada à alguma infecção respiratória ou do trato gastrointestinal. Por enquanto somos uma equipe de saúde da família e esta demanda extrapola a nossa capacidade de atendimento. Então, temos que encaminhar alguns desses pacientes para unidades próximas, que também estão sofrendo com a pressão migratória na cidade, ou para os hospitais que estão com a mesma dificuldade.



O acolhimento em nossa unidade se deu por cerca de 1 semana e meia, pois o enfermeiro foi deslocado novamente da unidade para estratégias de vacinação na cidade contra o sarampo.

Porém, com as dificuldades que observamos, estamos preocupados com a execução do nosso papel de Atenção Básica, de forma que os problemas relatados possam afetar nossas reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, por exemplo.

Há um consenso na nossa equipe, de que o acolhimento é uma boa ferramenta para a execução do princípio da equidade do SUS. Porém ainda é cedo para avaliar seus impactos positivos.

A literatura corrobora a existência das dificuldades e evidência a falta de normatização e padronização para a prática do acolhimento. Em revisão integrativa sobre o acolhimento na Atenção Primária, Coutinho, Barbieri e Santos (2015) verificaram que ele ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, fato este que pode ser uma das causas para as dificuldades apresentadas, tanto pelos profissionais quanto por usuários. Portanto, faz-se necessário organizar o serviço, pautando-o em normatizações e incentivos à educação permanente.

A estratégia de como o acolhimento com classificação de risco será feito em nossa unidade precisa ser discutido pela equipe. Atualmente estamos sem a classificação de risco realizada por um profissional de ensino superior, devido aos frequentes deslocamentos do enfermeiro da UBS em virtude das ações contra o sarampo citadas anteriormente. Toda a equipe acolhe o usuário e avisa à médica se há algum caso de dor, febre e afins para que seja priorizado o atendimento desta pessoa, se ainda houver vagas no dia. Porém de uma forma não sistematizada.

|



### **CAPÍTULO III: Gestando Saúde**

A partir das reflexões geradas pelo módulo de Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério irei relatar sobre a situação atual da nossa equipe de saúde e a proposta de criação de um grupo de gestantes para educação em saúde das mesmas. Esta ferramenta é um dispositivo importante na Atenção Básica, pois representa um dos principais métodos para promoção da saúde e contribui para emancipação dos sujeitos ao proporcionar um espaço de troca de saberes e experiências.

Quanto ao planejamento reprodutivo, não promovemos ações educativas, para homens e mulheres, sobre a decisão de ter filhos ou não. Eventualmente, durante as consultas, predominantemente, de mulheres em idade fértil, a questão é discutida quando surge a oportunidade. Homens são menos abordados sobre o tema.

Nossa UBS dispõe de métodos contraceptivos hormonais e de barreira. Os preservativos masculinos e femininos ficam expostos na recepção e no balcão da farmácia, para fácil acesso do usuário, e os métodos hormonais são dispensados com receita médica após consulta. Porém há a necessidade de abordar com mais frequência os métodos contraceptivos disponíveis na rede e modo correto de utilizá-los. Essas informações são feitas apenas de modo individualizado durante as consultas.

A diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs não são discutidas com a população, exceto quando surgem dúvidas durante as consultas. Não possuímos grupos de educação em saúde ou qualquer outra estratégia de promoção à saúde e prevenção de doenças para abordar a saúde sexual de nossa comunidade. No entanto, dispomos de testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C. Quando diagnosticados, tais agravos são tratados e notificados conforme as orientações do Ministério da Saúde.

Quanto ao pré-natal e puerpério, possuímos algumas dificuldades. Não há uma estratégia para busca ativa de gestantes, nem levantamento periódico das mesmas bem como a pesquisa das faltantes das consultas pré-natais e respectivos motivos. Temos um corpo reduzido de ACSs e estes estão sendo frequentemente deslocados para ações de vacinação devido ao surto de sarampo que estamos

vivendo, o que tem prejudicado o acompanhamento das gestantes e puérperas. Outro desafio para nossa equipe, é que, atualmente, a maioria das nossas gestantes são imigrantes venezuelanas que moram num abrigo para refugiados no bairro vizinho, ou mesmo na rua. Trata-se de uma população extremamente vulnerável, com dificuldade para realizar os exames solicitados, devido dificuldade de locomoção, e pouca assiduidade nas consultas pré-natais.

