



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

**ORGANIZANDO PROCESSOS DE TRABALHO EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ / AP**

MÁRCIA CRISTINA MUNHOZ CHAGAS

NATAL/RN
2018

MÁRCIA CRISTINA MUNHOZ CHAGAS

**ORGANIZANDO PROCESSOS DE TRABALHO EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ / AP**

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: Marília Rute de Souto Medeiros

Dedico este trabalho ao meu esposo e filhos que muito me incentivaram a superar os obstáculos e o cansaço do dia a dia.

Eu agradeço com toda intensidade à todos que me sensibilizaram de algum modo

RESUMO

Reorganizando e implementando os processos de trabalhos dentro da Estratégia Saúde da Família que tem como um dos atributos mais importantes, a medicina através de um cuidado centrado nas pessoas, nas famílias e nas comunidades que compõe o seu território visando uma completa acessibilidade ao sistema. O objetivo deste trabalho foi facilitar a relação através do acolhimento e de micro intervenções para levar conhecimento aos atores envolvidos, a fim de que haja entendimento e coparticipação de ambos, para que se possa dar continuidade a operacionalização e mudanças dentro dos serviços. A metodologia usada se fez através de capacitações, com posterior incorporação do conhecimento através da Ciência, realizando mudanças dentro do cotidiano do serviço na forma de micro intervenções. Tivemos resultados imediatos através com mudanças favoráveis aos servidores e usuários em algumas micro intervenções, porém em outras, estamos caminhando dia a dia. Mas, plantamos a semente de que podemos sim, fazer o novo e assim darmos continuidade a uma organização mais eficiente que possa dar estímulos aos servidores e favorecer nossos usuários com a coparticipação de ambos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Humanização.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	09
CAPÍTULO 2	13
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	18
CAPÍTULO 5	21
CAPÍTULO 6	26
CAPÍTULO 7	30
CONSIDERAÇÕES GERAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	44
ANEXOS	50

APRESENTAÇÃO

Este trabalho trata – se de uma coletânea de seis relatos de experiência que foram construídos a partir de microintervenções realizadas na equipe a qual estou inserida da Estratégia (ESF), no bairro do Muca-Macapá-AP, UBS Raimundo Hozanan, no ano de 2018 dentro do meu território de atuação como médica.

O estudo foi realizado na equipe 065 de Macapá, um território considerado de alta vulnerabilidade social. A maior parte dos usuários vive em precárias residências de madeira que em épocas de chuva ficam expostas e as famílias se deslocam através de passarelas de madeira igualmente precárias e estreitas. As famílias geralmente numerosas são formadas por 03 ou 04 gerações coabitando de forma contínua no mesmo ambiente composto por poucos cômodos. A vulnerabilidade social é agravada pelo comércio de drogas ilícitas onde a comunidade é em parte empregada e consumidora do tráfico.

Sou natural do Pará nasci na capital, com 14 anos, meu pai Sanitarista da Sucam foi transferido para Manaus – AM. Fiz a graduação em medicina na Universidade Federal no Amazonas (UFAM). Residi em várias cidades, capitais e interiores trabalhando como médica do Serviço Público Federal. Quando aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil já estava aposentada do Serviço Público Federal após mais de 30 anos de serviço. Resido em Macapá - AP desde 2013 por opção familiar. Desde da implantação do programa Mais Médicos para o Brasil me interessei pela proposta e sempre li a respeito. Como trabalhei toda a vida profissional em saúde pública, acredito que é atenção primária a saúde é o melhor caminho para nosso país.

Ingressei no programa em Janeiro de 2018, após minha aposentadoria e encontrei uma equipe pouco estimulada para mudanças. A equipe se encontrava há mais de 1 ano sem o profissional médico. Embora alguns colaboradores acreditassem que podia haver direcionamento na operacionalização de processos mais adequados, não sabiam como realiza-lo. Senti-me inicialmente perdida naquele contexto e a partir do estudo dos conteúdos desta especialização consegui imaginar como modificar aquele status quo. Em cada módulo fui percebendo meu crescimento individual. Inicialmente realizei pequenas palestras aos usuários em nosso pequeno espaço de espera para consultas. O principal objetivo era lhes explicar o que significam os princípios do SUS, seus direitos e seus deveres. Entretanto, através do processo da micro intervenção começou a haver mudanças

significativas, embora, sem a total aceitação da equipe. Em algumas reuniões gerais do programa referenciei que se não houvesse a capacitação de toda equipe, estaríamos sempre falando diferentes idiomas. Felizmente a partir das capacitações dentro da equipe pudemos caminhar de forma favorável.

