



**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**

**Atenção básica no município de Boa Vista, Roraima**

**Lígia Miranda de Oliveira**

---

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

---

---

Atenção básica no município de Boa Vista Roraima

Lígia Miranda de Oliveira

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.  
Orientador: Isabelle Katherinne Fernandes Costa

---

Dedico a todos que buscam conhecimento e sabedoria.

---

---

À Deus, autor e consumidor da minha vida, dono de toda ciência e sabedoria.  
Aos meus pais que intercedem por mim para que eu adquira mais sabedoria.  
Ao meu esposo, maior incentivador da busca incansável do saber.

---

## **RESUMO**

A atenção básica é a porta de entrada dos serviços de saúde tendo como taxa de resolutividade 80 % dos problemas de saúde da população.

Com a finalidade de melhorar o atendimento e padronizar essa resolutividade na área da saúde, fez-se um planejamento com seis intervenções práticas nas principais áreas de saúde abordadas pela atenção primária a saúde como atendimento de crianças, mulheres, pré natal, idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis além de avaliação da qualidade e monitoramento do atendimento de demais serviços ofertados.

Palavras-chave: atenção básica, saúde, saúde da família

---

---

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>7</b>
Objetivos Gerais .....	7
Objetivos Específicos .....	7
Metodologia .....	7
<b>1. RELATO DE EXPERIÊNCIA 01</b> .....	<b>8</b>
1.1. Observação na Unidade de Saúde: AMAQ e microintervenção .....	8
1.2. Matriz intervenção .....	10
<b>2. OS PRIMEIROS DIAS DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA 02</b> .....	<b>16</b>
<b>3. RELATO DE EXPERIÊNCIA 03</b> .....	<b>20</b>
<b>4. MICROINTERVENÇÃO NÚMERO 04: MÓDULO SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>23</b>
4.1. Relato de Experiência .....	23
4.2. Ficha de Aprazamento / Saúde Mental .....	27
<b>5. RELATO DE EXPERIÊNCIA 05</b> .....	<b>29</b>
5.1. Crescimento e desenvolvimento da criança na Unidade de Saúde 31 de Março .....	29
<b>6. RELATO DE EXPERIÊNCIA 06</b> .....	<b>33</b>
6.1. O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde .....	33
<b>7. OBSERVAÇÕES</b> .....	<b>39</b>
<b>8. RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>9. PLANO DE CONTINUIDADE</b> .....	<b>41</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>39</b>

---

---

## APRESENTAÇÃO

### **Objetivos Gerais:**

1. Revisar a estruturação dos principais serviços da atenção básica.

### **Objetivos Específicos:**

1. Conhecer as fortalezas e fragilidades da atenção básica em saúde;
2. Elaborar propostas e intervenções que aperfeiçoem o serviço de acordo com cada desafio encontrado.

### **Metodologia:**

**Pesquisa qualitativa, descritiva e documental:** Foram realizadas reuniões de equipe mensalmente a fim identificar as situações que não se encontravam nos padrões do programa nacional de atenção básica.

**Pesquisa do tipo observacional e intervencionista.** Sem conflitos de interesses e sem viés ideológico.

O presente trabalho de conclusão está organizado em capítulos com relatórios de experiências percebidas a partir de pequenas intervenções realizadas na unidade de atenção a saúde. As reuniões de equipe eram propostas pela rede *PepSus* com temas pré definidos.

Posteriormente, foi-nos proposto a realização de intervenções a partir das deficiências discutidas na reunião. A cada abordagem, além de revisar como a saúde deve ser estruturada, tivemos a oportunidade de melhorar o serviço e a qualidade do atendimento à população.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: 1. RELATO DE EXPERIÊNCIA 01**

### **1.1. Observação na Unidade de saúde: AMAQ e microintervenção**

Foi realizada uma reunião de equipe da Unidade Básica de Saúde, em 31 de março de 2018, em Boa Vista-Roraima, a fim de discutirmos e respondermos o questionário de auto avaliação da AMAQ (Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

Primeiramente, lembramos de que recentemente fomos visitados por avaliadores do Programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica – PMAQ/AB do Ministério da Saúde para analisar o nosso enquadramento nas normas do PMAQ.

Neste ano de 2017, passamos por muitas mudanças na nossa Unidade básica de Saúde (UBS) para nos adequarmos as normas exigidas, tais como adaptação da estrutura para as pessoas com deficiência, descrição dos serviços ofertados pela Unidade de saúde exposto na entrada do local, implantação dos atendimentos por grupos de riscos como: grupo de idosos, gestantes e crianças.

Além disso, ações que já eram rotina passaram a ser tratadas com maior seriedade e rigidez, como por exemplo, as visitas domiciliares dos grupos de risco, coleta de citologia oncótica de colo de útero e o programa Saúde na Escola.

