



**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**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE AS INTERVENÇÕES DENTRO  
DE UMA UBS NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ-AP**

**JOSE VICENTE DA SILVA MARQUES JUNIOR**

---

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

---

---

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE AS INTERVENÇÕES DENTRO DE UMA UBS  
NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ-AP

JOSE VICENTE DA SILVA MARQUES JUNIOR

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

**Orientador: Cleyton César Souto Silva**

---

A Deus, o que seria de mim sem a fé que tenho Nele.

---

---

Agradeço a todos os profissionais da UBS Marcelo Cândia, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desse trabalho.

---

---

## RESUMO

A realidade da Unidade Básica de Saúde Marcelo Cândia localizada na cidade de Macapá é uma UBS que tem Pronto Atendimento de Emergência e tem em seus anexos uma sala com atendimentos de três equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF, no entanto não atende aos requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde, sendo assim se tornando falho no atendimento prestado a população da área. Ao todo foram realizadas 6 intervenções, e cada uma gerou um capítulo desse trabalho de conclusão de curso. As intervenções têm o objetivo que realizar uma interface entre conhecimento teórico adquirido no curso e a prática com a realidade da UBS, trazendo esses relatos para melhoria da qualidade da assistência da atenção básica. Deve-se destacar sobre o empenho de toda equipe de saúde, em ajudar nesse processo de melhoria. Também deve-se considerar sobre a importância do conhecimento durante a especialização e sua aplicação direta junto a prática da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Atenção Primária à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde

---

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>CAPÍTULO I: Observação de Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Macapá-AP.....</b>	<b>08</b>
<b>CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO III: Primeira Atividade Educativa com Grupo de Gestantes em Uma UBS de Macapá-AP.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO IV: Conhecendo a Rede de Atenção em Saúde Mental no Município de Macapá-AP.....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO V: Capacitação sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança na UBS Marcelo Candia, em Macapá-AP.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO VI: Realização de Grupo Operativo na UBS Marcelo Candia para Pacientes Hipertensos, Diabéticos e Obesos: Relato de Experiência.....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação.....</b>	<b>33</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

Esse trabalho foi realizado no município de Macapá-AP, dentro da atenção básica na UBS Marcelo Cândia, bairro Jardim 1 durante o ano de 2018.

Ele possui as intervenções propostas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Possui ao todo 6 atividades realizadas baseadas na realidade local.

Ao todo foram realizadas 6 intervenções, e cada uma gerou um capítulo desse trabalho de conclusão de curso.

As intervenções têm o objetivo que realizar uma interface entre conhecimento teórico adquirido no curso e a prática com a realidade da UBS, trazendo esses relatos para melhoria da qualidade da assistência da atenção básica.

Convido a todos a lerem o trabalho para somar e compartilhar conhecimento vivenciados durante o ano de 2018.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: Observação de Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Macapá-AP**

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), incentiva os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. (BRASIL, 2016)

Atenção Básica (PMAQ), funciona como um processo constante de melhoria do acesso e qualidade. Os resultados das avaliações que os questionários fornecem devem proporcionar conhecimento às equipes e à gestão, de forma a buscar o planejamento das ações e corroborar para as tomadas de decisões. Para que tal processo funcione de forma contínua, surge a necessidade de definir quais indicadores serão utilizados para mensurar os resultados e o desempenho da gestão e das equipes de saúde. De acordo com o proposto, no PMAQ foram escolhidos alguns indicadores de monitoramento do desempenho da Unidade de Saúde. Por meio deles, é possível acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas; e analisar desempenho. (BRASIL, 2015)

A realidade da Unidade Básica de Saúde Marcelo Cândia localizada na cidade de Macapá – AP, no bairro Jardim 1, é uma UBS que tem Pronto Atendimento de Emergência e tem em seus anexos uma sala com atendimentos de três equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF, no entanto não atende aos requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde, sendo assim se tornando falho no atendimento prestado a população da área. Esta Unidade de Saúde já teve muitos problemas devido à falta de médicos na equipe o que prejudicou por muito tempo o trabalho de atendimento à população trazendo assim um prejuízo inestimável para promoção de saúde nesta localidade.

A partir da chegada do médico na equipe, foi possível verificar as mudanças que ocorreram na organização do funcionamento da logística de atendimentos a população. Desde janeiro as mudanças foram acontecendo gradativamente fazendo com que a população se encontrasse mais satisfeita com o atendimento na UBS. No entanto, o sistema utilizado pela equipe para atender a população ainda é o E-SUS e não foi possível fazer relatórios tendo como base as informações lançadas no sistema.

---



---

Para essa microintervenção foi realizada reunião com a equipe de saúde, para realização da aplicação do questionário AMAQ para diagnóstico situacional, verificando aspectos positivos e fragilidades dentro da Equipe.

A aplicação do AMAQ foi feita numa terça feira, dia 08/05/2018 com participação de todos os membros da equipe durante horário da reunião semanal do grupo. Com resultados em mãos, foi escolhido o indicador com menor nota atribuída, e passível de mudanças dentro da própria equipe, sem depender de outras instâncias como Secretaria Municipal de Saúde de Macapá, Secretaria Estadual de Saúde, e até mesmo o próprio Ministério da Saúde.