A construção de metodologia de trabalho que operacionalize de forma ideal o Sistema Básico de Saúde é uma meta ainda distante, porém, podemos vislumbrar que o processo de caminhar de acordo como as normas do SUS não é inalcançável. Acredito que os primeiros passos já estão acontecendo.

Convido todos a partilharem este trabalho, que reflete minha visão sob a ótica de 30 anos de medicina voltada à saúde pública, assunto de importância para qualquer cidadão. Não podemos negligenciar que o conhecimento e operacionalização do SUS é interesse republicano, debatendo como sair de nossa zona de conforto tão arraigada à nós, e beneficiar outras pessoas que vivem de modo tão precário que nem imaginamos como conseguem sobreviver.]

CAPÍTULO I: Acolhimento

O acolhimento é definido pela recepção ao usuário, desde a sua entrada na Unidade Básica de Saúde (UBS), até sua saída com atendimento e resolução de sua demanda. O acolhimento exige que toda a equipe se responsabilize integralmente pelo paciente, ouvindo seus problemas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, com realizações de ações resolutivas e articulações com outros setores de saúde (Cavalcante, 2013).

É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é de responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e corresponsabilidade dos usuários (Brasília, 2017).

Temos consciência que a atenção básica não consegue intervir em todas as situações, porém, pode resolver a maioria dos problemas de saúde da população de seu território.

O objetivo desta microintervenção é a implantação do acolhimento com a estratificação de risco tanto para demanda espontânea como para a demanda programada a partir do Protocolo de Manchester.

Na Unidade Básica de Saúde Raimundo Hozanan, em Macapá/AP, o que ocorre previamente à consulta, é uma triagem inicial, que na realidade trata-se da verificação dos sinais vitais, sendo realizada muito rapidamente apenas para os pacientes previamente agendados. Quando paciente chega como demanda espontânea é geralmente encaminhado para agendamento de consulta ou orientado a procurar o serviço de urgência/emergência, dependendo do profissional que o tenha atendido. Com isso não afirmo que todos os profissionais da equipe realizam o mesmo procedimento. Parte da equipe mesmo sem qualquer treinamento atendem o paciente, escutam suas queixas e tentam direcionar seu atendimento de modo mais consciente e integral.

Entretanto, de um ponto de vista geral não existe atenção integral voltada para o paciente, onde ele possa ser ouvido para a identificação de suas queixas e angústias com consequente assistência na resolução de seus problemas na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Como primeira parte do trabalho foi impresso todo o documento do PMAQ/AMAQ, em seguida comparamos com o que foi realizado em 2017 com a intenção de resgatar um item que tivesse obtido avaliação entre 1 e 5. Porém, foram identificadas várias divergências entre a avaliação anterior e a que fizemos hoje, como exemplo o item escolhido para este trabalho: K – Sub - dimensão: Organização do Processo de Trabalho, 4.13, no qual existe a pergunta: Se a equipe realiza acolhimento à demanda espontânea, com nota 4 na atual avaliação. Em seguida partimos para a matriz de intervenção:

Descrição do padrão Todos os membros da equipe deverão realizar o acolhimento, seja dentro da UBS, seja em cada micro <u>área</u>						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão Insatisfação e reclamação do usuário						
Objetivo / meta Satisfação do usuário						
Estratégias para alcançar os objetivos / metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Treinamento na equipe	Reunião para atividades com vídeos e exposição de ideias	Sala para atividades computador e pen-drives	Equipe treinada	Médico, enfermeira	90 dias	Caixas disponibilizadas em locais estratégicos onde o usuário possa expor sua satisfação ou não.

Na segunda parte do estudo avaliativo, o indicador escolhido para ser monitorado foi o percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea em nossa equipe. Tomei por base para iniciar a monitorização deste indicador as consultas realizadas nos últimos 3 (três) meses registradas no formulário e-SUS.



