



**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**

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BÁSICA NO MUNICÍPIO COM  
RELAÇÃO À INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DOS PACIENTES  
COM: DOENÇAS CRÔNICAS, TRANSTORNOS MENTAIS, SAÚDE  
REPRODUTIVA, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA  
CRIANÇA E DEMANDA ESPONTÂNEA NO MUNICÍPIO DE PARAÚ**

**KARLLA KARYNA TEOTONIO FOLLI**

---

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

---

---

**KARLLA KARYNA TEOTONIO FOLLI**

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BÁSICA NO MUNICÍPIO COM  
RELAÇÃO À INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DOS PACIENTES  
COM: DOENÇAS CRÔNICAS, TRANSTORNOS MENTAIS, SAÚDE  
REPRODUTIVA, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA  
CRIANÇA E DEMANDA ESPONTÂNEA NO MUNICÍPIO DE PARAÚ**

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

Orientadora: Maria Betânia Moraes De Paiva

---

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que de forma direta ou indireta me ajudaram para a conclusão do curso de especialização.

---

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a quem devo minha vida e que nunca me abandonou me dando forças para vencer os obstáculos;

Aos meus pais, meus irmãos e minha avó, pelo apoio e carinho que sempre tem demonstrado a mim;

A minha orientadora que não mediu esforços em me ajudar;

Aos meus familiares e amigos e equipe, que de uma forma direta ou indiretamente me ajudaram.

---

---

## RESUMO

Este trabalho faz parte das atividades de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família promovido pelo Programa de educação permanente do Sistema Único de Saúde PEPSUS, e tem como objetivo apresentar atividades desenvolvidas, seus resultados e conclusões. A metodologia utilizada foi a elaboração de uma coletânea dos seis relatos das experiências realizadas com as microintervenções desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família Rosália Gondim de melo na cidade de Paraú, nos respectivos temas: Autoavaliação pelo AMAQ-AB, Acolhimento, Planejamento Reprodutivo/Pré-Natal e puerpério, Atenção à Saúde Mental, Atenção à Saúde da Criança - Crescimento e Desenvolvimento, Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com os seus resultados, propostas de continuidade, suas dificuldades, potencialidades identificadas e enfrentadas no desenrolar da experiência. Dessas microintervenções emergiram várias propostas de mudança de práticas nestas seis áreas de atuação com maior qualificação dos profissionais envolvidos, bem como melhora na qualidade da atenção prestada aos usuários. As ações norteadas pelo núcleo de apoio da gestão de saúde são também somadas com as ações que a equipe realiza. Por isso estamos em busca de melhor atuação no meio populacional, para assim ter uma melhor adesão das micro intervenções e ações.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Atendimento Integral. Capacitação Profissional.

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO-----	08
CAPÍTULO 1 - DESAFIO DE ESTRATÉGIAS AOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES E/OU HIPERTENSÃO-----	11
CAPÍTULO 2 - A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA EQUIPE-----	17
CAPÍTULO 3 - AÇÕES PARA MELHORIA DA SAÚDE REPRODUTIVA-----	21
CAPÍTULO 4 - A INTRAGRALIDADE DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS-----	26
CAPÍTULO 5 - DESENVOLVER É PRECISO-----	30
CAPÍTULO 6 - O CUIDADO EM ADQUIRIR DOENÇAS CRÔNICAS-----	34
CAPÍTULO 7 – ESTRATÉGIAS DE CONTINUIDADE PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE-----	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	44
REFERÊNCIAS-----	45
APÊNDICES-----	47
ANEXOS-----	50

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC), ressalta a importância da equipe do programa da saúde da família na intervenção dos problemas relacionados com as doenças que em maior proporção afetam a comunidade. Neste trabalho foram realizados seis relatos de experiência, os mesmos constituídos a partir de microintervenções que foram aplicados no território o qual faço parte. Cada capítulo possui microintervenções diferenciadas, tratando de diferentes assuntos pertinentes a saúde básica da população, buscamos sempre tratar com equidade a cada paciente.

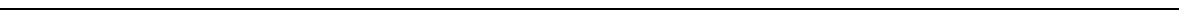
Estas microintervenções foram aplicadas na Unidade Básica de Saúde Rosália Gondim de melo, na cidade de Paraú estado do Rio Grande do Norte, equipe zona rural, a qual faço parte um pouco mais de um ano. Sou médica formada na cidade de Santa Cruz de la Sierra Bolívia, entrei no Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil, com o intuito de poder ajudar onde fora inserida e desta forma, me capacitar cada dia mais, julgo que não foi fácil a realização das microintervenções e da mesma forma colocá-las em prática. A zona rural, pelo dispersamente demográfico, nos trouxe um pouco de dificuldade, referente a aplicação das atividades em conjunto, com a população alvo, porém não deixamos isso nos parar e fomos em busca de melhores meios para que pudesse formalizar as microintervenções, na grande maioria realizada de forma individual.

A finalidade deste trabalho é trazer ao conhecimento o que pode ser feito para os pacientes, que de alguma forma, buscam a unidade básica de saúde, queixando-se de algo, e saber que existe uma equipe que os apoia e estão em constante busca em ajudá-los a melhorar sua qualidade em saúde, isso reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos enfatizando assim a melhoria da atenção e do planejamento.

Espera-se que ao ser divulgado este trabalho, venha trazer benefícios a outros profissionais de saúde, além de contribuir na reflexão e promoção da melhoria na prática do cuidado básico em saúde do paciente. Por isso convido-os para juntos cultivar este cuidado e colocar em prática após a leitura do mesmo.

---

---





---

## **CAPÍTULO I:**

### **TÍTULO: DESAFIO DE ESTRATÉGIAS AOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES E/OU HIPERTENSÃO**

COLABORADORES: ACS Antônio Evandro  
ACS Antônio José  
ACS Antônia Madalena  
ACS Antônia Viana  
ENFERMEIRA: Isadora

Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico a qual o paciente tem uma elevação dos níveis de açúcares e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, ocorrendo uma alteração na secreção e/ou ação da insulina no corpo (*BRASIL, 2013*). O DM vem tomando importância em nosso meio por estar associado a dislipidemias, à hipertensão arterial, à disfunção endotelial (*BRASIL, 2013*). Um problema de saúde sensível para os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), por isso é importante o manejo nas UBS, evitando hospitalizações e até mesmo a morte.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde no Brasil, tem-se que HAS é uma condição que leva a sustentação dos níveis pressóricos, associada diretamente a disfunção de órgãos alvos (coração, cérebro, rins, vasos sanguíneos), podendo agravar-se com a dislipidemia, obesidade abdominal e a intolerância à glicose (*BRASIL, 2013*).

No Brasil a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), junto com DM, suas complicações cardíacas, renais e Acidente Vascular Encefálico (AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (*MALACHIAS et al, 2016*).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das

---

---

coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e nas necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, toda necessidade de saúde ou todo sofrimento devem ser acolhidos (*BRASIL, 2017*).