Com relação ao Programa Saúde na Escola realizamos uma visita semestralmente nas escolas do bairro a fim de identificar as doenças da infância, infestações por parasitas como escabiose, pediculose, dermatose. No exame da pele dessas crianças, muitas vezes tivemos a oportunidade de diagnosticar vítimas de maus tratos, realizando assim a notificação ao conselho tutelar.

No que se refere ao AMAQ, realizamos uma reunião com a equipe. Estavam presentes na reunião: a enfermeira, eu como médica, o técnico de enfermagem e os cinco agentes comunitários de saúde.

#### **→ Potencialidades:**

1. A estratégia de saúde da família, no município de boa Vista-RR, possui boa cobertura territorial e está bem estabelecida como porta de entrada aos serviços de saúde e a gestão está continuamente dispondo de cursos e programações para grupos específicos.
-



- 
2. A prefeitura e gestão municipal dispõem de incentivos e progressões na carreira apoiando e incentivando educação permanente.
  3. A UBS possui adequada infra-estrutura com farmácia bem abastecida em insumos. Os pacientes conseguem realizar o tratamento em 90 a 100% gratuitamente.
  4. A organização do processo de trabalho é bem estabelecida: pode-se dizer que seguimos uma agenda dividida nas 40 horas semanais: puericultura, pré-natal, visita domiciliar, atendimento a idosos, hipertensos e diabéticos, clínica geral. Quinzenalmente realizamos a reunião de equipe onde discutimos os casos e elaboramos as visitas domiciliares programadas. Realizamos ainda o acolhimento com classificação de risco, sendo que a escuta qualificada é realizada no primeiro horário de cada turno. Além do agendamento, atendemos à demanda espontânea mediante necessidade dos casos que procuram a UBS, normalmente 04 vagas destinadas a esses casos. Em casos de dúvidas, contamos com o núcleo de apoio a saúde da família –NASF e com o telessaúde.
  5. Serviço de controle do tabagismo e nas consultas individuais é possível diagnosticar pessoas com problemas psíquicos. Realizamos a identificação dos casos e contamos com o apoio do centro de apoio psicossocial – CAPS.
  6. Por fim, no que se refere ao Programa de Saúde na Escola– PSE, nossa unidade realiza visita nas escolas, semestralmente, para avaliar a pele buscando sintomatologia cutânea de dermatoses transmissíveis como escabiose e pediculose além de sinais de maus tratos. Realizamos ainda a atividades na UBS com um ambiente de brinquedoteca com brincadeiras voltadas para educação em saúde coletiva, enquanto aguardam para a consulta médica, as crianças e seus familiares aprendem um pouco mais sobre saúde.

**→ Fraquezas:**

1. Ao responder o questionário, percebemos que a UBS foi classificada como insatisfatória no tópico que discorre sobre *atenção integral a saúde*, no quesito de não dispormos de um instrumento que controle que
-

---

quantifique os pacientes com doenças crônicas, psiquiátricos e pessoas em uso de medicações controladas.

2. Não possuímos ainda nenhum instrumento para avaliar as doenças mais prevalentes, no corre-corre do dia-a-dia fica difícil registrar a parte o motivo da consulta de cada paciente. Neste tópico ficamos como insatisfatório.

### → Estratégias

Diante disso, elaboramos, uma matriz de intervenção, um instrumento para alimentarmos à medida que nos depararmos com esses pacientes. Trata-se de uma planilha que descreve as variáveis da doença crônica em questão, data do diagnóstico, exames semestrais, medicações de uso contínuo; quanto aos pacientes psiquiátricos: diagnóstico, medicações de uso crônico, acompanhamento psicológico, avaliação clínica de comorbidades.

### → Resultados esperados:

1. Maior conhecimento e controle dos pacientes com doenças crônicas bem como análise das medicações mais prevalentes.
2. Visualização do quantitativo dos pacientes em uso de psicotrópicos e identificação do motivo do uso para criação de um grupo a fim de realizar desmame ou troca de medicações que causam dependência.
3. Melhor controle dos pacientes psiquiátricos, principalmente, aqueles sobre risco de suicídio.

Dessa forma, através de reuniões quinzenais, será quantificado e traçado metas para o adequado acompanhamento desses grupos específicos: portadores de doenças crônicas e/ou psiquiátricas/uso de psicotrópicos.

## 1.2. Matriz intervenção

**Descrição do padrão:** 4.29: A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.

---

---

---

**Descrição da situação problema para o alcance do padrão:** A equipe não possui ações organizacionais das pessoas com doenças crônicas, não realizando a estratificação de risco cardiovascular.

**Objetivos/metas:** discutir sobre definição de risco cardiovascular com a equipe para que todos estejam aptos para realizar a estratificação identificando os riscos para agir preventivamente, sendo um agente modificador de indicadores cardiovasculares.

**Estratégias para alcançar os objetivos/metas:** instituição da ficha de risco cardiovascular nos pacientes cadastrados portadores de diabetes e hipertensão por todos os profissionais que se depararem com esse paciente específico, inclusive quando diante de um simples renovação de receituário.