Dispomos da caderneta da gestante em nossa UBS que é adequadamente preenchida, todos os exames são solicitados, incluindo os específicos para região amazônica, como a pesquisa de Plasmodium. Há rastreio diagnósticos para DSTs bem como disponibilidade de tratamento adequado, quando detectadas.

As orientações sobre cuidados nutricionais e hábitos de vida saudáveis são realizadas durante as consultas ao longo da gestação. As orientações sobre as técnicas de amamentação, sua importância e demais dúvidas das gestantes também são realizadas ao decorrer das consultas e enfatizadas no último trimestre. As consultas de retorno para o puerpério precisam ser mais enfatizadas por nossa equipe, visto que a maioria das gestantes não retornam na primeira semana pós parto.

Após as reflexões abordadas acima, propõe-se a criação de um grupo para educação em saúde das gestantes, afim de promover trocas de saberes e experiências, bem como a discussão de dúvidas. Serão feitos pequenos encontros semanais, ou quinzenais, antes do início das consultas. O primeiro tema abordado será prevenção da toxoplasmose, visto que muitas gestantes têm apresentado IgG e IgM negativos para tal agravo em nossa comunidade. Esta palestra foi programada para ser realizada há 1 semana, no dia 20 de junho, em parceria com o médico veterinário do NASF, no entanto, teve que ser adiada por problemas na agenda. Os demais assuntos serão propostos pelas gestantes.

Atualmente, nosso maior desafio é trabalhar em conjunto. Nossa UBS dispõe de apenas uma equipe de Saúde da Família, composta por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e quatro ACSs. A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista-RR, têm deslocado frequentemente o enfermeiro e os ACSs para ações de vacinação em decorrência do surto de sarampo. Ainda não realizamos nenhuma outra reunião de equipe, para discutir nossas estratégias, após a reunião convocada para fazermos nossa autoavaliação com os critérios do

---

---

Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Há ainda uma pressão da gestão para atendimentos de demanda imediatas, em detrimento das ações programáticas da Atenção Básica.

As gestantes e puérperas são parcelas especialmente sensíveis da população e a atenção a sua saúde não pode ser negligenciada. É preciso haver um esforço da equipe e da gestão para que elas recebam uma atenção integral de qualidade, visto que a Estratégia de Saúde da Família é o único local da rede em que podemos atuar de forma mais consistente na promoção à saúde e prevenção de doenças. |

---

---



## CAPÍTULO IV: Conhecendo a Rede da Saúde Mental

Trabalhar em Saúde Mental é um desafio, desde a formação médica até a prática clínica. É uma área ainda revestida de preconceitos tanto para usuários, quanto para profissionais, além de existir dificuldades no fluxo dentro da própria rede. Nesta microintervenção construí um instrumento para acompanhar os usuários em sofrimento psíquico e/ou em uso de psicotrópicos e visitei o CAPS II do município de Boa Vista – RR.

Na unidade em que trabalho não há qualquer método sistematizado para acompanhamento dos pacientes com demanda de saúde mental. Após refletir sobre os critérios que o PMAQ – AB, Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica, no tocante a este acompanhamento, foi construído um instrumento a fim de verificar informações como medicações em uso, posologia, ajustes de dose, acompanhamento psicológico e psiquiátrico e se o paciente faz uso de álcool e outras drogas, como pode ser visto abaixo.

Data	Nome	Idade	CID 10	Medicação e posologia	Data do último ajuste de dose	Data da última consulta com psiquiatra	Acompanhamento psicológico? (Sim ou Não)	Usuário de álcool e outras drogas? (Sim ou Não)

Infelizmente o instrumento acima não pôde ser discutido com a equipe pela dificuldade em realizar reunião, em virtude do surto de sarampo no estado, onde enfermeiro e ACSs tem sido frequentemente deslocados da UBS. Assim que possível o instrumento será discutido em equipe e detalhes como forma de arquivamento, acesso ao uso e outros serão definidos.

Outra dificuldade que enfrentamos é a falta de informações da equipe a respeito da nossa comunidade, pois ainda não temos um mapeamento

epidemiológico do nosso território, novamente devido ao surto de sarampo. Os pacientes que fazem uso de psicotrópicos costumam vir à Unidade Básica de Saúde apenas para renovar a receita e tratar outros problemas de saúde, relatam já terem acompanhamento especializado e por vezes até evitam falar de sua saúde mental.