Médicos que atuam em Unidade Básica de Saúde (UBS) tende a lidar com diferentes quadros, diferentes doenças/patologias, então, foi realizada uma primeira reunião com a equipe, para destrinchar com mais propriedade esta avaliação. Após identificarmos as falhas de estratégia, foram instituídas reuniões (quinzenais e mensais) com a equipe. Como tinha alguns meses, a equipe estava, sem a presença de um médico na estratégia, levando assim, uma má organização. Na reunião, na qual fez-se presente (médica, enfermeira, 3 dos quatro ACS), foram realizados cronogramas de atendimento a zona rural e de visitas domiciliares de cuidado continuado, uma tabela para ser preenchida (Figura 1), atualizando os números da tabela antiga aonde consta todas as estratégias. (Figura 2).

Figura 1 – Indicadores de monitoramento

---

---

	BOM LUGAR	ALAGAMAR	RAMADA/ESTRELA D'OESTE	CURRALIM	CANA FISTULA	ESPINHEIRO	MADEIRA
HIPERTENSOS MENOR 25 ANOS							
HIPERTENSOS MAIOR OU IGUAL 25 ANOS							
DIABÉTICOS MENOR A 25 ANOS							
DIABÉTICOS MAIOR OU IGUAL A 25 ANOS							
GESTANTE HIPERTENSAS							
GESTANTE DIABÉTICAS							
GESTANTE COM DHEG							
DIABETES GESTACIONAL							

Figura 2 – Tabela de monitoramento até início do quadrimestre

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAÍ  
ATENÇÃO BÁSICA  
SALA DE SITUAÇÃO QUADRIMESTRAL  
UBS - ROSÁLIA GONDIM DE MELO

Saúde: Família

FATORES CORRELACIONADOS	1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
Nº Mulheres Idade Fértil (10 a 49 anos)	200	200	
Nº Gestantes	200	200	
Gestantes de Alto Risco	200	200	
Crianças 0-4 meses em aleitamento exclusivo	200	200	
Crianças menores de 1 ano com vacinas em dia.	200	200	
Nº Crianças de 0 a 2 anos.	200	200	
Crianças menores de 6 anos com vacinas em dia.	200	200	
Nº Mulheres 50 a 69 anos	200	200	
Nº Homens 50 anos e mais	200	200	
Nº Idosos (60 anos e mais)	200	200	
Nº Hipertensos	200	200	
Nº Diabéticos	200	200	
Diabéticos Insulino-dependentes	200	200	
Tuberculose	200	200	
Hanseníase	200	200	
Pneumonia	200	200	
Asma/DPOC	200	200	
Câncer	200	200	
HIV/AIDS	200	200	
Obesidade	200	200	
Sedentarismo	200	200	
Hepatopatia (Fígado)	200	200	
Nefropatia (Rins)	200	200	
Usuários dependentes de Psicotrópicos.	200	200	
Usuário frequente de Alcool	200	200	
Tabagismo	200	200	
Deficiência Física	200	200	
Deficiência Neurológica	200	200	
Deficiência Auditiva	200	200	
Deficiência Visual	200	200	
Acamados	200	200	
Osteoporose	200	200	

---

Visando então a abordagem de pacientes portadores de Diabetes Mellitus(DM) e/ou Hipertensão Arterial (HA), o cuidado continuado e de qualidade pela equipe de saúde foi realizado um estudo das Unidades de Análise, das dimensões do Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (AMAQ-AB), tomamos por base, a Sub-dimensão: B– Organização e integração da rede de Atenção à Saúde; F- Educação permanente; – Parte I: Equipe de Atenção Básica. (BRASIL, 2017), para dar início a micro intervenção.

**B – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.** A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia que visa ao cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constitui-se por ações e serviços de saúde articulados de forma complementar e com base territorial, seguindo alguns atributos: a AB estruturada como porta de entrada “preferencial” do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando o cuidado e articulando-se com outros pontos de atenção (BRASIL, 2017);

**F – SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE.** Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação (BRASIL, 2017);

Nesta matriz de intervenção (Figura 3), consta de estratégias para alcançar o objetivo como:

- 1- Implementação do “meu caderno de atividades continuada”
  - 2- Rodas de conversa
  - 3- Consultas individuais médico/enfermagem
- 
-

As atividades a serem desenvolvidas, como:

- 1- Meu caderno de cuidado continuada e prontuário.
- 2- Campanhas áudio visuais
- 3- Atividades em conjunto com NASF.

Detalhamos também em nossa matriz de intervenção, “recursos necessário”, “resultado esperado”, “os prazos”, “os responsáveis pela intervenção” e alguns dos indicadores, que são:

- 1- Consultas com a equipe
- 2- Exames laboratoriais
- 3- Visita domiciliar

Figura 3 – Matriz de intervenção

## MATRIZ DE INTERVENÇÃO

### Descrição do padrão: pacientes portadores de Diabetes Mellitos e Hipertensão

Situação-problema: Cuidado continuado aos pacientes que deixaram a prática adequada da alimentação e exercícios

Objetivo/meta: Evitar risco de complicações nos pacientes portadores de Diabetes e hipertensão

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHE DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADO ESPERADO	RESPONSÁVEIS	PRASOS	INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS OBJETIVOS
1- IMPLEMENTAÇÃO DO "MEU CADERNO DE ATIVIDADES".  2- RODAS DE CONVERSAS ENTRE A ESF E O NASF.  3- CONSULTAS INDIVIDUAIS: EDUCADOR FÍSICO, NUTRICIONISTA, PSICÓLOGA E CONSULTA COM A EQUIPE MÉDICA.	1- REGISTRO NO "MEU CADERNO DE ATIVIDADES" DE TODOS OS PROFISSIONAIS.  2- CAMPANA AUDIOVISUAL.  3- CONSULTAS.  4- CONTROLE GLICÊMICO E PRESSORICO	1- CADERNO DE BROCHURA PEQUENO 48FOLHAS UND.  2- APARELHO DE GLICEMIA + FITA.  3- EXAMES LABORATORIAIS.  4- PANFLETOS E CARTAZES  5- EQUIPAMENTO DE MULTIMÍDIA + NOTEBOOK	1- MELHOR ÍNDICE PRESSORICO.  2- MELHOR ÍNDICE DA HEG. GLICADA, GLICEMIA JEJUM E GLICEMIA CAPILAR.  3- MELHORA NA PRÁTICA ALIMENTAR E EXERCÍCIOS	1- MÉDICA  2- EQUIPE ENFERMAGEM  3- NASF (EDUCADOR FÍSICO, NUTRICIONISTA, PSICÓLOGA, ASSISTENTE SOCIAL)	1- 30 DIAS PARA INÍCIO DAS ATIVIDADES.  2- PRAZO DE 90 DIAS PARA O PACIENTE SE ADAPTAR EM SUA NOVA ROTINA.  3- PRAZO DE 90 DIAS PARA APRESENTAR MELHORA CLÍNICA.	1- CONSULTA COM A EQUIPE  2- REALIZAR EXAMES LABORATORIAIS  3- VISITA DOMICILIAR DO ACS E/OU MÉDICO E/OU EQUIPE DE ENFERMAGEM

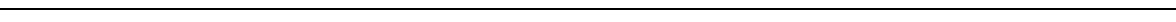
---

A unidade básica de saúde apresenta indicadores de monitoramento via folha impressa, o qual após o preenchimento é lançado na ficha de atendimento individual e no sistema por um digitador, assim dando o percentual mensal de atendimento médico e enfermagem. Porém tem-se objetivo de realizar um indicador estratégico, uma ficha específica de forma virtual, para que todos da equipe tenham acesso, e para o melhor desfecho nas reuniões realizadas.