Com nota 2 foi escolhido o padrão 4.22 que diz “A equipe acompanha todas as gestantes do território”, e houve a criação da Matriz de Intervenção. Com ela conseguimos identificar a Unidade de Análise, Dimensão e Subdimensão, conseguindo estipular estratégias para alcançar o objetivo, atividades a serem desenvolvidas, recursos necessários para o desenvolvimento das atividades, resultados esperados, profissionais responsáveis pela Matriz de Intervenção, qual o prazo pré-estabelecido, e quais mecanismos e indicadores adotados para avaliar o alcance dos resultados, para solucionar o problema encontrado.

Já na parte de indicadores, também por meio de reunião com toda equipe de saúde, foi escolhido como justificativa o Percentual de atendimento de consultas por demanda espontânea devido à falta de prontuário eletrônico com os dados dos indicadores da localidade e a falta de monitorização desses indicadores, com a dificuldade de geração de relatórios via E-SUS CDS, permitindo uma primeira visão e elaboração de ações para se atingir resultados de alta resolutividade, dentro do padrão estipulado pelo Ministério da Saúde.

Assim tem por objetivo descrever e avaliar o Percentual de atendimento de consultas por demanda espontânea, verificar se está de acordo com o Ministério da Saúde para Atenção Básica. E melhor controle dessa demanda de atendimentos na Equipe.

Para metodologia, que inicializará a partir do Mês de Junho/2018 será introduzido na equipe uma ficha de controle com identificação dos pacientes que são demanda espontânea com dados diários de sua procedência, localidade, endereço, se já passou ou não pela equipe, ou se é primeira vez. Desta forma será possível ter um controle da desmanda espontânea utilizando um controle manual.

---

---

Ao final de cada mês, será realizado uma reunião com os responsáveis para que os dados encontrados sejam armazenados mensalmente e consolidados.

Sobre os aspectos positivos pode-se destacar sobre o empenho de toda equipe de saúde, em ajudar nesse processo de melhoria. Também deve-se considerar sobre a importância do conhecimento durante a especialização e sua aplicação direta junto a prática da Estratégia Saúde da Família. Com a criação da Matriz espera-se que ao final do período estabelecido tenha se chegado ao objetivo final, trazendo benefícios para a população, principalmente durante o período gravídico-puerperal, além de melhorar a performance da equipe de saúde durante autoavaliações e avaliações externas.

Já com relação às fragilidades da Microintervenção, verifica-se a dificuldade de estrutura física para melhoria do atendimento à população longe do preconizado pelo Ministério da Saúde e a falta da implantação do Prontuário Eletrônico, dificultando o acesso à informações e gráficos de forma rápida, gerando trabalho para obtenção dos mesmos. Existe em Macapá um senso cultural em que as mulheres não realizam Pré Natal de nenhuma forma, ou ocasionalmente com baixa frequência nas consultas médicas e de enfermagem. Muitas vezes atendemos pacientes que não são do território adscrito, inclusive do estado do Pará, devido ao acesso fluvial. Com isso, ficamos presos, e tentamos realizar o melhor possível, com os recursos disponíveis.

---

---



---

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

O acolhimento é um encontro “complexo” entre dois ou mais sujeitos, que gera compromissos e eventualmente gera tensões também, a partir das necessidades, dos interesses e dos direitos de cada um desses sujeitos. Portanto, é importante que redescubramos nossa vocação para o cuidado, superando as assimetrias que possam existir nessas relações, sejam de saber ou de poder, por exemplo.

O acolhimento tem como objetivo a INCLUSÃO, pois avalia sob a ótica das vulnerabilidades e organiza as demandas programadas e as imprevistas. Já a triagem tem como objetivo a EXCLUSÃO: “quem não deveria estar aqui”.

Uma estratégia que tem sido difundida como forma de organizar, avaliar e orientar as pessoas que buscam, como urgência ou emergência, uma unidade de saúde, é a classificação de risco, sendo a mais comumente usada a Classificação de Manchester (PARANA, 2013).

Essa classificação não busca dar diagnósticos, mas sim prioridades clínicas, garantindo um atendimento mais adequado e equânime. É uma forma de triagem que visa a um impacto positivo sobre a história natural da doença, que, se não abordada, poderá trazer riscos de morte (LEITE, 2015).

A classificação de risco fundamenta-se em 3 variáveis:

- 1) Gravidade (risco)
- 2) Recurso
- 3) Tempo de resposta

Como o protocolo de Manchester foi escrito inicialmente para serviços de pronto-socorro, este recomenda que o atendimento seja realizado em, no máximo, 240 minutos, o que não se adéqua aos serviços de APS, que possui uma clientela adstrita e pratica o vínculo e a longitudinalidade da assistência. Assim, por exemplo, um paciente que procura a unidade de forma espontânea por achar que precisa de um “exame de rotina” ou para “trocar uma receita vencida” pode ser encaminhado para o agendamento programado, e não necessariamente ser atendido naquele momento, principalmente se a demanda espontânea do dia estiver sobrecarregando o serviço (PARANA, 2013).

A gestão da clínica é o conjunto de instrumentos tecnológicos que permite integrar os diversos pontos de atenção à saúde para conformar uma rede de atenção à saúde capaz

---

---

de prestar a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa (MENDES, 2002).

O registro da história clínica e de vida de cada pessoa e/ou família, materializado na forma de prontuários impressos ou eletrônicos, constitui memória valiosa para o profissional de saúde, além de instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado. Os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade, auxiliam na comunicação e na tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base das pessoas e das famílias em segmento, fornecendo, eventualmente, também dados para investigação científica ou prova para diligências legais (RAMOS, 2008).