Quando recebo pacientes com sintomas sugestivos de sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão, hiperatividade, autismo e outros, faço encaminhamento para o CAPS ou ambulatórios específicos na atenção secundária, porém não há contra referência para acompanhamento conjunto.

Certa vez, atendi uma família de imigrantes venezuelanos, cuja filha mais velha tinha sinais clássicos de autismo. A jovem tinha 12 anos, não estabelecia contato visual, fazia movimentos repetitivos com o pedaço de papel em suas mãos e possuía atraso de linguagem, além de não controlar os esfíncteres. A mãe relatou que o diagnóstico já havia sido realizado na Venezuela, mas não houve oportunidade de acompanhamento. A encaminhei para o ambulatório de psiquiatria infantil, que funciona no único hospital pediátrico da cidade. Porém não houve contra referência e nem mesmo sabemos se a família continua na cidade.

Desconhecia o fato do CAPS funcionar em sistema de matriciamento e realizei uma visita ao CAPS II. Fui recebida pela diretora e ela me informou que a relação de matriciamento com as UBS está paralisada temporariamente em virtude do surto de sarampo. Informou-me que o centro funciona por demanda espontânea ou via encaminhamento e que o usuário é acolhido pelo profissional técnico do dia.

Na equipe existe profissionais como terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra e assistente social. No fim da visita mostrou-me a estrutura do prédio que conta com quartos de repouso para os pacientes que ficam no CAPS durante o dia, farmácia, refeitório, copa, cozinha, consultórios, sala de procedimentos e salas para terapia em grupo. Fiquei surpresa positivamente com a estrutura do local e com a pluralidade da equipe multiprofissional.

Avalio como positiva a experiência de ter me aprofundado um pouco mais sobre saúde mental e conhecer um ponto tão importante da rede como o CAPS. É preciso haver um maior empenho tanto da gestão quando dos profissionais em saúde para melhorarmos o fluxo de referência e contra referência e assim fortalecer as relações da rede. |

---







## CAPÍTULO V: Amadurecendo o Futuro

O acompanhamento da saúde das crianças é uma atividade de especial importância na Estratégia de Saúde da Família visto o caráter longitudinal. Estimular práticas saudáveis desde o pré-natal e dar suporte ao crescimento e desenvolvimento pode ser decisivo para a formação de adultos saudáveis no campo físico e psicossocial, bem como na construção de uma cultura de paz na sociedade.

Desde que iniciei meu trabalho na Unidade Básica de Saúde - UBS em que atuo, solicitei um período na semana dedicado à puericultura.

Nas tardes de quarta-feira, a equipe de enfermagem verifica as medidas antropométricas das crianças e em seguida elas passam por consulta médica para esclarecer dúvidas dos pais, realizar exame clínico e estimular práticas saudáveis, como a orientação para aleitamento materno e introdução alimentar, por exemplo.

Também é feito o acompanhamento do desenvolvimento neuromotor com registro na caderneta da criança, e a orientação aos pais para que estimulem seus filhos de acordo com cada faixa etária.

Visando aprimorar o cuidado da equipe para com as crianças, programamos uma reunião para o dia 17/08/18 para discutirmos as questões do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB.

Infelizmente, os agentes comunitários de saúde – ACS foram solicitados para outra reunião na Secretaria Municipal de Saúde e a reunião se deu entre mim e o enfermeiro. A seguir estão as respostas ao questionário da microintervenção baseado no PMAQ/AB.

Quadro 01 – Questionário das atividades desenvolvidas na área de saúde da criança.

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	

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

Também discutimos uma forma de reorganizar nossa puericultura, transformando-a numa atividade coletiva. Queremos criar um ambiente lúdico que tanto proporcione mais diversão para as crianças, quanto nos permita analisar seu desenvolvimento neuropsicossocial, bem como orientar os pais de forma coletiva e permitir que eles troquem experiências entre si.

---

Outro objetivo traçado para nós foi a implantação de visitas domiciliares na primeira semana de vida dos recém nascidos. Trata-se de um período crítico de readaptação familiar e o apoio da equipe de Saúde da Família pode ser decisivo na superação de eventuais dificuldades com o aleitamento materno e detecção de doenças tanto no bebê, quanto na mãe, por exemplo.

Com as medidas acima propostas, bem como a reorganização das atividades de acordo com os critérios do PMAQ/AB, esperamos melhorar a assistência que prestamos a nossas crianças.

|



## CAPÍTULO VI: Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis

Esta é a experiência a respeito dos cuidados que dispensamos aos nossos pacientes com doenças crônicas, sendo as mais prevalentes a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus.