A realização da matriz de intervenção teve como eixo principal para o despertar da equipe; mediante isso a equipe está empenhada a se profissionalizar mais na área da saúde da família e comunidade. Ao realizar a primeira reunião (primeiro com os hipertensos, segundo com os Diabéticos); tivemos grande perspectiva, em um olhar geral dos pacientes. O primeiro passo já foi implantado por nossa equipe, o que importa agora, é como agirão os pacientes.

---

---



---

## **CAPÍTULO II:**

### **TÍTULO: A IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA EQUIPE.**

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade.

O mais importante nesse percurso não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. *(BRASIL, 2013)*

Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. *(BRASIL, 2013)*

Sendo assim, em vez de perguntar se em determinado serviço há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica. *(BRASIL, 2013)*

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido à não observação das diferentes necessidades. *(BRASIL, 2013)*.

A estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na Atenção Básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a

---



---

primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. E a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser bastante úteis nesse sentido. (BRASIL, 2013).

O cenário de prática desse relato acontece na Equipe de Saúde da Família (eSF), da unidade Básica de Saúde (UBS), na pequena cidade de Paraú, município com pouco mais de 4.000 pessoas, localizado no estado de Rio Grande do Norte. A organização da demanda espontânea e programada em nossa área de abrangência na perspectiva de oferecer um acolhimento humanizado e acesso qualificado aos usuários enfrenta dificuldades, principalmente se levar em conta as necessidades de cada um, pois a atitude de acolher implica necessariamente na organização e gerenciamento da agenda, uma vez que a implementação do acolhimento modifica de forma substancial a forma de trabalho da equipe.

Desse modo, em nossa realidade local a UBS conta com agenda programada e demanda espontânea. Nessa direção, a equipe realiza atendimentos agendados e consultas de pequenas urgências que buscam o serviço sem agendamento prévio. Todavia, a organização do processo de trabalho passa por constante aperfeiçoamentos, principalmente, no que refere ao fluxo de usuários através da demanda espontânea. No início da implantação da estratégia do acolhimento a gestão não foi bem-sucedida devido a resistência da população, acostumada apenas com demandas livres e sem agendamentos.

Com a finalidade de nortear o processo de trabalho da equipe utilizamos o Protocolo de Manchester, que é uma classificação de risco em unidades de urgência, no qual classifica o paciente em cores (figura 1). Como este protocolo é feito para unidades de urgência, foi adaptado para as demandas espontâneas, em serviços ofertados pela unidade Básica de Saúde. Utilizamos um livro impresso (figura 2 e 3), para as classificações das demandas e serviços oferecidos no serviço.

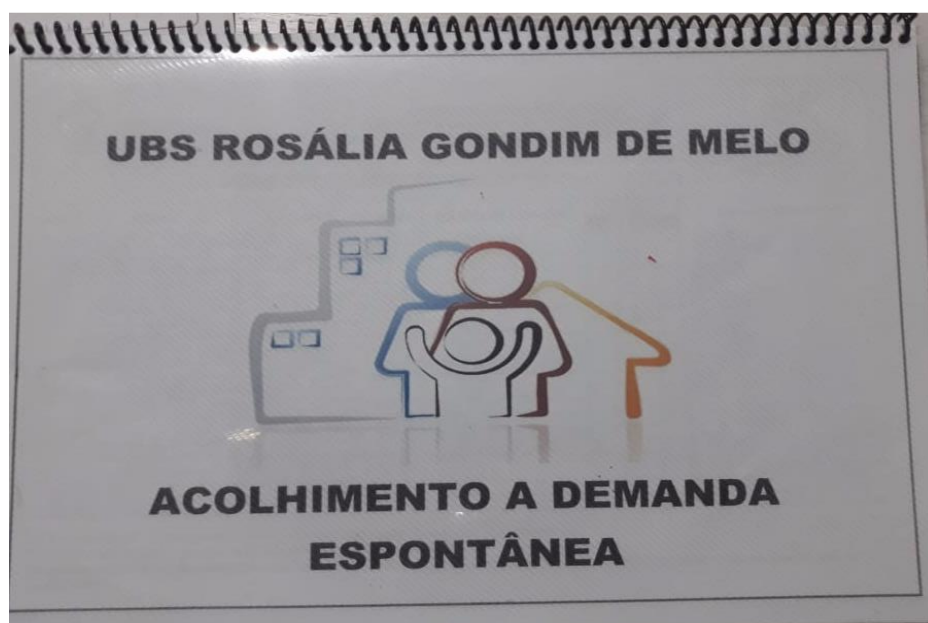
Vale destacar, que a organização da agenda leva a um melhor fluxo de trabalho e nesse sentido, a UBS conta com o apoio de equipe multiprofissional composta por diferentes núcleos de conhecimento como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, educador físico, fonoaudiólogo que trabalham junto com secretaria

---

de Saúde na qualificação técnica das eSF do território. Com o comprometimento e co-responsabilização dos atores envolvidos, além de se melhorar o desempenho, viabiliza e torna-se possível a implantação acolhimento de maneira estruturada.

	<b>Prioridade</b>	<b>COR</b>	<b>TEMPO</b>
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

(figura 1)



(figura 2)

UBS Rosália Gondim de Melo

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAÍ/RN  
CENTRO DE SAÚDE ROSÁLIA GONDIM DE MELO

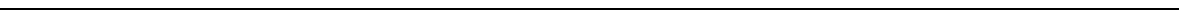
**ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA**

DATA	NOME	ENDEREÇO	IDADE	MOTIVO DA DEMANDA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				ENCAMINHAMENTO

\*Motivo da demanda: O que usuário foi fazer na unidade (ex. mostrar exames, queixas/sintomas, etc).  
 \*Classifica risco de acordo com gravidade (adaptado para atenção básica).  
 \*Encaminhamento: Para onde o usuário foi encaminhado após acolhimento (Ex: Consultório enfermagem, consultório médico, marcar consulta, sala de curativo e etc.)