Na APS mundial, um dos modelos de registro adotado é o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP). Ele pressupõe identificação de todos os problemas da pessoa e obriga a relacionar cada problema com os restantes, assim como a registrar um raciocínio e um plano para cada problema.

Vale lembrar sobre a realidade local da Unidade Básica de Saúde Marcelo Cândia, localizada em Macapá – AP, com todos os problemas relacionados a falta de estrutura física, ficando fora dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Conseqüentemente, traz dificuldade no processo de acolhimento da forma adequada, não facilitando a troca de conhecimento e informações entre pacientes e profissionais, além de prejudicar a criação de vínculo com a equipe da atenção básica.

Por tais problemas expostos, a microintervenção será sobre divulgação/empoderamento da população em relação às mudanças.

Para executar e alcançar os objetivos propostos foi realizado uma capacitação dos agentes comunitários de saúde da equipe, já que os mesmos possuem vínculo direto entre os serviços de saúde e a comunidade. Tal capacitação ocorreu durante as reuniões semanais da equipe, aproveitando o momento oportuno, com todos profissionais reunidos.

A capacitação teve os seguintes aspectos abordados: diferença entre consulta ambulatorial e de urgência dentro da atenção básica, lembrando qual o papel da atenção primária em saúde, diferença entre demanda programada e demanda espontânea, orientações de quando procurar a Unidade Básica de Saúde e quando procurar o Pronto Atendimento.

Foi utilizada comunicação com linguagem simples e situações exemplificadas para melhor absorção das informações passadas, para maior entendimento de todos, e ao final do período, foi aberto a questionamentos dos profissionais.

---

---

Após capacitação, os agentes comunitários de saúde ficaram responsáveis por replicar o conhecimento adquirido durante capacitação para os usuários visitados na área adscrita da equipe.

Já na Unidade Básica de Saúde, foi realizada na sala de recepção as orientações para os pacientes que aguardavam por consultas e/ou procedimentos, aumentando a divulgação sobre as mudanças no processo de acolhimento.

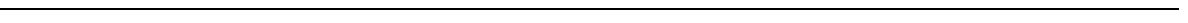
Sobre as potencialidades, percebemos o quanto o papel do agente comunitário de saúde é importante, na replicação do conhecimento para a comunidade. Todos ACS moram no bairro, e conhecem grande parte da população, tendo enorme facilidade para abordar a comunidade e repassar as informações.

Já sobre as fragilidades, ressalto da importância da infraestrutura adequada pelo Ministério da Saúde, para aumentar a resolutividade das ações da equipe. Acolhimento continua sem um espaço adequado, e muitos pacientes optam por não relatar suas queixas, já que há a falta de espaço e privacidade durante o diálogo.

A equipe aprendeu de forma satisfatória sobre o acolhimento, a transmitir informações e a ser mais empática na escuta ao usuário. Percebe-se de forma positiva o impacto da microintervenção principalmente a longo prazo, onde a comunidade tem conhecimento básico sobre as redes de atenção à saúde, não sobrecarregando setores por falta de informação.

---

---



---

### **CAPÍTULO III: Primeira Atividade Educativa com Grupo de Gestantes em Uma UBS de Macapá-AP**

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição, está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio (NACIONES UNIDAS, 1995).

Lembrando que a execução de forma eficaz inicia com o aconselhamento que é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal, que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro (BRASIL, 2013, p. 61).

O Ministério da Saúde ainda discorre que essa prática pressupõe:

Acolhimento do usuário ou do casal, com escuta ativa de suas necessidades, dúvidas e preocupações com relação ao planejamento reprodutivo, direitos sexuais e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV/AIDS).

Nesse processo, o profissional de saúde deve demonstrar habilidade em reconhecer na pessoa ou no casal o desejo ou não de ter filhos, em permitir que discutam abertamente sobre sua atividade sexual, reconhecendo a vulnerabilidade relacionada à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e em se colocar à disposição para orientar sobre métodos contraceptivos, ou para orientação pré-concepcional, lembrando que a lei do planejamento reprodutivo garante direitos iguais para homens e mulheres (BRASIL, 2013).

Já na parte de acompanhamento de gestantes de baixo risco é imprescindível para melhor atuação da Estratégia de Saúde da Família e está presente em seu escopo de ação. As rotinas estabelecidas nas unidades de saúde devem respeitar as peculiaridades locais. É primordial buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas e favorecer uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde.

---



---

O Ministério da Saúde (2012) assegura que o atendimento ou acompanhamento do pré-natal realizado nas unidades de saúde da família implica em infinitas possibilidades de ações que fomentem assistência de qualidade e atenção humanizada à mulher e familiares, dando destaque para algumas das ações primordiais:

- Acolhimento;
- Consultas e exames adequados;
- Identificação, monitoramento e acompanhamento de fatores de risco;
- Imunização;
- Atividades de educação em saúde;
- Visita domiciliar;
- Preparo para parto e nascimento humanizado.

Conforme primeiro capítulo desse trabalho na UBS Marcelo Candia, as gestantes não eram acompanhadas conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. Não havia um determinado tempo nas consultas médicas e de enfermagem para se dedicar exclusivamente ao Pré-Natal. Sendo assim foi criado a Matriz de Intervenção para visualização do problema de forma integral e objetivar mudanças para uma assistência de qualidade.

Para esse módulo da Especialização em Saúde da Família, optou-se por realizar uma atividade educativa com as gestantes da área.