Apesar de não estarmos organizados como gostaríamos, as reflexões geradas pelo módulo nos possibilitaram repensar a nossa assistência, enquanto equipe. Infelizmente, o questionário para a microintervenção não pôde ser respondido em reunião de equipe, devido alterações na agenda.

Mas, houve diálogo entre médica e enfermeiro, a partir de autocríticas do nosso cuidado aos pacientes com hipertensão e/ou diabetes, para que ele fosse respondido nos intervalos de atendimento. Segue abaixo:

Quadro 01 – Questionário de atividades realizadas no controle de doenças crônicas.

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	1 A 3 DIAS		1 A 3 DIAS	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		X		
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			

A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?		X		X
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
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?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		X



A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		X		X
--	--	---	--	---

Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.

A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X

#### EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), a equipe realiza alguma ação?	X	
Se SIM no item anterior, quais ações?		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X	
Oferta ações voltadas à atividade física	X	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o		X

acompanhamento deste usuário na UBS		
Encaminha para serviço especializado	X	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		X

As dificuldades dessa microintervenção deu-se pela alteração da agenda de reuniões com a ausência dos ACSs e ao fato de nossa área ainda não estar totalmente definida, impossibilitando um levantamento mais adequado dos nossos portadores de doenças crônicas. Como potencialidade temos o comprometimento da equipe e o planejamento de estratégias para melhor atender esse público.

Atualmente, anotamos em uma lista os pacientes que apresentam dificuldade na adesão ao tratamento, a fim de aumentarmos o vínculo e estabelecermos estratégias individualizadas para o melhor controle da doença.

A partir das reflexões geradas pelo questionário acima e da autocrítica do nosso atendimento aos pacientes portadores de doenças crônicas, decidimos planejar a inclusão de um dia na semana, pelo menos de forma quinzenal, destinado ao atendimento específico para esses pacientes, além de um grupo de educação em saúde que estimule o auto cuidado e mudanças nos hábitos de vida.



## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

## PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>Construindo a Atenção Primária de Saúde com Qualidade</b>	<p>Trata-se da autoavaliação com os critérios do AMAQ/AB, Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, bem como algumas propostas levantadas pela equipe para construirmos nossa matriz de intervenção.</p> <p>Pontuamos 37 pontos na subdimensão Infraestrutura e Equipamentos e 36 pontos na subdimensão Insumos,</p>	<p>Atualmente a UBS conta com serviços de manutenção da estrutura física, como limpeza dos ar condicionados, detetização e jardinagem, porém sem um cronograma planejado, sendo estes serviços feitos de acordo com a necessidade. Quanto aos equipamentos e instrumentos, não há cronograma de manutenção, dessa forma, buscaremos cobrar da Secretaria Municipal de Saúde a realização de tal serviço. Com a manutenção da estrutura física a comunidade é atendida mais confortavelmente, o que a equipe</p>	<p>Dialogar com a Secretaria Municipal de Saúde para que seja implantado um cronograma de manutenção dos equipamentos e instrumentos usados no atendimento clínico.</p>

	<p>Imunobiológicos e Medicamentos.</p> <p>A Matriz de Intervenção se refere ao cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.</p>	<p>avalia como positivo.</p>	
<p><b>Os Desafios do Acolhimento</b></p>	<p>O Acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde e vai além da recepção ao usuário, considerando o contexto da atenção desde a entrada deste no sistema (HENNINGTON, 2005).</p> <p>A implantação do acolhimento em nossa UBS se deu cerca de 2 meses após sua inauguração. O enfermeiro foi o profissional escolhido para a realização da</p>	<p>Infelizmente não conseguimos dar continuidade à Política do Acolhimento, tanto pela lotação da Unidade, agravada com a crise migratória, quanto pelo deslocamento dos profissionais para ações contra o sarampo. Mas há um compromisso da Secretaria Municipal de Saúde para que ela seja implantada em todo o município.</p>	<p>Solicitar capacitações para a equipe e o apoio continuado da coordenadora de macroárea para implantação e aperfeiçoamento do Acolhimento.</p>