(figura 3)

UBS Rosália Gondim de Melo



---

**CAPÍTULO III:**  
**TÍTULO: AÇÕES PARA MELHORIA DA SAÚDE REPRODUTIVA**

COLABORADORES: ACS ANTONIO EVANDRO  
ACS ANTONIO JOSÉ  
ACS ANTONIA MADALENA  
ACS ANTONIA VIANA  
ENFERMEIRA ISADORA

A tarefa do planejamento familiar permanece inacabada. Apesar do grande progresso ao longo das últimas décadas, mais de 120 milhões de mulheres no mundo todo desejam evitar a gravidez, porém nem elas nem seus parceiros estão fazendo uso dos métodos contraceptivos. Muitos são os motivos para que suas necessidades fiquem desatendidas: os serviços e os insumos ainda não estão disponíveis em todos os lugares ou as opções são limitadas. O medo da reprovação social ou a postura contrária do parceiro impõem barreiras formidáveis. Os temores dos efeitos colaterais e as preocupações com a saúde assustam algumas pessoas; a outra, falta conhecimento sobre as opções de contracepção e seu uso. Estas pessoas precisam de ajuda, já (HOPKINS, 2007).

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece em seu art. 2º: Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 2017).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres e com os gestores do SUS. Essa política reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento reprodutivo, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente **excluídos** das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

---

---

---

Em 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005). Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no Sistema Único de Saúde (SUS); incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários (as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB) em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações. (BRASIL, 2005).

Na unidade Básica de Saúde (UBS), tem-se o objetivo em levar orientações adequadas a todo o casal que vier em procura de respostas. O aconselhamento 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,2010).

Mediante a isto, foi realizado as seguintes indagações, referente ao planejamento reprodutivo o pré-natal e o puerpério.

## 1. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

1.1 Promovemos ações educativas, para homens e mulheres, sobre a decisão de ter filhos ou não?

1.2 Ofertamos métodos contraceptivos básicos à população? Abordamos adequadamente a necessidade de utilizá-los?

1.3 Discutimos conteúdos sobre diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs?

---

---

1.4 A equipe realiza notificação e encaminhamento adequados dos casos diagnosticados de HIV?

1.5 Tratamos adequadamente as DSTs diagnosticadas?

1.6 Discutimos saúde sexual em grupos (jovens, gestantes, idosos)?

## 2. PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

2.1 Fazemos busca ativa das gestantes da Unidade? Inclusive adolescentes?

2.2 Fazemos levantamento periódico das gestantes do bairro, incluindo as que fazem pré-natal em serviço privado?

2.3 Preenchemos adequadamente a caderneta da gestante?

2.4 Solicitamos TODOS os exames complementares recomendados?

2.5 Tratamos as DSTs, quando diagnosticadas?

2.6 Orientamos quanto aos cuidados nutricionais na gestação? Estimulamos hábitos de vida saudáveis?

2.7 Orientamos sobre a importância de retornar para a consulta de puerpério?

2.8 Orientamos sobre amamentação?

Em respostas a estas perguntas, no aconselhamento do planejamento reprodutivo, as respostas são positivas; a equipe tem se mostrado bastante empenhada em desenvolver trabalho, ao planejamento familiar, na vida reprodutiva de nossos pacientes, na unidade temos a distribuição de forma espontânea de preservativos à população; a equipe de enfermagem tem mostrado um trabalho exemplar a respeito das orientações sobre o uso correto dos métodos ofertados, e de mesma forma, orientando sobre a necessidade de utilizá-los para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

É realizado de forma periódica pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS) de cada micro áreas, a busca ativa de gestante, é feita preenchimento adequado na caderneta da gestante e em conjunto em seu prontuário, porém os exames solicitados nem sempre são realizados pelas gestantes, devido “esquecimento” ou até mesmo, por não serem ofertados pelo serviço, de forma gratuita.

---

---

---

As orientações, referente a alimentação adequada, é realizada pela equipe, de forma cuidadosa, pois alguns pacientes, possuem aumentos das taxas, levando assim um cuidado específicos; referimos a uma avaliação com o nutricionista da unidade, o qual é feita verbalmente e por escrito no prontuário. As pacientes têm acatado de forma positiva, as orientações da equipe. É realizada também a consulta com o dentista de nossa equipe, o qual com empenho, orienta as pacientes nos cuidados que deve ter com seus dentes.

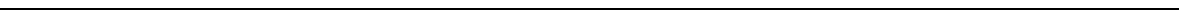
No final da gestação, as pacientes são referenciadas a avaliação com o médico obstetra, para realizar a melhor conduta para aquela paciente, porém antes de referenciar, tanto a equipe de enfermagem quanto a equipe médica, orienta a respeito da Alta da paciente e puerpério mediato e tardio; é orientado também, a realização das consultas em conjunto com o novo integrante da família, para cuidados e prevenções.

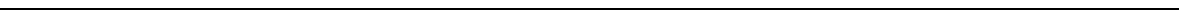
Em reunião mensal com a Equipe de Saúde, destacamos datas, a serem realizados projetos educativos nas escolas, referente a saúde reprodutiva e saúde sexual, gestação na adolescência, visando também exames complementares a serem realizados após o início de suas atividades sexuais. Nesta ação a equipe contará com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) de nossa cidade.

Ações como atividades educativas com pacientes puérperas, como o aleitamento materno que é realizado no puerpério imediato, mediato e tardio, já é realizado pela equipe da zona Rural, ações como prevenção de infecções gestacionais, boas práticas alimentares e na ingestão de líquidos, a parte das ações realizada, sobre a coordenação do Fisioterapeuta do município em conjunto com o NASF, PROJETO MOVIMENTO É VIDA, ressaltando as modificações que o corpo gestacional sofre, como, práticas de exercícios terapêuticos, reeducação postural, alívio da dor, e como já foi dito anteriormente, a importância da saúde alimentar, dirigida pelo Nutricionista do município, importância da saúde bucal em apoio com a cirurgiã dentista da equipe, ressaltando manter uma boa saúde bucal na gestação.

---







---

**CAPÍTULO IV:**  
**TÍTULO: A INTRAGRALIDADE DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS**

COLABORADORES: ACS ANTONIO EVANDRO  
ACS ANTONIO JOSÉ  
ACS ANTONIA MADALENA  
ACS ANTONIA VIANA  
ENFERMEIRA ISADORA

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais que consiste em uma diferenciação positiva ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido a não observação das diferentes necessidades (BRASIL, 2012).

Como fazer isso no cotidiano dos serviços, aonde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações (BRASIL, 2012).

Há expressivas diferenças entre as políticas e os sistemas de saúde entre os países, embora alguns paradigmas similares tenham orientado a construção e as reformas subsequentes em diversos contextos. É extremamente relevante compreender que, apesar da busca por maior integração por meio de redes de atenção ter sido um ideal amplamente difundido e valorizado em todos os países, as estratégias concretas não ignoram as diferenças de trajetória e configuração de valores maiores da política de saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Assim, a valorização das estratégias de integração do cuidado se verifica em sistemas de saúde tanto universais, quanto de seguro social ou de mercado, mas os objetivos finais são diferentes e estão relacionados ao padrão de cidadania de cada sociedade (FLEURY, 1994).