Houve a elaboração do convite para o encontro distribuídos nas dependências da Unidade de Saúde, além de cartazes fixados nas paredes, e também o convite direto durante as consultas do Pré Natal, pelo médico e pelo enfermeiro da equipe.

A ação iniciou as 09:00 horas da manhã de uma quarta feira e teve a participação do médico, enfermeiro, 2 técnicas em enfermagem, e 2 agentes de saúde. Foi realizado uma roda com as 5 gestantes que estavam presentes, abordando os temas relacionados ao Pré Natal: consultas, exames laboratoriais, exames de imagem, alterações do corpo materno, preparo para o aleitamento materno e intercorrências comuns durante a gestação.

Nos aspectos positivos, foi importante a realização da ação para conhecer um pouco mais de cada gestante, o envolvimento dos profissionais que participaram, e a função de educador que o profissional de saúde tem, dentro da comunidade.

Já sobre os aspectos negativos, não houve o comprometimento de toda a equipe, a adesão das grávidas foi relativamente baixa, de 32 gestantes, apenas 5 compareceram. Em Macapá não existe a cultura de promoção de saúde, e basicamente a medicina curativista

---

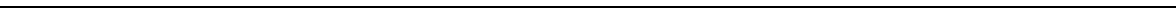
---

predomina, fazendo com que a atenção primária em saúde perca um dos seus eixos para funcionamento resolutivo dentro da área adscrita.

Baseado nos problemas acima, torna-se importante o oferecimento de grupos para gestantes, em dias e horários que facilitem a participação, tanto das gestantes como de seus acompanhantes para aumentar a adesão à atividade educativa. Como nunca houve uma reunião desse tipo dentro da UBS, faz necessário continuar reforçando os princípios da Atenção Primária, junto aos profissionais da equipe e para os pacientes, tornando o hábito como rotina, quebrando paradigmas culturais onde as gestantes não buscam realizar o Pré Natal de forma adequada na cidade de Macapá.

---

---



---

## **CAPÍTULO IV: Conhecendo a Rede de Atenção em Saúde Mental no Município de Macapá-AP**

O sofrimento psíquico não deve ser apreendido como sinônimo de dor e de perda, muito embora possa estar atrelado a esses aspectos, mas compreendido como uma ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa, que pode surgir quando um indivíduo é privado ou tem limitações de uma ou várias esferas que compõem a sua vida, tais como: projetos futuros; pertencimento familiar e grupal; universo cultural; dimensão política; papéis sociais, relações de trabalho, entre outras (BRASIL, 2013).

No Brasil, mesmo com a ambulatorização ocorrida a partir da década de 1970 como solução para a assistência psiquiátrica, continuou a existir a lógica massificadora da assistência hospitalocêntrica e sua conseqüente ampliação da demanda com o aumento dos leitos contratados, promovendo a cronificação de sua clientela e a indução à farmacodependência (ALVES; GULJOR, 2004).

Com o passar do tempo em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 desencadeou uma série de mudanças nas modalidades de cuidado em Saúde Mental, a qual destronou o modelo centrado exclusivamente no hospital psiquiátrico, para ações e modelos mais humanizados em dispositivos abertos e inseridos na comunidade (BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002; SILVA, 2009).

O que se preconiza é que se deva garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em Saúde Mental das equipes da ESF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência que podem ser específicas ou aquelas dos serviços de Saúde Mental já existentes (BRASIL, 2005).

Os profissionais de saúde costumam refletir consigo e por vezes ficam em dúvida sobre quais situações de sua realidade cotidiana necessitam de intervenções em Saúde Mental. Nesse sentido, salienta-se que as práticas em Saúde Mental na Atenção Primária podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, o que deve ter como elemento balizador o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários (BRASIL, 2013).

Como forma de melhoria tanto para avaliação externa do PMAQ, quanto para assistência em Saúde Mental de forma integral, foi revisto a forma de registro e acompanhamento para obtenção dos requisitos mínimos.

---

---

Os pacientes que necessitam da assistência em Saúde Mental são escassos, e a grande maioria deles já fazem acompanhamento pelo serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas Doutor Alberto Lima.

A Secretaria Municipal de Saúde de Macapá não fornece em nenhuma unidade de saúde a dispensação de qualquer medicação de uso psiquiátrico como: ansiolíticos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, estabilizadores de humor, etc. A única forma de dispensação de tais medicamentos é feita pela Secretaria Estadual do Amapá, por meio do Hospital de Clínicas. Porém existe toda uma burocracia para realização de um cadastro e a oferta de medicamentos não supre a demanda de usuários, que na maioria das vezes precisam comprar as medicações com próprio dinheiro.

Dentro da Unidade de Saúde Marcelo Candia não existe qualquer registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico por serem em menor quantidade. Também pelo baixo número de pacientes, não é feita ações coletivas que abordam o uso crônicos de ansiolíticos e entre outros.

Então para melhor sistematização da assistência prestada foi elaborado um registro de acompanhamento em Saúde Mental, anexado ao final do documento, com toda equipe de saúde presente, dando sugestões para obtenção de uma planilha de fácil preenchimento e com todas as informações relevantes do usuário, conseguindo visualizar o indivíduo como um todo.

Em Macapá existem dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o primeiro de nível III, mas em visita foi verificado diversos problemas junto com a coordenação, como a falta de atendimento 24 horas por dia, e atualmente não é habilitado junto ao Ministério da Saúde. Já o segundo é o CAPS AD, onde os pacientes são atendidos tanto por demanda livre como encaminhamentos de outros setores, e segue todos os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde. Ambos os CAPS são sobrecarregados pela alta procura e encaminhamento de pacientes, tornando a fila de espera para atendimento extremamente grande.