Dados E-SUS, junho/18

Na primeira etapa do trabalho a equipe participou de modo pouco expressivo, por isso houve a busca inicial do resgate da autoavaliação realizada em 2017. Foi necessário reunir isoladamente com apenas alguns membros da equipe. Houve dificuldade de entendimento por parte da equipe quanto ao significado da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ). A percepção da equipe para o processo de autoavaliação se limitava a um meio para mais uma gratificação financeira, quanto maior a nota, maior a gratificação não havendo compromisso real.

Porém, quando houve a resolução de usarmos uma urna de verificação da qualidade do atendimento para verificarmos a satisfação do usuário à equipe foi unânime. Foi decidido que inicialmente um técnico, em sistema de rodízio, abrirá a caixa mensalmente e fará um relatório sobre as reclamações e sugestões para posteriormente promovermos em conjunto ações educativas para a equipe. Outro fato a ser destacado que aconteceu na reunião foi o debate sobre acolhimento com classificação de risco, houve real interesse na equipe de saber do que se tratava e houve mudança positiva no comportamento da equipe. Com a exibição dos vídeos sobre acolhimento, a experiência relatada de outros serviços e principalmente sobre o acesso avançado. Todos queriam participar opinando e demonstrando interesse em implantar o procedimento. Foi explicado a todos que já

fazemos acolhimento, e que esse não tem hora um lugar ou momento certo para acontecer, embora no momento seja realizado intuitivamente de forma incipiente e sem treinamento. Foi também discutida a importância de continuarmos estudando a fim de tornar o nosso trabalho de modo mais eficiente. Desenvolver estas atividades é considerado por toda equipe como um verdadeiro desafio, pois receber e abordar o paciente exige mais do que conhecimento teórico e precisamos realiza-lo de modo a entender seus medos e suas angústias e não apenas nós fixarmos no processo saúde doença com agendamento de consultas. Após a exibição dos vídeos foram entregues pen-drives a equipe, contendo os mesmos vídeos já exibidos na reunião para que houvesse a possibilidade de cada um assistir mais vezes afim de sedimentar conhecimentos.

Em relação ao trabalho sobre os indicadores foi feita a escolha do percentual de consulta à demanda espontânea e verificado através da elaboração de gráfico expondo que houve uma descontinuidade no quantitativo no que se refere à demanda espontânea, comprovado pela queda de percentual no decorrer dos três meses consecutivos, demonstrando assim a necessidade de alteração na forma do atendimento, no que diz respeito à demanda prioritária.



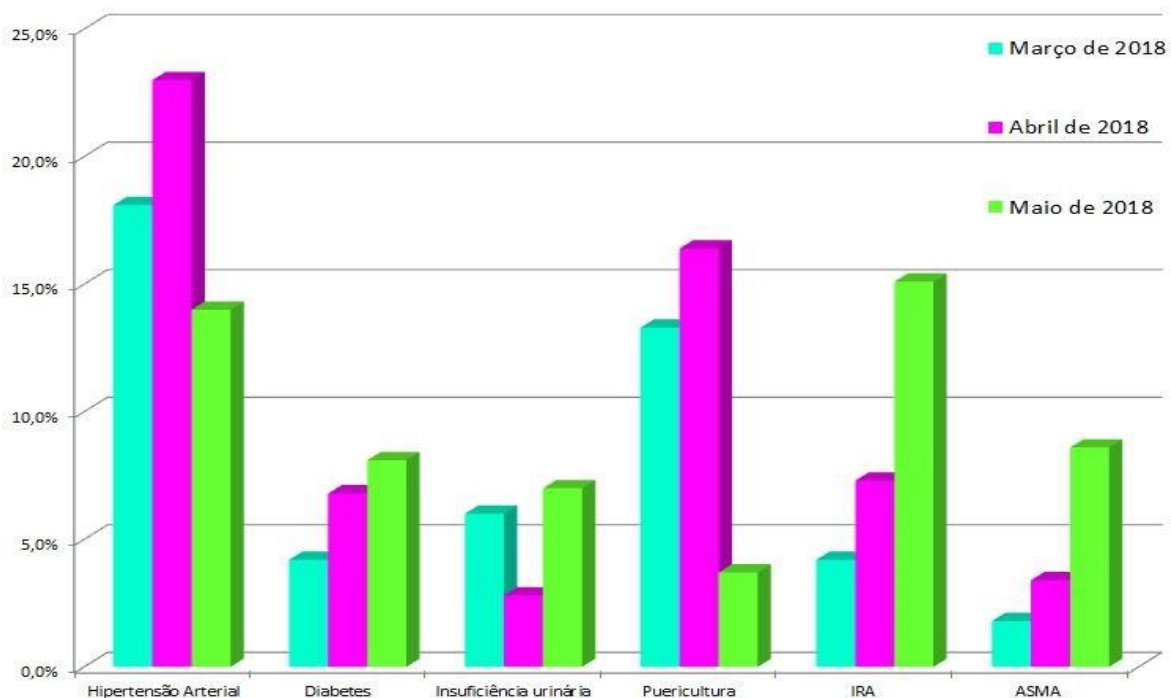
CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