A unidade básica de saúde (UBS) é destinada ao enfrentamento de questões ligadas à saúde, como a saúde mental. Com o objetivo de cada dia aprimorar este serviço e para o fortalecimento na redução de leitos psiquiátricos nos hospitais. É

---

---

importante o trabalho em equipe, sempre com equidade aos usuários que em certo momento está passando por transtornos psíquicos (BRASIL, 2012).

Desse modo, faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado (BRASIL, 2012).

As equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) deverão dar apoio matricial às equipes de atenção básica a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo dos casos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da rede de atenção à saúde relacionada àquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)(BRASIL, 2012).

Em conjunto com a equipe, realizamos uma ficha espelho (figura 1 e 2), para a avaliação e o acompanhamento do paciente em uso de psicotrópicos, já que a unidade básica não dispunha; nesta ficha espelho contém os dados pessoais do paciente, nome e contato da pessoa de referência, condições de saúde e lista de medicamentos que o usuário utiliza.

---

---

FICHA ESPELHO | PACIENTES SAÚDE MENTAL | UBS ROSÁLIA GONDIM DE MELO

— DADOS PESSOAIS —

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

DATA

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE

SEXO  MASCULINO  FEMININO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AVENIDA

Nº  BAIRRO

MUNICÍPIO  ESTADO  CEP

INFORMAÇÕES PESSOAIS

SITUAÇÃO FAMILIAR  MORA SÓ  COM PARENTES

OUTROS. ESPECIFIQUE

PESSOA DE REFERÊNCIA

NOME

PARENTESCO

TELEFONE

CONDIÇÕES / SITUAÇÃO DE SAÚDE

PRIMEIRA CONSULTA  SIM  NÃO

ESTÁ ACAMADO?  SIM  NÃO

ESTÁ DOMICILIADO?  SIM  NÃO

ACOMPANHAMENTO:  NASF  CAPS

Figura 1

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

COGNIÇÃO (NORMAL OU ALTERADA)

HUMOR (NORMAL OU ALTERADO)

FAZ ACOMPANHAMENTO COM O CAPS?  SIM  NÃO

FUMANTE?  SIM  NÃO

FAZ USO DE ÁLCOOL?  SIM  NÃO

PRÁTICA ATIVIDADES FÍSICAS?  SIM  NÃO

MEDICAMENTOS EM USO

NOME DO MEDICAMENTO	POSOLOGIA	TEMPO DE USO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RESUMO

Figura 2

Fonte própria

Com esta ficha espelho, que será fixada a uma pasta que conterà as fichas individuais da microárea da equipe; tendo em vista que a unidade não possui prontuário eletrônico. Esta ficha espelho terá um papel fundamental, para o controle de demanda de atendimento e acompanhamento domiciliar.

Ao examinar o quadro do paciente ~C. A. S, sexo masculino de 35 anos de idade, vemos a necessidade de maior empenho da equipe. Este paciente possui registro no prontuário, a respeito de sua saúde mental, desde o ano de 2016, passando por várias internações no hospital de referência e várias trocas de medicamento pelo especialista. Paciente quando em consulta, sempre refere não ter apoio familiar e que a mãe sempre o julga pelo seu comportamento. Além das consultas anuais com o médico psiquiatra, foi encaminhado para consultas com a psicóloga que compõe o NASF da UBS, uma vez que o município não possui unidade CAPS.

A equipe tem enfrentando vários desafios no decorrer do trimestre, várias metas ainda teremos que alcançar, colocar em prática o preenchimento da ficha

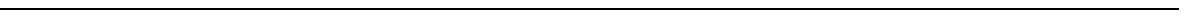
---

espelho, além do implemento do apoio matricial do NASF, tendo em vista que o município de Paraú- RN não possui unidade CAPS fixa e quando necessário, encaminha o paciente ao município de referência. Ao que diz respeito as referências e contrareferências, não temos a contrareferência, e quando temos notícia do paciente, muitas vezes, é através da consulta para renovação de receita.

Estamos trabalhando para que quando o paciente voltar a sua vida rotineira, em ambiente familiar, a equipe venha estar ciente de sua chegada, onde entra o papel fundamental dos ACS, para poder ir até a família e logo solicitar uma visita domiciliar em equipe. Este trabalho, será realizado para interagir o paciente à família com o apoio do serviço de saúde para evitar internações recorrentes.

---

---



---

**CAPÍTULO V:**  
**TÍTULO: DESENVOLVER É PRECISO**

COLABORADORES: ACS ANTONIO EVANDRO  
ACS ANTONIO JOSÉ  
ACS ANTONIA MADALENA  
ACS ANTONIA VIANA  
ENFERMEIRA ISADORA

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2015).

A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. É importante que pessoas significativas para a gestante, como companheiro e mãe, sejam incluídas no aconselhamento (BRASIL, 2015).

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Acham que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante que as mulheres saibam que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e com a dieta da mãe (BRASIL, 2015).

O apoio do profissional de saúde a introdução do leite materno, é por tanto de suma importância desde a primeira hora de vida, traz consigo importância imensuráveis a saúde da criança; imunização, desenvolvimento psicomotor, prevenções de doenças crônicas, que acomete na grande maioria das vezes na fase adulta, entre outras. Devemos como profissionais de saúde, priorizar e enfatizar o cuidado que os pais têm que ter desde o início da vida de suas crianças, informando-lhes a respeito do calendário vacinal da criança, consultas de puericultura, a respeito do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e seus benefícios e em seguida a introdução de alguns alimentos, e a forma de prepará-los, e referente mitos relatados por familiares e amigos.

---

---



**Questionário para Microintervenção:**

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
<u>No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:</u>		
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
<u>A equipe realiza busca ativa das crianças:</u>		
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		X

---

materno continuado a partir dos seis meses da criança?		
--	--	--

Com intuito em ajudar na melhor prática do cuidado do Crescimento e Desenvolvimento (CD) foi respondido estas perguntas em forma de enquete. Destacamos pontos positivos e negativos.

A equipe de estratégia saúde da família (ESF) zona rural, tem se empenhado em produzir um papel impactante na vida das gestante e posterior no puerpério onde tudo começa. Temos realizado consultas de puerpério e puericultura a partir do retorno da paciente ao lar, com o filho(a) nos braços. Na unidade básica de saúde onde se integra nossa equipe, possuem protocolo de atendimento de Crescimento e Desenvolvimento (C e D), as consultas são realizadas em conjunto com o fonoaudiólogo da unidade básica de saúde (UBS) e espelho do cartão de vacina, na sala de vacina. Em respeito as vacinas estarem em dias, a equipe está em constante busca de crianças que está com algumas vacinas atrasadas. As crianças que os pais têm a responsabilidade em levar para os cuidados da enfermagem e/ou médico, na grande maioria não possuem déficit no estado nutricional, entretanto a equipe quando vê necessário, encaminha os pacientes a uma avaliação com o nutricionista.

A equipe, por fazer parte de uma equipe que trabalha em ambiente rural, realiza ações sobre a importância do Aleitamento materno e introdução aos alimentos saudáveis de forma individual para cada paciente, decorrente a distancias de uma residência a outra, ou seja, a dispersão demográfica apresenta na zona rural.