Nesse capítulo foi escolhida para relato um usuário de 17 anos de idade, 3º ano do Ensino Médio em andamento. Foi realizada a consulta de demanda espontânea junto com a mãe em maio/2018, e a genitora queixava-se que a filha estava com comportamento estranho há cerca de 1 ano, como agitação, sentimento de inutilidade, insônia, humor deprimido. Conta ainda uma mudança agressiva de comportamento, ficando eufórica, pensamento rápido, e sensação de poder. Durante toda consulta paciente se recusou a

---

---

interagir, ficando em silêncio durante toda a consulta. Após hipótese diagnóstica de Transtorno Afetivo Bipolar, foi encaminhado por meio de referência para serviço de Psicologia e Psiquiatria, para confirmação diagnóstica, e pelo risco de suicídio e virada maníaca. Como tratamento foi iniciado Ácido Valpróico 250mg 1x/dia.

Passado cerca de 1 mês, paciente retornou em consulta junto com sua mãe, que conta melhora discreta sobre comportamento da filha. Teve consulta com psicóloga do NASF, que ouviu e realizou as orientações para seguimento. Na parte de psiquiatria não houve sequer o agendamento da consulta médica, devido a fila de espera ser grande.

A articulação entre ESF e NASF foi de forma efetiva, compartilhamos dos mesmos pacientes e do mesmo espaço dentro da UBS, ficando fácil o contato entre as duas equipes, seja na parte de psicologia, como nas demais áreas. Sendo assim, não há o que reclamar sobre o processo de matriciamento e elaboração de plano para a paciente de modo singular, e visualizando o meio em que está inserida, como família, vizinhança e escola.

Já sobre ESF e CAPS, houve o encaminhamento por meio de referência para o setor de Psiquiatria, mas até o mês de agosto ainda não se teve o processo de contrarreferência devido à grande demanda do serviço.

Sobre dificuldades encontradas na elaboração do registro, verificou-se um conhecimento limitado sobre a Política Nacional de Saúde Mental entre os membros da equipe, onde não estão habituados a exercerem na prática a política pública, seja por baixo número de usuários, seja por estigmas que ainda ocorrem em pacientes da Saúde Mental, que acabam sendo rotulados.

No processo de articulação com CAPS, houve a dificuldade no processo de referenciamento e contrarreferenciamento. Conforme explicado anteriormente existem apenas 2 CAPS, sendo apenas 1 regulamento, e a demanda de usuários são imensas, onde a paciente sequer conseguiu agendar consulta médica com especialista, o que traz danos ao processo de cuidado integral.

Sobre as potencialidades do processo, vejo a abordagem da Política Nacional em Saúde Mental com uma forma de expandir o conhecimento dos profissionais durante a elaboração do registro de acompanhamento de pacientes, e aos poucos quebrar paradigmas sobre o estereótipo do paciente da Saúde Mental.

Tal módulo também permitiu um conhecimento aprofundado, entendendo mais sobre as redes de atenção em saúde, e a importância da atenção básica em realizar o

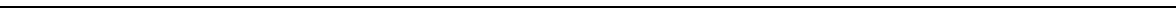
---

---

seguimento de casos menos complexos e evitar a sobrecarga de outros setores, como ocorre em Macapá.

---

---





---

## **CAPÍTULO V: Capacitação sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança na UBS Marcelo Candia, em Macapá-AP**

Os primeiros anos de vida são reconhecidamente aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo. É um ciclo de grande promessa e ao mesmo tempo de ameaças consideráveis (BRASIL, 2016).

Em 2015, e de forma pioneira, é criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Conselho Nacional dos Direitos da Criança (CONANDA) e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, definindo um eixo estratégico de Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral – DPI, reconhecendo todas as etapas do desenvolvimento da criança. Somando-se aos demais eixos da Política e às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança (BRASIL, 2015).

A PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e os cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e a um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

São inúmeros os benefícios do aleitamento materno para o bebê: diminuição da morbidade e das taxas de morte súbita do lactente; redução do risco de hospitalização por Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e alergias. O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes; protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica; reduz a obesidade; diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes; melhora a nutrição, entre outros benefícios (BRASIL, 2012).

Como primeira fase dessa microintervenção, foi respondido um questionário para verificar se a equipe de saúde realiza as ações preconizadas pelo PMAQ/AB. Conforme recomendação o preenchimento das perguntas foi realizado por meio de reunião de equipe com os profissionais e anexado ao final desse trabalho.

Conforme pode-se observar, grande parte das ações preconizadas pelo PMAQ não são desenvolvidas de forma efetiva dentro da UBS.

---

---

Baseado nos problemas identificados houve um mutirão para capacitação de toda equipe de saúde, para que os profissionais conheçam e apliquem de forma efetiva a PNAISC. O profissional responsável pela educação continuada foi o enfermeiro da equipe, e realizado durante as reuniões semanais.