	<p>escuta qualificada com classificação de risco. Como somos apenas uma equipe, essa escuta foi feita apenas no primeiro horário.</p> <p>Em cerca de 2 semanas dessa experiência, houve superlotação da UBS, agravada pela crise migratória, e deslocamento constante do enfermeiro para ações de vacinação contra o sarampo fora da Unidade, o que prejudicou a continuidade e aperfeiçoamento pela equipe do Acolhimento.</p>		
<b>Gestando Saúde</b>	<p>Reflexões foram feitas durante o módulo de Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério a fim de avaliar a qualidade da nossa atenção dispensadas a população fértil da nossa comunidade. Nosso planejamento reprodutivo é abordado durante as consultas e não em ações de educação em saúde. Atualmente</p>	<p>Ter um período semanal garantido em agenda para atendimento das gestantes é algo que a equipe e população avaliam como positivo. Educação em saúde para abordar questões do pré-natal, planejamento reprodutivo, puerpério, diversidade sexual e prevenção de</p>	<p>Durante as reuniões de equipe do próximo ano, cuja frequência será quinzenal, escolher temas referentes à saúde sexual para serem discutidos com a comunidade em ações de educação em saúde.</p>

	<p>não há uma abordagem para trabalhar a diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras ISTs.</p> <p>As consultas de puerpério são abordadas no fim do 3º trimestre, mas são necessárias outras estratégias para aumentar o vínculo.</p>	<p>HIV/AIDS e outras ISTs são necessárias para melhorar a qualidade do atendimento. A dificuldade atual é a elaboração de um cronograma com temas dos assuntos acima para serem discutidos com a população, visto que nossa equipe só conseguiu regularizar o calendário de reuniões em outubro.</p>	
<p><b>Conhecendo a Rede da Saúde Mental</b></p>	<p>Após refletir sobre os critérios que o PMAQ – AB, Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica, no tocante ao acompanhamento dos pacientes com demanda de saúde mental, foi construído um instrumento a fim de verificar informações como medicações em uso, posologia, ajustes de dose, acompanhamento psicológico e psiquiátrico e se o paciente faz uso de álcool e outras drogas.</p> <p>Também foi feita uma visita ao</p>	<p>É preciso discutir com a equipe o instrumento e sua aplicação aos nossos pacientes. Também faz-se necessário melhorar a comunicação no sistema de referência/contrarreferência, a fim de oferecer um acompanhamento longitudinal de mais qualidade para nossos pacientes em sofrimento psíquico.</p>	<p>Utilizar o instrumento de acompanhamento de pacientes que fazem uso de psicotrópicos e/ou usuários de álcool e outras drogas, além de recorrer à gestação para facilitar a comunicação entre referência e contrarreferência.</p>

	CAPS II para conhecer a relação de matriciamento e referência/contrarreferência.		
<b>Amadurecendo o Futuro</b>	<p>Nas tardes de quarta-feira, a equipe de enfermagem verifica as medidas antropométricas das crianças e em seguida elas passam por consulta médica para esclarecer dúvidas dos pais, realizar exame clínico e estimular práticas saudáveis, como a orientação para aleitamento materno e introdução alimentar, por exemplo.</p> <p>Também é feito o acompanhamento do desenvolvimento neuromotor com registro na</p>	<p>O período semanal garantido em agenda para atendimento de puericultura é uma forma de priorizar o atendimento deste segmento da comunidade, sendo positivo para ela e equipe. Transformar esse atendimento mais lúdico é um desafio nosso, que beneficiará o conforto e desenvolvimento das crianças e nos permitirá uma melhor análise do seu desenvolvimento neuropsicomotor.</p>	<p>Organizar um espaço lúdico na Unidade, com livros e brinquedos, a fim de potencializar a interação das crianças com o meio e sua socialização com outras crianças.</p> <p>Instrumentalizar os ACSs para o registro no território sobre vacinação, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, violência familiar, acidentes e busca ativa de prematuros, baixo peso e puericultura atrasada.</p>