Na tentativa de reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS), em torno da qualidade, foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH). Ela estabelece aos estados, municípios e serviços de saúde a implantação de práticas de Humanização nas ações de atenção e gestão, contribuindo assim para a legitimação do SUS como política pública (CATARINO, 2013).

Um acesso organizado e um acolhimento bem feito são de suma importância para uma boa prestação de serviço no atendimento em saúde (BARROSO, 2012).

Apesar da triagem com classificação de risco ser mais utilizada nos pronto socorros, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a forma de reorganização das Atenção Primária a Saúde (APS), incorporando como princípios as diretrizes do SUS de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar as desigualdades, também apresenta a necessidade de organização com devida classificação de risco (CAVALCANTE, 2013).

Então, a partir de observações por todos os membros da equipe de queixas de usuários, resolvemos aceitar o desafio da implantação do acolhimento com classificação de risco. Todos ficaram entusiasmados com a experiência da Unidade Básica de Saúde (UBS), São Marcos em Gravataí que, cujo vídeo, está fazendo parte da capacitação de nossa equipe. Para continuarmos a capacitação para implantação do acolhimento com classificação de risco, em primeiro lugar, realizamos um levantamento percentual dos 6 (seis) primeiros motivos de atendimento médico e observamos que este quantitativo corresponde no trimestre à 56% do todos os atendimentos. Foi elaborado um gráfico sobre o mês e outro do primeiro trimestre em relação a estes atendimentos:



Elaboramos a classificação de risco tomando como base o protocolo de Manchester, mesmo, com entendimento que não é adequado para a UBS. Sabemos ainda, que esta primeira classificação de risco não será o modelo final a ser seguido pela equipe, pois existe a necessidade de realizarmos implementações e modificações, conforme forem necessárias através das observações da equipe e dos pacientes.

	<p>Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe.</p> <p>Cefaléia intensa com PAS > 140 e PAD > 100mmhg; Lombalgia dificultando a deambulação; Dificuldade de respirar com ou sem dor no peito; Glicemia acima de 300mg/dl com ou sem tonturas; Glicemia baixa; Febre > 38C.</p>
--	---

Conduta imediata com o médico

	<p>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco): Tosse sem dificuldade de respirar; Dor lombar sem dificultar a deambulação; Cefaléia com PAS < 140 e PAD < 100mmhg ou PA 140x100mmhg; Dor intensa no baixo ventre; Dor no ouvido; Dor de garganta; Febre < 38C.</p>
--	---

Conduta: Atendimento médico ou de enfermagem

	<p>Atendimento de situação não aguda (orientação sobre o motivo pelo qual algumas pessoas embora tenham chegado mais tarde vai ser atendidas na frente).</p> <p>Retorno para avaliação de exames; Febre baixa; Dor leve em qualquer parte do corpo; Puericultura.</p>
--	--

Conduta: Atendimento médico ou de enfermagem.

O acolhimento com classificação de risco implantado na UBS, está contribuindo para um atendimento de acordo com a necessidade do paciente, estamos com um retorno mais positivos da população, encontra-se no início essa implementação e já ajuda também em um melhor gerenciamento de nossas ações, levando em conta um maior envolvimento entre usuários, com mais efetividade e resolução das suas queixas.



CAPÍTULO III: Abordagem e oferta de métodos contraceptivos a população

A Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher (PNAISM) enfatiza a assistência integral e as ações de promoção da saúde como princípios norteadores para garantir direitos sexuais e reprodutivos, consolidando os avanços do programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O planejamento familiar é objeto de atenção também na Constituição Federal do Brasil, que em seu artigo 226, parágrafo sétimo, considera – o de livre decisão de todo casal (COSTA et al, 2013).