**Atividades a serem desenvolvidas:** Além da busca ativa para cadastramento, será estruturado o grupo de pacientes portadores de uma mesma morbidade para facilitar a abordagem terapêutica por meio de terapia em grupo, educação em saúde e combate ao sedentarismo por meio de atividades coletivas de exercícios físicos.

**Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades:** sala de reunião, sala de conferência para abordagem e estruturação do grupo, *livro ata* para registro, data show para esclarecimento do diagnóstico situacional.

**Resultados esperados:** melhor visualização dos pacientes sobre risco cardíaco, promoção de ações que interfiram nos fatores de risco, mudança do estilo de vida dos pacientes. A longo prazo, diminuição da incidência de eventos cardiovasculares na emergência, diminuição do índice de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

**Responsáveis:** médica de família da equipe Lígia, enfermeira Siomara, agentes comunitários de saúde: Gisele, Geize, Kelly, Smith.

**Prazos:**

1. Etapa 01: capacitação da equipe no tema: morbidades cardiovasculares 13 e 27 de setembro de 2018;
  2. Etapa 02: aplicação das fichas avaliação periódica de saúde: 90 dias
-

- 
3. Etapa 03: reestruturação do grupo de portadores de doenças crônicas não transmissíveis: 30 dias
  4. Etapa 04: fortalecimento do grupo de portadores de doenças crônicas não transmissíveis: 90 dias

**Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados:** registro em planilha para documentação de dados, exposição em gráficos para alcance das metas.

---

---

## Folha de controle de avaliação periódica de saúde do adulto

Folha de controle de avaliação periódica de saúde do adulto										
Logotipo do serviço	Anotar dados ou colar etiqueta de identificação									
	Nome:				Data nasc:			Registro:		
	Profissão:				Naturalidade:					
	Unidade de referência:				Estado civil:					
Consulta	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Idade	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos
Peso (altura = ___ cm)	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
Índice de massa corporal										
Perímetro abdominal	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Pressão arterial	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Doenças e fatores de risco	Hipertensão									
	Diabetes									
	Dislipidemia									
	Tabagismo									
	Excesso de peso									
	Sedentarismo									
	Bebidas alcoólicas									
	Drogas ilícitas									
	Alimentação inadeq.									
	Sono inadequado									
	Risco de violência									
	Risco de acidentes									
	Estresse excessivo									
	Excesso exp. sol									
	C. sexual de risco									
MÁ higiene bucal										
Outros										
Outros										
Risco cardíaco Framingham										
Exames	Glicemia									
	Colesterol total									
	LDL Colesterol									
	HDL Colesterol									
	Sangue oculto									
	Mamografia									
	Papanicolaou									
	Densitometria									
Medicamentos	AAS									
	Estatina									
	Diurético									
	Hipotensor 1									
	Hipotensor 2									
Iniciais dos profissionais										
Códigos de situação	P= preocupante (Alto risco)	C= controlado (baixo risco)			S= exame solicitado					
	A= atenção (risco moderado)	N= não abordado/pesquisado			I= ideal (sem risco)					
	E= encaminhado a profissional especializado				Outro código					
	G= encaminhado a grupo de orientação				Outro código					
Nível de abordagem, aconselhamento no dia	0= Não abordado	1-2= Frases, mínima		3= Rápida e insuficiente		4= Inicial razoável		5= Reforço razoável		
	6= Satisfatória	7= Adequada		8= Boa		9= Completa		10= Ótima		

---

## **CAPÍTULO II: OS PRIMEIROS DIAS DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NÚMERO 02:**

O acolhimento em nossa unidade de saúde iniciou no mês de maio de 2017. Recebemos a notificação da secretaria de saúde que deveríamos implanta-lo o mais rápido possível, pois em breve todas as unidades de saúde estariam adaptadas a esse novo modelo de atenção.

Em reunião geral na nossa unidade básica de saúde (UBS), discutimos o que é o acolhimento e qual a importância da sua implantação na rede de atenção a saúde. Primeiramente, percebemos que havia muitos pacientes que não conseguiam consulta ou não conseguiam ter seus problemas de saúde solucionados pela ubs e então procurava o hospital geral do estado. Ou seja, a ubs não estava sendo a porta de entrada do usuário de saúde.

“Acolhimento é o ato de acolher, ou recepcionar o usuário a um atendimento que o auxilia, protege ou socorre, que nos leva a entender a mudança de relacionamento entre o usuário e o profissional de saúde, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como pessoa participante ativa no processo de produção da saúde.” (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO).

Antes do acolhimento na nossa unidade, o usuário de saúde deveria acordar muito cedo para ir ao posto de atendimento para garantir uma vaga. Quem acordasse primeiro teria vaga garantida. A agenda do médico era dividida por grupos de atendimentos: crianças, idosos, pré natal, clinico geral.