A área adscrita por nossa equipe, não possuem crianças pré-maturas, entretanto possuem crianças com estado vacinal atrasadas, algumas com documentos perdidos ou destruídos por parte dos pais, que terminaram o relacionamento, triste realidade em nosso meio. Os casos de violências, não fazem parte de nossa Rotina de investigação, os casos de violência, o conselho Tutelar represente a criança diante o Juiz, e o Centro de referência da Assistência Social (CRAS), faz a interação da criança fortalecendo o vínculo entre ela e a família e a comunidade, dando assistência a sua vulnerabilidade, mediante fatos.

---

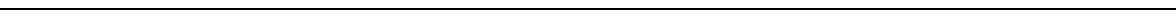
---

---

O trabalho em equipe nunca acaba, sempre buscando meios, na questão do fortalecimento da saúde de nossos pacientes, buscando nos aprimorar, pois o trabalho com qualidade e com equidade requer um cuidado especial.

---

---



---

**CAPÍTULO VI:**  
**TÍTULO: O CUIDADO EM ADQUIRIR DOENÇAS CRÔNICAS**

COLABORADORES: ACS ANTÔNIO EVANDRO  
ACS ANTÔNIO JOSÉ  
ACS ANTÔNIA MADALENA  
ACS ANTÔNIA VIANA  
ENFERMEIRA: ISADORA

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas sejam eles físicos, mentais ou sociais. Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início ou continuidade de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida. Um usuário agitado que agora se mostra apático desproporcionalmente ao sintoma que se refere, ou uma pessoa com cefaléia frequente que esconde um caso de violência domiciliar são exemplos do que um olhar atento e acolhedor pode captar (BRASIL,2012).

Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários (BRASIL,2012).

Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea como meningite, por exemplo.

• Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação (BRASIL,2012).

---

---

Estamos vivendo em meio ao caos, onde temos critério para melhores condições em saúde, porém, deixando sempre para o último lugar, o que não deveria acontecer. O respeito com a própria saúde está sendo negligenciada, hoje em dia a população tem mais facilidade em cuidados primários de saúde, porém, sempre deixando para no último caso, muitos procuram a Unidade Básica de Saúde (UBS) quando o caos em sua saúde já está instalado, alguns podendo ser revertido, outros já não mais.

Nessa direção, temos as doenças adquiridas decorrentes alimentações inadequada e da ausência da prática de exercícios. Foi então realizado este questionário para que possamos destrinchar com maior clareza, duas das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) prevalente no território, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na atenção básica (BRASIL, 2013).

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade vem atingindo crianças observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes (BRASIL, 2013).

### 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?	SIM		SIM	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão	5		5	

arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?				
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	SIM			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	SIM			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			SIM	
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?	SIM		SIM	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	SIM			
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?	SIM			

A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	SIM			
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?		NÃO		NÃO
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	SIM		SIM	
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?			SIM	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			SIM	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				NÃO
<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?	SIM	
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?	SIM	
<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	SIM	
Oferta ações voltadas à atividade física	SIM	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	SIM	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	SIM	
Encaminha para serviço especializado	SIM	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	SIM	

Os profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

O questionário foi realizado de forma unânime por toda equipe e as reflexões foram bastante positivas e constatamos que teremos muitas ações a se implementar, porém algumas atividades já fazem parte da rotina de nossa equipe:

---

a questão do fundo de olho em pacientes com DM, quando julgamos necessário e tendo em vista o quadro clínico apresentado pelos pacientes, encaminhamos para o oftalmologista, garantindo assim a integralidade do cuidado em outro ponto de atenção, visto que em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), não consta com este profissional e nem com equipamento necessário.

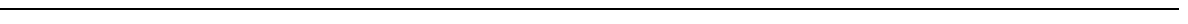
Nossa unidade básica de saúde (UBS), possui 2 (duas) estratégia de saúde da família, uma equipe zona urbana e outra zona rural; este trabalho é realizado pela equipe zona rural, muitos pacientes acompanhados por nossa equipe, mesmo com a dificuldade em acesso à unidade básica ou a ida rotineira do médico a zona rural, estão sempre em dias com suas receitas e tomada de medicamento, porém, negligenciavam em respeito a alimentação e prática de exercícios, contudo, outros pacientes negligentes em “tudo” em respeito a saúde e a tomada de medicamento.

Foi então realizada uma busca ativa de todos os pacientes que são portadores de diabetes e hipertensão, para avaliação médica e atualização dos livros da equipe, no qual é registrado o nome do paciente e o tratamento realizado, se está em dias com a avaliação médica, e assim, podemos avaliar e qualificar a priorização de cada paciente.

A UBS conta com o apoio matricial da equipe do Núcleo Ampliado em Saúde da Família, que com apoio a secretaria de saúde deste município, promovem ações, todas as sextas pela manhã, na praça da cidade direcionadas para pessoas que são portadores de tais doenças, e, para as que queiram ter um melhor cuidado com sua saúde.

---

---



## CAPÍTULO VII: ESTRATÉGIAS DE CONTINUIDADE PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

No decorrer deste ano, com a elaboração deste trabalho em conjunto com a equipe de saúde na qual integro, tivemos um bom ano de aprendizado e desempenho, no qual o maior público foram nossos pacientes, pois sem eles não poderíamos desenvolver as atividades empregadas em cada capítulo deste trabalho. Foi então que traçamos metas de continuidade, para que com o mesmo propósito outros possam se espelhar e continuar também a desenvolver para o bem da população e de incentivar a população alvo a continuar na luta para melhoria de sua saúde.

Obtivemos bons resultados com o emprego destas metas, os pacientes estão bem mais entronizados nas demandas que são ofertadas em nossa unidade básica, a gestão tem procurado sempre o melhor para os pacientes, ofertando ações, em conjuntos com outros setores que norteia o bem-estar físico e mental de cada paciente, regido sempre por equidade.

Entretanto as ações de melhoria apenas estão começando e sempre existe pontos no decorrer das ações para que possa melhorar, traçando metas de continuidade.