	<p>caderneta da criança, e a orientação aos pais para que estimulem seus filhos de acordo com cada faixa etária.</p>		
<p><b>Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis</b></p>	<p>Apesar de não estarmos organizados como gostaríamos, as reflexões geradas pelo módulo nos possibilitaram repensar a nossa assistência, enquanto equipe. As dificuldades dessa microintervenção deu-se pela alteração da agenda de reuniões com a ausência dos ACSs e ao fato de nossa área ainda não estar totalmente definida, impossibilitando um levantamento mais adequado dos nossos portadores de doenças crônicas.</p> <p>Atualmente, anotamos em uma lista os pacientes que apresentam dificuldade na adesão ao</p>	<p>Há periodicidade, de acordo com a gravidade, na avaliação de comorbidades para a população que frequenta a unidade. Porém, precisamos desenvolver instrumentos e estratégias para fazer uma busca ativa no território, a fim de captar os portadores de doenças crônicas que não procuram atendimento regularmente. A implantação de ações de educação em saúde, que elucidem para a população os mecanismos das doenças, suas complicações, bem como a promoção de hábitos saudáveis agregará ao serviço maior</p>	<p>Garantir na agenda de períodos quinzenais para o atendimento prioritário dos portadores de hipertensão, diabetes e obesidade, visto sua alta prevalência na população geral. Nestes períodos, haverá rastreio mais detalhado de comorbidades e complicações, além de educação em saúde a fim de promover o auto cuidado e corresponsabilização por uma vida mais saudável.</p>

	tratamento, a fim de aumentarmos o vínculo e estabelecermos estratégias individualizadas para o melhor controle da doença.	eficácia no controle de tais doenças.	
--	--	---------------------------------------	--

|



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, avalio como positiva a experiência de cada uma das seis microintervenções ao proporcionar para a equipe inicialmente um diagnóstico da nossa real situação atual e, em contra partida, estimular a construção de metas que visem um melhor atendimento. Verificou-se vários avanços e pontos que ainda precisam de melhoria. Precisamos de maior contato com a gestão para solicitar melhorias da nossa infraestrutura e insumos, bem como implantar de forma coordenada a Política de Acolhimento.

Também percebeu-se que precisamos melhorar nossa atenção à Saúde Reprodutiva, com foco em ações de saúde nos temas referentes ao planejamento familiar, ISTs e situações comuns à gestação, parto e puerpério.

Aos nossos pacientes em sofrimento psíquico, é necessário melhorar a comunicação da referência e contra referência, além de implantar um instrumento de acompanhamento destes usuários na unidade.

Nossa consulta puerperal pode acontecer de forma mais lúdica e com um momento coletivo, permitindo mais diversão para as crianças e melhor avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e social.

Acreditamos que os portadores de doenças crônicas não transmissíveis se beneficiarão de períodos na agenda reservados para eles, bem como ações de educação em saúde que visem promover o autocuidado e hábitos de vida saudáveis.

Dessa forma, percebemos que um dos maiores impactos das microintervenções foi proporcionar a organização do trabalho e elaborar estratégias de melhoria no atendimento à população.

---

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade**: documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERE, A. R.; SANTOS, M. L. M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. *Saúde Debate*, | rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN2015

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado** Goiânia: AB, 2003.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

---

---

## APÊNDICES

|

---

---

## FOLHA DE RESPOSTAS e CLASSIFICAÇÃO

Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensão – H: Infraestrutura e Equipamentos – 80 pontos

Nº padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	Soma total
Resultados obtidos	7	10	0	9	3	0	4	4	37

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 15	16 a 31	32 a 47	48 a 63	64 a 80

Subdimensão – I: Insumos, imunobiológicos e medicamentos – 80 pontos

Nº padrões	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	Soma total
Resultados obtidos	3	9	7	4	2	5	6	36

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 15	16 a 31	32 a 47	48 a 63	64 a 80

Classificação da Dimensão: Unidade Básica de Saúde

Subdimensão	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pts	3 pts	4 pts	5 pts
H			3		
I			3		

Total de pontos: 6

Média dos pontos: 3 (soma dos pontos/ 2)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

Subdimensão – H: Infraestrutura e Equipamentos

3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.2	A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva.	
3.3	A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.4	A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica e de equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.5	A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e dos equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.6	O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.7	A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.8	A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Subdimensão – I: Insumos, imunobiológicos e medicamentos

3.9	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.10	A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.11	A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.12	A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.13	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e de medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.14	A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.15	A Unidade Básica de Saúde disponibiliza de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



3.16	A Unidade Básica de Saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/ insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
------	--	------------------------

Legenda

0 – 2: Muito insatisfatório, cor vermelha

3 – 5: Insatisfatório, cor laranja

6 – 7: Regular, cor amarela

8 – 9: Satisfatório, cor azul

10: Muito satisfatório, cor verde

**ANEXOS**

[Inclua seus anexos aqui]

---

---