Naquele dia específico, quem não fosse daquele grupo não teria atendimento. Se o usuário do serviço, por exemplo fosse desavisado, iria no posto, poderia até pegar uma vaga, mas, se não fosse seu dia de atendimento, não seria consultado.

“Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento possui uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.” (BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013)

---

---

---

Dessa forma, percebe-se o quão urgente é a necessidades de se implantar o acolhimento. Começamos então a colocar em prática o que foi determinado. O primeiro horário da manhã seria destinado a ouvir as queixas e acolher qualquer que chegasse na unidades de saúde.

A escuta qualificada contava então com as duas enfermeiras e as duas médicas, em cada sala, acolhia o usuário e a maioria deles tinham seus problemas de saúde ou dúvidas resolvidos.

Os casos de menor complexidade eram resolvidos prontamente, tais como, encaminhamento para consulta com especialista, como oftalmologista, este já recebia o encaminhamento se fosse escutado pelo profissional médico. Se escutado pela enfermeira, esta encaminhava para agendar consulta com médico.

Aqueles que queriam realizar teste rápido, eram, agendados para o dia mais próximo que a equipe realizara testagem rápida. Aquelas que queriam realizar coleta de material cervical para análise preventiva, da mesma forma, saiam da unidade agendadas para a data mais próxima, geralmente na mesma semana.

A classificação de risco semelhantemente também era realizada por cada profissional durante o acolhimento, os casos de febre, diarreia, desidratação, dores agudas, hipertensão, reações alérgicas possuem maior prioridade que as solicitação de troca de receituários e normalmente são atendidos no mesmo dia.

“Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.” (BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013)

No início, houve muita resistência da população pois aqueles que já eram acostumados com os grupos de atendimentos, principalmente os idosos, tinham suas necessidades adiadas a depender da quantidade dos casos de febre que surgiam na semana. Da mesma forma aqueles que só queriam um encaminhamento ou renovação de medicação controlada eram atendidos sem prioridade.

---

---

---

Passamos, então a realizar durante a espera deles para receber a escuta qualificada, sessões de palestras sobre o acolhimento, para que todos entendessem a dinâmica e se colocassem no lugar do outro, inclusive percebendo que os profissionais de saúde não deveriam ficar sobrecarregados com tamanha demanda de usuários.

Com o passar do tempo eles se acostumaram com o acolhimento e até preferem, pois todos, de uma forma geral, são atendidos, se não no mesmo dia, mas, com certeza, na mesma semana.

Potencialidades: todos são acolhidos, todos são escutados, muitos são atendidos, alguns agendados, poucos encaminhados, nenhum mal-humorado, pois o acolhimento vem para desmitificar o usuário que atribui ao sistema único de saúde a dificuldade de acesso.

---

---



---

### **CAPÍTULO III: 3. RELATO DE EXPERIENCIA 03:**

A rotina da Unidade Básica de Saúde 31 de março é atender gestantes nos dias de sexta-feira pela manhã. As duas enfermeiras e as duas médicas que trabalham na unidade, atendem somente esse público na sexta-feira, para justamente facilitar e estabelecer um grupo. O ideal é que fossem feitas atividades coletivas em grupo para atuação em promoção de saúde e prevenção de doenças.

Ocorre que devido a falta de incentivo, união e aumento de demanda dos pacientes atendidos nesta unidade, essas ações preventivas e educacionais não estavam sendo contempladas. A partir do desafio de microintervenção, percebeu-se o quanto negligenciado estava sendo o atendimento dessa população que corresponde o planejamento reprodutivo, pré natal e puerpério.

Dessa forma, a microintervenção foi realizada na sexta-feira, dia 22 de junho de 2018 no período da tarde com todas as gestantes que compareceram a consulta de rotina de pré-natal. Foi realizada uma palestra sobre planejamento reprodutivo: métodos contraceptivos e dúvidas mais frequentes das gestantes.

Também foi estabelecido na Unidade de Saúde que toda sexta-feira ocorrerá uma dinâmica em grupo com essa população, inclusive que os papais participem e também recebam educação em saúde.

O mais interessante é que todas participaram e interagiram em grupo, tirando as dúvidas mais frequentes e relatando experiências pessoais, dessa forma, todas puderam aprender umas com as outras. O evento surpreendeu toda a equipe, pois não se esperava tamanha aceitação. Participaram cerca de 15 gestantes e 2 papais.

O maior desafio é que o planejamento não foi feito em equipe, pois as enfermeiras e os agentes comunitários de saúde estão empenhados em uma campanha local idealizada pela prefeitura e coordenação municipal que consiste em vacinação domiciliar, onde estão vacinando idosos, acamados e aglomerados de pessoas, haja vista a necessidade, pois, o estado de Roraima, está com um surto de Sarampo, desde a grande migração venezuelana.

---

---

---

O ponto de desvantagem se deve ao fato de a UBS está trabalhando praticamente apenas no assistencialismo gerando assim uma carência dos demais pilares que a atenção básica deve abordar.