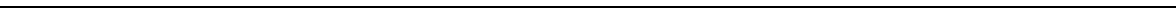
Por meio da capacitação foi abordado os seguintes aspectos:

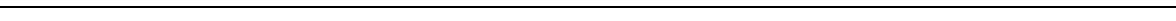
- Portaria nº 1130 de 05/08/2015 que institui a PNAISC.
- Objetivos da política nacional;
- Faixa etária contemplada (crianças e adolescentes até a idade de 15 anos, ou seja, 192 meses.
- Princípios (direito à vida e à saúde, prioridade absoluta da criança, acesso universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção e gestão participativa e controle social);
- Diretrizes para a elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde.
- Eixos estratégicos:
  - Atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido;
  - Aleitamento materno e alimentação complementar;
  - Desenvolvimento integral da primeira infância – DPI;
  - Crianças com agravo prevalentes e doenças crônicas;
  - Prevenção de acidentes, violências e promoção cultura paz;
  - Criança com deficiências ou em situações de vulnerabilidades;
  - Prevenção do óbito infantil.

Sobre as dificuldades na aplicação do questionário, foi identificada uma falta de conhecimento científico atualizado, onde os profissionais não entendiam de forma clara o seu papel para agir por meio de ações para melhoria da assistência prestada. Também foi notado uma falta de interesse pontuais nos aspectos teóricos históricos e legais da PNAISC.

Nas potencialidades vale ressaltar sobre a proatividade do enfermeiro em preparar e se dedicar para a capacitação dos demais funcionário da equipe. E de forma geral, houve um retorno bastante positivo de toda equipe. Com esses fatos, todos se comprometeram a melhorar seu processo de trabalho, melhorando a linha de cuidado em saúde da criança.

---





---

## **CAPÍTULO VI: Realização de Grupo Operativo na UBS Marcelo Candia para Pacientes Hipertensos, Diabéticos e Obesos: Relato de Experiência**

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estima que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países.

Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010).

É enorme o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o país. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006).

A microintervenção desse capítulo “Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde” deve se nortear pelas prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Para tanto foi indicado a aplicação de um questionário para diagnóstico e reflexão da equipe de saúde da família.

Esse questionário foi respondido durante o mês de agosto desse ano, por meio da reunião de equipe, sendo respondido em conjunto com os profissionais presentes. O mesmo encontra-se respondido nesse trabalho nos anexos.

---

---

Existe o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos por meio de consultas médicas. Não existe um espaço na agenda exclusivo para esses pacientes, mas existe o seguimento durante toda a semana, permitindo uma maior flexibilidade de horários para os pacientes, impedindo que muitos faltassem por conta do horário restrito.

O tempo de espera para consulta de cuidado programa gira em torno de 10 dias, sendo que a marcação de consultas é feita pelos agentes de saúde no decorrer da semana, evitando filas gigantes na UBS Marcelo Candia.

Após reunião de equipe foi constatado alguns problemas que podem e devem ser melhorados. Foi decidido a realização de um grupo operativo na UBS para pacientes hipertensos, diabéticos e obesos, dentro do controle de doenças crônicas não transmissíveis. Houve o convite para parceria com o NASF para planejamento e execução em conjunto, compartilhando os diversos saberes de todos os profissionais envolvidos para esses usuários.

O grupo foi realizado no dia 12/09/2018 no período da manhã a partir das 08:00 na própria UBS Marcelo Candia, e teve a presença de 16 pacientes, sendo 3 hipertensos, 2 diabéticos, 6 hipertensos e diabéticos e 5 obesos, hipertensos e diabéticos.

Houve uma roda para orientações e cuidados de saúde que abordaram os seguintes temas:

- Alimentação saudável;
- Atividade física;
- Entendendo a hipertensão;
- Entendendo o diabetes;
- Entendendo o colesterol;
- Tabagismo;
- Automedicação;
- Suporte familiar.

Após orientações teve espaço para alongamento, e aferições de pressão arterial, glicemia, e dados antropométricos, e de acordo com necessidade, o agendamento de consultas médicas.

Sobre as potencialidades visualizadas, pode-se destacar a facilidade na execução do questionário por toda equipe, estando aberta a novos saberes, e com o interesse melhorar a qualidade da assistência prestada dentro da UBS.

---

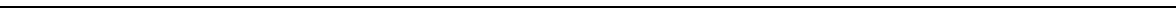
---

Sobre as dificuldades diagnosticadas, percebe-se algumas recomendações que não realizadas durante o seguimento desses usuários. Alguns por problemas dentro da própria equipe e outros que dependem de outros setores como secretaria municipal de saúde, recursos materiais para execução do exame do pé diabético e do fundo de olho dos pacientes com indicação.

As dificuldades estarão em pauta na próxima reunião da equipe, para discussão e tentativa de implantação para melhoria do seguimento para o controle das doenças crônicas não transmissíveis.

---

---





## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde	<p>A realidade da Unidade Básica de Saúde Marcelo Cândia localizada na cidade de Macapá – AP, no bairro Jardim 1, é uma UBS que tem Pronto Atendimento de Emergência e tem em seus anexos uma sala com atendimentos de três equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF. Após aplicação do AMAQ, com nota 2 foi escolhido o padrão 4.22 que diz “A equipe acompanha todas as gestantes do território”, e houve a criação da Matriz de Intervenção.</p>	<p>Foi realizado a aplicação do questionário AMAQ. Com nota 2 foi escolhido o padrão 4.22 que diz “A equipe acompanha todas as gestantes do território”, e houve a criação da Matriz de Intervenção.</p> <p>Já na parte de indicadores, foi escolhido como justificativa o Percentual de atendimento de consultas por demanda espontânea.</p> <p>Sobre as fragilidades verifica-se a dificuldade de estrutura física para melhoria do atendimento à população. Sobre os aspectos positivos pode-se destacar sobre o empenho de toda equipe de saúde, em ajudar nesse processo de melhoria.</p>	<p>Ao final de cada mês, será realizado uma reunião com os responsáveis para que os dados encontrados sejam armazenados mensalmente e consolidados, de forma a manter a continuidade da alimentação dos dados.</p>