### PLANO DE CONTINUIDADE

<b>Nome da Intervenção</b>	<b>Resumo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Plano de Continuidade</b>
Desafio de Estratégias aos Pacientes Portadores de Diabetes e/ou Hipertensão	Nesta intervenção realizamos, um projeto que abrange a melhoria e o cuidado dos pacientes portadores de diabetes e hipertensos, forem confeccionados cadernos, para que fique aos cuidados de cada paciente,	Os resultados esperados no decorrer de 3 (três) meses, foram o esperados, porém, todavia, necessita de orientações mais precisa.	O plano de continuidade é diferenciado a cada paciente, visando ainda a resistência e/ou esquecimento de portar consigo o caderno. Melhoria da qualidade de vida. Aceitação pelos

	que participam deste projeto.		pacientes a respeito do projeto.
A Implantação do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada como Estratégia de Reorganização do Processo de Trabalho na Equipe.	O acolhimento, ainda segue sendo um assunto de maior predominância nas unidades básicas de saúde, contudo deve ser feita com equidade, visando o necessário naquele momento que o paciente procura por um atendimento.	Os resultados, não estão sendo negativos, isto nos dá motivo, para continuar o processo do mesmo.	A meta de continuidade, é de capacitação contínua da equipe, desde o que recebe o usuário na porta, até que seja necessário o acompanhamento de um profissional de aps.
Ações para Melhoria da Saúde Reprodutiva	Sabemos que o planejamento a saúde, deve ser de forma contínua, sabendo do dever de levar as orientações aos pacientes, informar-lhes sobre as ações norteadas pela unidade básica de saúde, levando assim, a usuária, buscar primeiro o cuidado com seu corpo.	Sempre temos pacientes que procuram a unidade básica de saúde para o melhor cuidado.	Metas a serem alcançadas, é de melhorar as ações no que diz respeito as frequências das mesmas, orientações/ palestras nas escolas e nas salas de espera.
A Integralidade dos Pacientes com Transtornos Mentais	Implementamos uma ficha espelho aos pacientes que fazem parte desta estratégia, para melhor apoio da equipe aos pacientes com transtornos mentais.	A equipe tem tido se empenhado bastante no preenchimento das fichas espelho, todavia aguardando resultados positivos.	Plano de continuidade é o preenchimento e arquivamento em cada prontuário, para o melhor manuseio individual e coletivo destes pacientes.

<p>Desenvolver é Preciso</p>	<p>Como sabemos, os primeiros anos de vida, é essencial para o crescimento adequado de cada criança, visando o aleitamento materno, as imunizações o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com o profissional de saúde entre outros.</p>	<p>As ações ofertadas pela equipe, tem sido de forma positiva na vida das crianças, as mães têm, se mostrado cada dia mais atentas as informações ditas pela equipe, e colocando-as em práticas.</p>	<p>O objetivo é o cuidado continuado pela equipe, visto que ainda possuem pais, que não seguem de forma rotineira as orientações prescritas pela equipe.</p>
<p>O Cuidado em Adquirir Doenças Crônicas</p>	<p>A doença tem significado diferente em cada paciente, as doenças crônicas, como a hipertensão e a diabetes tem sido de grande prevalência na população mundial, visando o tratamento e o cuidado diferenciado a cada paciente.</p>	<p>O objetivo da equipe foi empenhar ao máximo nas estratégias de prevenção, para a melhoria do quadro de cada pacientes com hipertensão e diabetes, em conjunto com o nasf , embasando sempre na pratica centrada em cada um deles.</p>	<p>Aqui ,associa com o capitulo primeiro, no qual a estratégia foi entrega de um caderno, que conterà anotações dos profissionais, afim de que o próprio paciente, fique mais atento a sua saúde, assim levando mais a serio a tomada de medicamento, a pratica do exercício físico a pratica da boa alimentação e o cuidado continuado com a equipe ESF e o Nasf.</p>

---

A intenção é cada dia que passe as ações, venha surtir efeito na saúde dos nossos pacientes, levando assim, uma qualidade de vida melhor. Sabendo que o apoio dos familiares é de suma importância para o melhor cuidado dos mesmos.

---

---

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo deste trabalho foi desenvolver métodos de ações de continuidade a melhoria da qualidade de vida da população, a realização destas microintervenções foram de grande ajuda na prática das ações e condutas para cada paciente de forma individual e também coletiva, realizando planejamentos de ações no território adscrito. Com base nas ações realizadas, foram um tantas desafiadoras para toda a equipe, foi então com base nas pesquisas e atividades realizadas, que foram colocadas em prática algumas das ações, visto que outras já faziam parte das ações ofertadas.

As intervenções realizadas trouxeram desafios que seguem como enigmas, demonstra o processo de adequações norteadas pela equipe, observou-se como uma equipe é fundamental no apoio a população, para que a adequação da performance de cada usuário assistido, venha ter êxito, mesmo que de forma urgente ou não urgente.

---

---



---

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017, 164 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SAÚDE DA CRIANÇA: **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento a demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, volume I, n. 28)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e demanda espontânea: Queixas mais comum na Atenção Básica**. volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SAÚDE DA CRIANÇA: **crescimento e desenvolvimento**: Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**: documento orientador de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: **documento orientador de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FLEURY, S. Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- HOPKINS, J. Planejamento familiar: **um manual global para profissionais e serviços de saúde**: Organização Mundial da Saúde e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. OMS, 2007.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- MALACHIAS, M.V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F.L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, n.107,v.3,p.1-83,2016.
- 
-

---

## APÊNDICES

---

---

# MATRIZ DE INTERVENÇÃO

## Descrição do padrão: pacientes portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão

Situação-problema: Cuidado continuado aos pacientes que deixaram a prática adequada da alimentação e exercícios

Objetivo/meta: Evitar risco de complicações nos pacientes portadores de Diabetes e hipertensão

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHE DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADO ESPERADO	RESPONSÁVEIS	PRazos	INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS OBJETIVOS
						1- 30 DIAS PARANÍCIO DAS ATIVIDADES.
1- IMPLIMENTAÇÃO DO "MEU CADERNO DE ATIVIDADES". 2- RODAS DE CONVERSAS ENTRE A ESF E O NASF. 3- CONSULTAS INDIVIDUAIS: EDUCADOR FÍSICO, NUTRICIONISTA, PSICÓLOGA E CONSULTA COM A EQUIPE MÉDICA	1- REGISTRO NO "MEU CADERNO DE ATIVIDADES" DE TODOS OS PROFISSIONAIS. 2- CAMPANA AUDIOVISUAL. 3- CONSULTAS. 4- CONTROLE GLICÊMICO E PRESSÓRICO	1- CADERNO DE BROCHURA PEQUENO 48FOLHAS UND. 2- APARELHO DE GLUCEMIA + FITA. 3- EXAMES LABORATORIAIS. 4- PANFLETOS E CARTAZES 5- EQUIPAMENTO DE MULTIMÍDIA + NOTEBOOK	1- MELHOR ÍNDICE PRESSÓRICO. 2- MELHOR ÍNDICE DAHEG. GLICADA, GLUCEMIA JEJUM E GLUCEMIA CAPILAR. 3- MELHORA NA PRÁTICA ALIMENTAR E EXERCÍCIOS	1- MÉDICA 2- EQUIPE ENFERMAGEM 3- NASF (EDUCADOR FÍSICO, NUTRICIONISTA, PSICÓLOGA, ASSISTENTE SOCIAL)	1- 30 DIAS PARANÍCIO DAS ATIVIDADES. 2- PRAZO DE 90 DIAS PARA O PACIENTE SE ADAPTAR EM SUA NOVA ROTINA. 3- PRAZO DE 90 DIAS PARA APRESENTAR MELHORA CLÍNICA.	1- CONSULTA COM A EQUIPE 2- REALIZAR EXAMES LABORATORIAIS 3- VISITA DOMICILIAR DO ACS E/OU MÉDICO E/OU EQUIPE DE ENFERMAGEM

Matriz de intervenção

**DADOS PESSOAIS**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

DATA

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE

SEXO  MASCULINO  FEMININO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AVENIDA

Nº BAIRRO

MUNICÍPIO

ESTADO

CEP

INFORMAÇÕES PESSOAIS

SITUAÇÃO FAMILIAR  MORA SÓ  COM PARENTES

OUTROS, ESPECIFIQUE

PESSOA DE REFERÊNCIA

NOME

PARENTESCO

TELEFONE

CONDIÇÕES / SITUAÇÃO DE SAÚDE

PRIMEIRA CONSULTA  SIM  NÃO

ESTÁ ACAMADO?  SIM  NÃO

ESTÁ DOMICILIADO?  SIM  NÃO

ACOMPANHAMENTO:  NASF  CAPS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

COGNIÇÃO (NORMAL OU ALTERADA)

HUMOR (NORMAL OU ALTERADO)

FAZ ACOMPANHAMENTO COM O CAPS?