O maior aprendizado da equipe foi aprender uns com os outros a doar-se. A teoria é um campo que se distancia da realidade, pois é muito difícil, na prática, ter a disciplina de se planejar reprodutivamente bem como organizar os aspectos psicológicos do fato de conceber, gestar e parir possuem para a família de uma forma geral. Ou seja, grandes desafios da humanidade.

Diante do exposto, tornar-se-á rotineiro esse tipo de intervenção, pois além de muitíssimo proveitoso para todos os envolvidos, seja pacientes, seja profissionais de saúde, é norma da atenção básica realizar esse tipo de evento.

Com a finalidade de aperfeiçoar esse processo, será feito um cronograma com os temas mais importantes e organização da reunião com dinâmicas de grupo voltadas para a terapia de grupo além de sorteio de brindes para que o grupo se fortaleça na amizade e na confiança uns nos outros, sabendo que cada um de nós temos a acrescentar na vida de alguém.

---

---

---

## CAPÍTULO IV: 4. MICROINTERVENÇÃO NÚMERO 04: MÓDULO SAÚDE MENTAL

### RELATO DE EXPERIÊNCIA:

A equipe do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) esteve recentemente na Unidade básica de saúde - UBS para avaliação dos serviços ofertados por nossa Unidade. Portanto, já tínhamos disponíveis os instrumentos de controle de pacientes em acompanhamento de saúde mental e uso de psicotrópicos. Trata-se de uma pasta em que armazenamos os laudos da doença de base para renovação de receituários e anexamos uma ficha de aprazamento de controle (em anexo).

Em nossa área de abrangência, temos 105 pacientes que utilizam medicações psicotrópicas, porém, nem todos eles possuem algum transtorno mental, pois existem aqueles que utilizam medicações para dores crônicas como migrânea e aqueles que possuem como diagnóstico doenças de substrato orgânico e acompanhamento neurológico como Epilepsia e demência de Alzheimer. Dessa forma, a divisão, assim, se estabelece:

<b>Diagnóstico</b>	<b>Medicações</b>	<b>Nº de pacientes</b>
Migrânea	1.Nortriptilina 2.Amitriptilina 3.Topiramato	15
Neuralgia pós herpética	1.Amitriptilina 2.Gabapentina	02
Neuralgia hansenica	1.Amitriptilina 2.Gabapentina	01
Epilepsia	1.ÁcidoValproico 2.Fenitoina 3.Carbamazepina 4.Fenobarbital 5.Lamotigina	27
Demência de Alzheimer	1.Memantina 2.Clonazepam 3.Alprazolam 4.Diazepam	06

---

Transtornos de ansiedade: 1.generalizada; 2.pós menopausa; 3.Síndrome do pânico 4.Transtorno obsessivo-compulsivo;  Transtornos de humor: 1.Depressão maior e menor; 2.Transtorno bipolar;	1.Amitriptilina 2.Fluoxetina 3.Paroxetina 4.Venlafaxina 5.Sertralina 6.Duloxetina 7.Citalopram 8.Escitalopram 9.Carbolitium 10.Risperidona	49
Dependência química de cigarro	1.Bupropiona 2.Paroxetina 3.Escitalopram	03
Usuário de entorpecentes	1.Diazepam	02
Transtornos psicóticos	0	Nenhum
Total geral: 105		
Transtorno mental: 54		

No nosso município a rede de atenção psicossocial (RAPS) está composta por dois centros de apoio psicossocial – CAPS 2 e CAPS-AD.

Nestes serviços há psicólogos e médicos psiquiatras que recebem os pacientes encaminhados pelas Unidades básicas de Saúde (UBS). Não possuem o serviço de internação, porém, se necessário, encaminham o paciente para o hospital estadual onde será feita internação. Nestes serviços também há equipe farmacêutica com arsenal básico de psicotrópicos liberados pela relação municipal de medicamentos – RENUME.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF, também participa efetivamente, quando solicitado, para atender demandas relacionadas a saúde mental na área de abrangência podendo realizar visitas domiciliares com equipe multiprofissional, a qual é composta por médico especialista em saúde da família, psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, conseguindo realizar um trabalho voltado para toda a família e identificando os riscos e vulnerabilidades de todo o núcleo familiar.

---

Portanto, em nossa unidade básica de saúde, o paciente que necessita de cuidados a saúde mental passará pelo acolhimento e a enfermeira realizará de acordo com a situação a classificação de risco. Ele será atendido em seguida pelo médico. Se for evidenciado caso complexo como as queixas de ideação suicida, síndrome de abstinência aguda, psicoses e outras emergências psiquiátricas o paciente será tratado na UBS e tentado contado por telefone com o CAPS da área de abrangência para uma consulta no mesmo dia com o médico especialista, embora na Unidade ele já seja medicado e tenha recebido o receituário da medicação controlada.