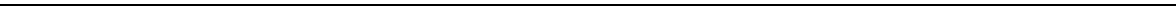
<p>Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada</p>	<p>A falta de estrutura física da UBS Marcelo Candia, traz dificuldade no processo de acolhimento da forma adequada.</p> <p>Por tais problemas expostos, a microintervenção será sobre divulgação/empoderamento da população em relação às mudanças.</p>	<p>Foi realizado uma capacitação dos agentes comunitários de saúde da equipe. Os seguintes aspectos abordados: diferença entre consulta ambulatorial e de urgência dentro da atenção básica, diferença entre demanda programada e demanda espontânea.</p> <p>Após capacitação, os agentes comunitários de saúde ficaram responsáveis por replicar o conhecimento adquirido para os usuários visitados na área adscrita da equipe.</p> <p>Sobre os problemas, o acolhimento continua sem um espaço adequado, e muitos pacientes optam por não relatar suas queixas.</p> <p>Houve de forma positiva o impacto da microintervenção a longo prazo, onde a comunidade tem conhecimento básico sobre as redes de atenção à saúde.</p>	<p>Para o plano de continuidade.</p> <p>Reforçamos por memorando junto à direção da UBS sobre a importância de um espaço para acolher os usuários.</p> <p>Sendo que o Enfermeiro da equipe ficou responsável pelo plano.</p>
--	--	---	--

<p>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério</p>	<p>As gestantes não eram acompanhadas conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. Não havia um determinado tempo nas consultas médicas e de enfermagem para se dedicar exclusivamente ao Pré-Natal. Logo optamos optou-se por realizar uma atividade educativa com as gestantes da área.</p>	<p>Foi realizado uma roda com as 5 gestantes que estavam presentes, abordando os temas relacionados ao Pré Natal: consultas, exames laboratoriais, exames de imagem, alterações do corpo materno, preparo para o aleitamento materno e intercorrências comuns durante a gestação. Nos aspectos positivos, foi importante a realização da ação para conhecer um pouco mais de cada gestante, o envolvimento dos profissionais que participaram. Já sobre os aspectos negativos, não houve o comprometimento de toda a equipe, a adesão das grávidas foi relativamente baixa, de 32 gestantes, apenas 5 compareceram. Em Macapá não existe a cultura de promoção de saúde, e basicamente a medicina curativista predomina.</p>	<p>Uma vez por mês em data a definir pela equipe de saúde, haverá o grupo educativo com as gestantes, com o mesmo molde relatado, mantendo a continuidade da educação em saúde nessas pacientes.</p>
--	--	--	--

<p><b>Conhecendo a Rede de Atenção em Saúde Mental no Município de Macapá-AP</b></p>	<p>Os pacientes que necessitam da assistência em Saúde Mental são escassos, e a grande maioria deles já fazem acompanhamento pelo serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas Doutor Alberto Lima. Dentro da Unidade de Saúde Marcelo Candia não existe qualquer registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico por serem em menor quantidade. Então para melhor sistematização da assistência prestada foi elaborado um registro de acompanhamento em Saúde Mental,</p>	<p>Vejo a abordagem da Política Nacional em Saúde Mental com uma forma de expandir o conhecimento dos profissionais durante a elaboração do registro de acompanhamento de pacientes, e aos poucos quebrar paradigmas sobre o estereótipo do paciente da Saúde Mental. Sobre dificuldades encontradas na elaboração do registro, verificou-se um conhecimento limitado sobre a Política Nacional de Saúde Mental entre os membros da equipe. Tal módulo também permitiu um conhecimento aprofundado, entendendo mais sobre as redes de atenção em saúde, e a importância da atenção básica em realizar o seguimento de casos menos complexos e evitar a sobrecarga de outros setores, como ocorre em Macapá.</p>	<p>Para continuidade da intervenção, o registro de paciente é atualizado constantemente por todos os profissionais, de forma a ter informações reais.</p>
--	---	---	---

<p>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</p>	<p>Como primeira fase dessa microintervenção, foi respondido um questionário para verificar se a equipe de saúde realiza as ações preconizadas pelo PMAQ/AB.</p> <p>Baseado nos problemas identificados houve um mutirão para capacitação de toda equipe de saúde, para que os profissionais conheçam e apliquem de forma efetiva a PNAISC.</p>	<p>Conforme pode-se observar, grande parte das ações preconizadas pelo PMAQ não são desenvolvidas de forma efetiva dentro da UBS.</p> <p>Por meio da capacitação foi abordado os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaria nº 1130 de 05/08/2015;</li> <li>• Objetivos da política nacional;</li> <li>• Faixa etária contemplada;</li> <li>• Princípios;</li> <li>• Diretrizes para a elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde.</li> <li>• Eixos estratégicos:</li> </ul> <p>De potencialidades vale ressaltar sobre a proatividade do enfermeiro.</p> <p>Sobre dificuldades na aplicação do questionário, foi identificada uma falta de conhecimento científico atualizado, onde os profissionais não entendiam de forma clara.</p>	<p>Para obtenção da continuidade existe sempre durante reunião da equipe, uma vez por mês algum tema para educação continuada, alternando entre médico e enfermeiro como educadores em saúde. De forma a atualizar a equipe dentro dos principais temas.</p>
--	---	---	--