FUMANTE?

FAZ USO DE ALCOOL?

PRÁTICA ATIVIDADES FÍSICAS?

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO  
 SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

MEDICAMENTOS EM USO

NOME DO MEDICAMENTO

POSOLOGIA

TEMPO DE USO

RESUMO

---


## ANEXOS

---

---

Anexo 1

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAUÍ**  
**ATENÇÃO BÁSICA**  
**SALA DE SITUAÇÃO QUADRIMESTRAL**  
**UBS - ROSÁLIA GONDIM DE MELO**



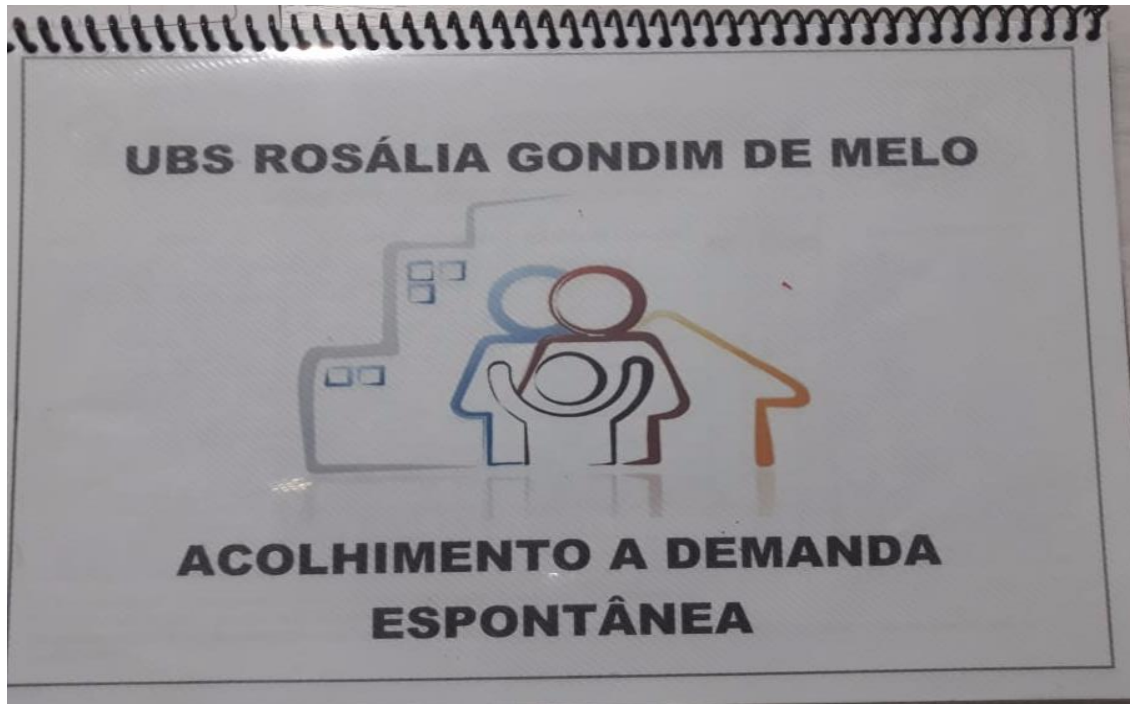
FATORES CORRELACIONADOS	1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
Nº Mulheres Idade Fértil (10 a 49 anos)	2030	228	
Nº Gestantes	06	10	
Gestantes de Alto Risco	00	00	
Crianças 0-4 meses em aleitamento exclusivo	00	06	
Crianças menores de 1 ano com vacinas em dia	11	16	
Nº Crianças de 0 a 2 anos	20	20	
Crianças menores de 6 anos com vacinas em dia	16	14	
Nº Mulheres 50 a 69 anos	11	14	
Nº Homens 50 anos e mais	11	13	
Nº Idosos (60 anos e mais)	11	14	
Nº Hipertensos	11	11	
Nº Diabéticos	00	03	
Diabéticos Insulino-dependentes	00	01	
Tuberculose	00	00	
Hanseníase	00	00	
Pneumonia	00	00	
Asma/DPOC	00	00	
Câncer	00	00	
HIV/AIDS	00	00	
Obesidade	00	03	
Sedentarismo	00	13	
Hepatopatia (Fígado)	00	00	
Nefropatia (Rins)	00	00	
Usuários dependentes de Psicotrópicos	00	03	
Usuário frequente de Alcool	00	04	
Tabagismo	11	17	
Deficiência Física	00	15	
Deficiência Neurológica	00	00	
Deficiência Auditiva	00	03	
Deficiência Visual	00	06	
Acamados	00	08	
Osteoporose	11	11	

Tabela de monitoramento até início do quadrimestre

Anexo 2

	<b>Prioridade</b>	<b>COR</b>	<b>TEMPO</b>
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Anexo 3



UBS Rosália Gondim de Melo

Anexo 4

The image shows a registration form for 'ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA'. At the top left is the logo for 'PREFEITURA DE PARAÍ /RN Governo do povo'. At the top center, it reads 'ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARAÍ/RN CENTRO DE SAÚDE ROSÁLIA GONDIM DE MELO'. At the top right is the logo for 'SUS PARAÍ/RN MAIS SAÚDE PARA TODOS CENTRO DE SAÚDE ROSÁLIA GONDIM DE MELO'. The main title 'ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA' is centered below the logos. Below the title is a table with the following columns: DATA, NOME, ENDEREÇO, IDADE, MOTIVO DA DEMANDA, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (with a color-coded legend: green, yellow, blue, red), and ENCAMINHAMENTO. The table has 15 rows. At the bottom, there are three footnotes: '\*Motivo da demanda: O que usuário foi fazer na unidade (ex. mostrar exames, queixas/sintomas, etc).', '\*Classifica risco de acordo com gravidade (adaptado para atenção básica).', and '\*Encaminhamento: Para onde o usuário foi encaminhado após acolhimento (Ex: Consultório enfermagem, consultório médico, marcar consulta, sala de curativo e etc.)'.

UBS Rosália Gondim de Melo