Se o caso não for urgente a situação será detalhada com maior cautela e então após consulta com o médico na UBS este marcará uma consulta compartilhada ou uma vista domiciliar compartilhada com o NASF que poderá ocorrer dentro do prazo médio de uma semana, período necessário para o solicitação e agendamento da equipe NASF.

Recentemente, tivemos um caso dessa abordagem compartilhada:

No nosso grupo de idosos atendidos na UBS, durante uma ação conjunta de atividades, identificamos que uma das participantes, dona VS, 83 anos, lúcida e ativa, encontrava-se com pressão arterial de 180/100 mmHg em uso correto das medicações.

Começamos a conversar com ela e ela relatou que a filha de 54 anos, possui diagnóstico de *transtorno afetivo bipolar, CID F 31.1*, está sem uso de medicações regulares há mais de 30 dias e que, ultimamente não dorme, passa a noite conversando e tem feito muitas dívidas.

Recentemente, comprou um sofá, uma televisão e uma poltrona. Também nos relatou que fez uma fogueira com uns jornais antigos dentro da casa. Portanto, dona VS estava sem dormir devido preocupações com essa filha, haja vista que uma outra filha de dona VS, que possuía depressão, cometeu suicídio há 02 anos.

Quando questionada, dona VS relatou que a filha já faz acompanhamento com CAPS da região, porém, não retorna as consultas há 01 ano, desde que se desentendeu com o médico psiquiatra que a acompanhava.

Assim que identificamos, contatamos o CAPS e eles relataram ter ciência dessa paciente e que realmente ela não aparecia há muito tempo.

---

---

Dessa forma, acionamos a equipe do NASF que possui psicólogo e outro médico psiquiatra do CAPS para realizar uma visita domiciliar com a finalidade de entender a família e convencer a paciente sobre o uso correto das medicações, além de fortalecer o vínculo da família com os profissionais de saúde. Aos poucos, a paciente tem obtido melhora do quadro, pois além de ter tido o diagnóstico de *transtorno afetivo bipolar, CID F 31.1*, esclarecido também recebeu os ajustes das medicações.

Nesse caso específico, a maior potencialidade foi ter estreitado o vínculo da UBS com o CAPS, pois, muitas vezes, devido à demanda de pacientes, não conseguimos ter uma boa referência, tão pouco a contra-referência daqueles pacientes que são encaminhamos.

Essa paciente, por exemplo, não era de conhecimento da médica da equipe, pois chegou há cerca de 1 ano na atenção básica. Apenas a idosa que nunca tinha nos relatado da filha era de conhecimento da médica. A família pensava, por exemplo, que uma vez encaminhados para rede de atenção especializada não necessitaria de acompanhamento da UBS.

O maior empecilho se atribui a própria doença psiquiátrica. Na primeira vez que marcamos a visita, a paciente saiu de casa e se recusou a nos atender justificando que só iríamos manda-la tomar remédio. A medida que insistimos conseguimos, pouco a pouco, fazer a diferença naquela família.

---

---

**FICHA DE APRAZAMENTO / SAÚDE MENTAL**

<b>PACIENTE:</b>		<b>CNS:</b>		<b>ANO:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>					
<b>DIAGNÓSTICO:</b>					
<b>MEDICAÇÕES:</b>					
<b>JAN</b>	<b>FEV</b>	<b>MAR</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAIO</b>	<b>JUN</b>
<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>NOV</b>	<b>DEZ</b>

---

## **CAPÍTULO V 5. RELATO DE EXPERIÊNCIA 05**

### **5.1. Crescimento e desenvolvimento da criança na Unidade de Saúde 31 de março**

O atendimento à criança é iniciado desde o pré-natal, onde a avaliação da gestante sobre doenças ou situações específicas da gravidez, como, incompatibilidade sanguínea, infecções na gestação são diagnosticadas e tratadas no tempo oportuno visando garantir aquela futura criança a saúde e a qualidade de vida.

A maior incidência de morbidades no primeiro ano de vida são decorrentes de problemas ante-natais, dessa forma, o cuidado com o pré-natal deve ser estimulado pela equipe de saúde bem como pela gestante.

Ao nascimento, de preferência antes do quinto dia de vida, o recém nascido e a puérpera recebem a visita domiciliar da médica e da enfermeira. Neste tipo de atendimento são abordados, principalmente, sobre o aleitamento materno e outras questões, de forma a contribuir que o vínculo daquela família e da equipe de saúde sejam ainda mais fortalecidos.

Também faz parte desse atendimento a observação das situações de risco da criança, o ambiente familiar, as condições socioeconômicas, a presença de animais de estimação, a higiene do local e então a orientação e a educação em saúde por parte da equipe de saúde.

Em seguida, os pais são orientados a levar a criança para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sempre com avaliação dos gráficos e marcos do desenvolvimento que estão contidos na caderneta da criança.