<p>Realização de Grupo Operativo na UBS Marcelo Candia para Pacientes Hipertensos, Diabéticos e Obesos: Relato de Experiência</p>	<p>A microintervenção desse capítulo deve se nortear pelas prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. Para tanto foi indicado a aplicação de um questionário para diagnóstico e reflexão da equipe de saúde. Esse questionário foi respondido durante o mês de agosto desse ano, por meio da reunião de equipe, sendo respondido em conjunto com os profissionais presentes. Após reunião de equipe foi constatado alguns problemas que podem e devem ser melhorados. Foi decidido a realização de um grupo operativo na UBS para pacientes hipertensos, diabéticos e obesos, dentro do controle de doenças crônicas não transmissíveis.</p>	<p>Existe o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. O tempo de espera para consulta de cuidado programa gira em torno de 10 dias. O grupo foi realizado com roda que abordaram os seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação saudável;</li> <li>• Atividade física;</li> <li>• Entendendo a hipertensão;</li> <li>• Entendendo o diabetes;</li> <li>• Entendendo o colesterol;</li> <li>• Etc.</li> </ul> <p>Os problemas identificados dependem de outros setores como secretaria municipal de saúde, recursos materiais. Sobre as potencialidades, pode-se destacar a facilidade na execução do questionário por toda equipe, estando aberta a novos saberes, e com o interesse melhorar.</p>	<p>Uma vez por mês em data a definir pela equipe de saúde, haverá o grupo educativo com esses pacientes, com o mesmo molde relatado, mantendo a continuidade da educação em saúde para esse grupo.</p>
---	--	--	--



---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se destacar sobre o empenho de toda equipe de saúde, em ajudar nesse processo de melhoria. Também deve-se considerar sobre a importância do conhecimento durante a especialização e sua aplicação direta junto a prática da Estratégia Saúde da Família. Percebe-se o quanto o papel do agente comunitário de saúde é importante, na replicação do conhecimento para a comunidade. Todos ACS moram no bairro, e conhecem grande parte da população, tendo enorme facilidade para abordar a comunidade e repassar as informações.

Sobre os desafios das microintervenções, verifica-se a dificuldade de estrutura física para melhoria do atendimento à população longe do preconizado pelo Ministério da Saúde e a falta da implantação do Prontuário Eletrônico, dificultando o acesso à informações e gráficos de forma rápida, gerando trabalho para obtenção dos mesmos. Muitas vezes atendemos pacientes que não são do território adscrito, inclusive do estado do Pará, devido ao acesso fluvial. Com isso, ficamos presos, e tentamos realizar o melhor possível, com os recursos disponíveis.

---

---



---

## REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 221-240.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)>. Acesso em: 11 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. **Diário Oficial da União**, n. 149, 6 ago. 2015. Brasília, DF. Seção 1, p. 31.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**. Informativo da Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. v. 4. n. 21.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p. (Cadernos de Atenção Básica – 33).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica).

---

---

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**: documento orientador de implementação. Brasília, 2016a, 120 p. no prelo.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. Brasília: IBGE, 2010. (Suplemento Saúde).

LEITE, L. Chest pain in the emergency department: risk stratification with Manchester triage system and HEART score. **BMC Cardiovascular Disorders**, v. 15, n. 48, 11 jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462114/>>. Acesso em: 05 de jun. 2018.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p 79- 113.

NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: OPAS, 2010.

PARANA (Estado). Secretaria de Estado da Saude do Parana. A rede de atenção a urgência e emergência. 2013. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_\\_Ed.\\_Permanente/Oficina\\_03/APSUS\\_Classificacao\\_Risco\\_APS2012.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS__Ed._Permanente/Oficina_03/APSUS_Classificacao_Risco_APS2012.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

RAMOS, V. **A Consulta em 7 Passos**. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda, 2008.

---

---

SILVA, M. B. B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em Saúde Mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 149-158, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO, 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e prática de controle no município de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, 2006.

---

---

---

## APÊNDICES

---

---

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

NOTA RECEBIDA: 2

UNIDADE DE ANÁLISE: Equipe de Atenção Básica						
DIMENSÃO: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde						
SUBDIMENSÃO: L – Atenção Integral à Saúde						
DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.22 A equipe acompanha todas as gestantes do território.						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA: A equipe não acompanha as gestantes de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.						
OBJETIVO: Realizar consultas pré-natais de acordo com o Ministério da Saúde.						
Estratégias para alcançar o objetivo	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Conscientizar a equipe da importância do pré-natal. Abertura de um dia na agenda para o pré-natal.	Dialogar com a equipe sobre a mudança do fluxo de atendimento. Realização de teste rápido de gravidez para início de pré-natal mais rápido. Intercalar consultas entre médico e enfermeiro conseguindo o seguimento pré-natal	Sala disponível. Compromisso de cada profissional com a equipe. Materiais de teste rápido e aparelhos de pré-natal	Realização de pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde com consultas médicas e de enfermagem	José Vicente (Médico) Peterson (Enfermeiro) Ana (Tec. Enferm)	Implantação até 06/2018	Criação de horário para atendimento das grávidas com livro de frequência dos atendimentos, revisão de prontuários e controle de dados gestacionais e retorno agendado na própria consulta ou caderno de pré-natal do MS.





---

## ANEXOS

---

---



## Questionário para microintervenção

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	10		10	
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

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