Em nossa Unidade de Saúde, para que as crianças e os pais sejam estimulados a levar as crianças foi desenvolvida uma área especial para elas, uma brinquedoteca com brinquedos e livros educativos. Esse espaço também pode ser utilizado como avaliação da criança no que diz respeito ao desenvolvimento e interação social com as outras crianças.

Além de dispormos da sala também temos um dia da semana específico para o atendimento das crianças, justamente, para que tenhamos um número de crianças que interajam socialmente e possamos observar. Neste dia, nós da equipe

---



de saúde vamos fantasiados de super-heróis com uma blusa de um personagem e um jaleco de cor diferente do branco para parecer um capa. Assim, a consulta fica mais divertida e nos ajuda a ganhar a confiança da criança.

Anualmente, realizamos programação específica do dia da criança onde arrecadamos quantia em dinheiro para comprar lanches (pipoca, brigadeiro, cachorro-quente) e convidamos colegas para realizar atividades recreativas voluntariamente, como: contador de histórias e palhaço. Também contratamos um pula-pula. Assim, de forma lúdica, as crianças são ensinadas e acolhidas e criam o hábito de frequentar os serviços de saúde e sempre se cuidar.

No mais, utiliza-se o seguinte questionário com as atividades desenvolvidas na área da saúde da criança pela equipe de saúde:

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

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

A microintervenção foi importante para avaliarmos as ações que a nossa equipe de saúde vem realizando no âmbito da saúde da criança.

## CAPÍTULO VI: RELATO DE EXPERIÊNCIA: 06

### 6.1. O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde

Realizamos uma reunião para respondermos ao questionário disponibilizado na especialização, no âmbito ao controle das doenças crônicas não transmissíveis, anexo 01.

Em cada atendimento realizado aos pacientes com doenças crônicas, individualmente, é observado o Índice de massa corpórea (IMC) e informado ao paciente sobre a necessidade de mudança do estilo de vida (MEV), uma vez que isso implica diretamente no risco cardiovascular.

A maioria da população “saudável”, ou melhor, sem queixas que procuram a Unidade Básica de Saúde (UBS), comparece para solicitação de exames laboratoriais. Eles usam o termo “check-up” para pedir ao médico que peça todos os tipos de exames possíveis para eles descobrirem se estão saudáveis ou doentes.

Utiliza-se o seguinte questionário sobre as atividades desenvolvidas para o controle das doenças crônicas não transmissíveis:

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?	07 dias		07 DIAS	

A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?		X		
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			
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	X			

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

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

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

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	

Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 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> <b>NUTRICIONISTA</b>	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		<b>X</b>

Orientamos que os exames laboratoriais são para complementar um raciocínio diagnóstico e que não há evidência de solicitação indiscriminada de exames, uma vez que onera o sistema de saúde e gerando ansiedade para o cliente. Então, estabelecemos uma rotina de acordo com a faixa etária:

1. Pacientes jovens e adultos jovens (até 40 anos): o check-up consiste em aferição de pressão arterial, medição antropométrica e exame clínico onde é detalhado o histórico familiar, somente então, estudaremos a necessidade de solicitar exames de risco cardiovascular.
2. Pacientes acima de 40 anos: o estímulo a mudança de hábitos é mais incentivado. Aqui os exames de risco cardiovascular já são solicitados mesmo nos pacientes sem queixas.

O tempo de espera para consultas fica em torno de 7 dias, pois temos um dia na semana para atender esse público específico e também é uma oportunidade para fortalecer o grupo e rodas de conversa sobre o tema.

Durante o mês de setembro, há 02 campanhas: setembro amarelo (prevenção do suicídio) e setembro vermelho (prevenção de doença

---

cardiovascular. Durante esse mês, incansavelmente, é ministrado palestras para os pacientes que procuram a unidade básica de saúde a fim de despertar para mudança de hábitos.

Após expediente, 17:45 h nos organizamos para fazer uma caminhada em combate ao sedentarismo. Muitas pessoas que precisavam apenas de companhia se encontram e fica mais fácil para manter a prática de atividade física.

A maior dificuldade da microintervenção foi reunir a equipe, pois todos os dias cada membro possuiu o seu cronograma de atividades e mobilizar a equipe para incentivar as ações coletivas é sempre um desafio.

---

---

---

## **CAPÍTULO VII: 7. OBSERVAÇÕES:**

Primeiramente, pode-se dizer que as microintervenções que foram realizadas na Unidade Básica de Saúde 31 de março antes de tudo serviram para fortalecer a equipe de saúde uma vez que passamos a nos reunir e discutir ações mais intensamente a fim de ter os melhores resultados.

A primeira microintervenção serviu de uma grande triagem das dificuldades enfrentadas após termos realizado o questionário AMAQ.

O acolhimento veio para assegurar o atendimento de todos os usuários a medida que define as prioridades no atendimento.

O atendimento a mulher e seu ciclo reprodutivo (planejamento reprodutivo, pré natal, puerpério) garantiu efetividade e desenvolvimento de um grupo com mulheres em situações semelhantes.

O atendimento a pacientes psiquiátricos e em uso de psicotrópicos foi organizado e o vínculo com CAPES foi estabelecido uma vez que pudemos esclarecer quando encaminhar e permanecer o acompanhamento daquele paciente.

---

---



## 8. RESULTADOS:

Microintervenção	Benefícios	Melhorias	Desafios	Resultados
1. Amaq	Identificação de normas estabelecidas que não estavam sendo cumpridas.	Estabelecimento do vínculo entre a equipe e equipe de saúde-paciente	Permanecer	Organização da equipe
2. Acolhimento	Melhora do acesso da população aos serviços de saúde	Adequação da equipe de saúde	Aceitação do paciente	Diminuição da demanda nos pronto-atendimentos
3. Pré-natal	Organização do atendimento	Atuar em prevenção e educação em saúde	Incentivar gestantes a permanecer	Melhor assistência pré natal
4. Saúde mental	Identificação do usuário e estabelecimento do vínculo médico-paciente	Melhor controle medicamentoso	Quando referenciar para atenção especializada	Maior controle da situação de saúde
5. Puericultura	Diminuição dos medos	Posto de saúde não é lugar de sofrimento	Disposição dos pais em trazer as crianças para consultas de rotina	Diminuição das internações em hospitais
6. Doenças crônicas	Facilidade de acesso aos pacientes por meio do grupo	Incentivo das mudanças de estilo de vida	Adesão do paciente	Melhora da qualidade de vida

## 9. PLANO DE CONTINUIDADE:

Sabe-se que um dos maiores desafios em qualificar as práticas nas Unidades de Saúde da APS se deve, principalmente, à incorporação do novo, por mais que esse novo seja encarado pela equipe como o melhor caminho. Entretanto, propomos um plano de continuidade para que seja realizado o trabalho continuamente:

<b>Intervenção</b>	<b>Resumo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Plano de continuidade</b>
<b>Amaq</b>	Estabelecimento de normas a serem seguidas para melhorar o serviço de saúde	Organização da equipe	Revisão semestral
<b>Acolhimento</b>	Atendimento priorizado para pessoas com maior necessidade de acordo com classificação de risco.	Diminuição da demanda nos pronto-atendimentos	Reunião de equipe
<b>Pré-natal</b>	Construção do grupo de gestantes	Melhora assistência pré-natal	Perseverar com reuniões quinzenais
<b>Saúde mental</b>	Fiscalização de medicações controladas	Maior controle da situação de saúde	Fortalecer vínculos com equipe capes
<b>Puericultura</b>	Construção do grupo de crianças; Saúde na escola.	Diminuição das internações em hospitais	Premiar crianças mais assíduas e melhor educadas em saúde
<b>Doenças crônicas</b>	Maior controle das pessoas com doenças crônicas	Melhora da qualidade de vida	Atividades físicas 2 x na semana com grupo.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, verifica-se em, uma ampla visão, como tem sido o trabalho da atenção básica no município de Boa Vista- Roraima. Relatou-se em detalhes a estruturação e as particularidades da comunidade em questão a fim de analisar minuciosamente as dificuldades para, então, propor mudanças na estrutura. Através das microintervenção, pode-se testar e adequar o atendimento da saúde básica para melhorar a vida da população.

A principal potencialidade foi o fortalecimento entre a equipe de saúde como grupo multiplicador de saúde e influenciadores na condição de profissionais de saúde. A medida que houve a necessidade de uma maior frequência nas reuniões de equipe também permitiu melhorar a comunicação uns com os outros a fim de melhorar o atendimento à população.

Como limitação, tivemos a grande demanda do assistencialismo na unidade básica dificultando consultas individualizadas e a implantação de fichas e controles adequados de seguimento uma vez que o tempo para cada paciente é muito reduzido quando há uma demanda aumentada da população.

Outro desafio encontrado é a barreira linguística e cultural com a população venezuelana que está abrigada no município de Boa Vista- RR, em condições precárias de saúde, com múltiplas infestações e variados níveis de desnutrição que tiraram, em parte, o enfoque da atenção básica quantos aos serviços de promoção e educação em saúde, deixando a assistência como prioridade, no momento.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

- [1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)
  2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)
  3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)
  4. MALTA DC, BERNAL RTI, LIMA MG, ARAÚJO SSC, SILVA MMA, FREITAS MIF, et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde**: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:4s
  5. SAMPIERI RH, COLLADO CF, LUCIO PB. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda., 2006.
  6. BRASIL. Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP 04021-001 – SP, disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_metodologia\\_TCC/unidade19/unidade19.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_metodologia_TCC/unidade19/unidade19.pdf)
-

---

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

9. SÃO PAULO(ESTADO). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p. : il. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puterpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puterperio/manual\\_tecnicoii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puterpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puterperio/manual_tecnicoii.pdf)

10. LOPES A. S et al. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários** - rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, JAN-MAR 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>

---