Durante a nossa prática profissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi comum encontrarmos famílias em condições de vida singularmente especiais que exigem atuação profissional diferenciada. Tratam-se de famílias consideradas em situação de risco, com grande número de filhos e, dessa forma, acredita-se que o melhor método anticoncepcional é aquele apropriado às necessidades do casal. Foi identificado por nossa equipe que existia uma fragilidade significativa em relação à abordagem adequada para a oferta de contraceptivos em nossa área. As usuárias estavam fazendo uso aleatório dos mesmos sem nenhuma entrevista ou consulta médica e sem realização de exames de rotina.

A partir do momento que recebiam a primeira orientação que quase sempre não era de um profissional de saúde, estavam comprando e usando contraceptivos indiscriminadamente sem nenhum controle. Resolvemos então adotar uma ação de intervenção através da médica e enfermeira durante os atendimentos de mulheres em idade fértil ou puérperas através de perguntas sobre contracepção durante a consulta, anamnese dirigida, com perguntas sobre tabagismo, hipertensão, história de trombose de qualquer tipo, doença cardíaca, amamentação, diabetes, enxaqueca com aura, hepatite viral, câncer de mama, uso de medicamentos de uso contínuo como anticonvulsivantes, Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) com anticorpos antifosfolípidos positivos ou desconhecidos, Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença inflamatória pélvica, entre outras. Durante a consulta em alguns casos realizamos a solicitação de exames.

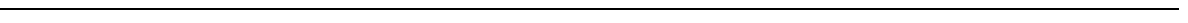
A partir de então, os métodos contraceptivos são apresentados à usuária que fica a vontade para esgotar suas dúvidas, em caso de perguntas mais específicas que não sejam respondidas em decorrência de algo mais especializado, será agendada uma nova consulta de retorno breve. A prescrição sempre é realizada pelo médico, a partir então, a paciente é encaminhada à sala de educação e saúde onde terá uma entrevista com a assistente social que fará o seu cadastro para que possa receber seu contraceptivo gratuitamente de forma contínua, mensalmente. A cada retorno mensal serão feitas perguntas para verificação de

algum efeito adverso garantindo assim uma maior segurança prescritiva. A usuária também recebe uma carteirinha, onde haverá um controle sobre as datas ou ausências de recebimento do contraceptivo. No caso em que a usuária opte por um método mais invasivo como o DIU ou laqueadura de trompas, será encaminhada ao especialista em ginecologia que existe dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Quanto ao controle do uso do contraceptivo, se for detectado alguma alteração no momento do recebimento mensal, a usuária será encaminhada inicialmente à enfermeira da equipe que fará a escuta, e se julgar necessário, encaminhará ao médico. Porém independentemente de qualquer queixa ela fará consulta para reavaliação a cada três meses.

Tenho a perfeita convicção que esta intervenção ainda necessita ser ampliada, principalmente com a educação continuada de nossos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são os profissionais que estão diariamente nas microáreas, para que possamos resgatar as inúmeras usuárias dentro do nosso território, identificando quem está fazendo uso de contraceptivos sem prescrição e acompanhamento do profissional de saúde. Ainda, podemos programar ações em nível das escolas, onde encontramos adolescentes grávidas de nosso território, quase sem condições físicas e psicológicas de cuidar e amparar seus filhos.

Características próprias do desenvolvimento psicoemocional durante a adolescência e a vivência da sexualidade tornam os adolescentes vulneráveis à riscos como gravidez indesejada, aborto e doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas, HIV/AIDS e Hepatite C. Tais riscos podem comprometer o projeto de vida ou a própria vida dos adolescentes (DUARTE et all, 2011).

Esta experiência me fez perceber que não devemos maximizar dificuldades em relação as ações que necessitam de intervenção, apesar das dificuldades do nosso pouco tempo para reunirmos em equipe, onde todos possuem inúmeros afazeres, sempre podemos realizar um esforço maior, ou melhor, organizado, sensibilizando a equipe que ao observamos os resultados positivos é mais um passo em benefício ao nosso usuário, em seu bem estar e satisfação, esse sentimento de tarefa realizada é enormemente gratificante.

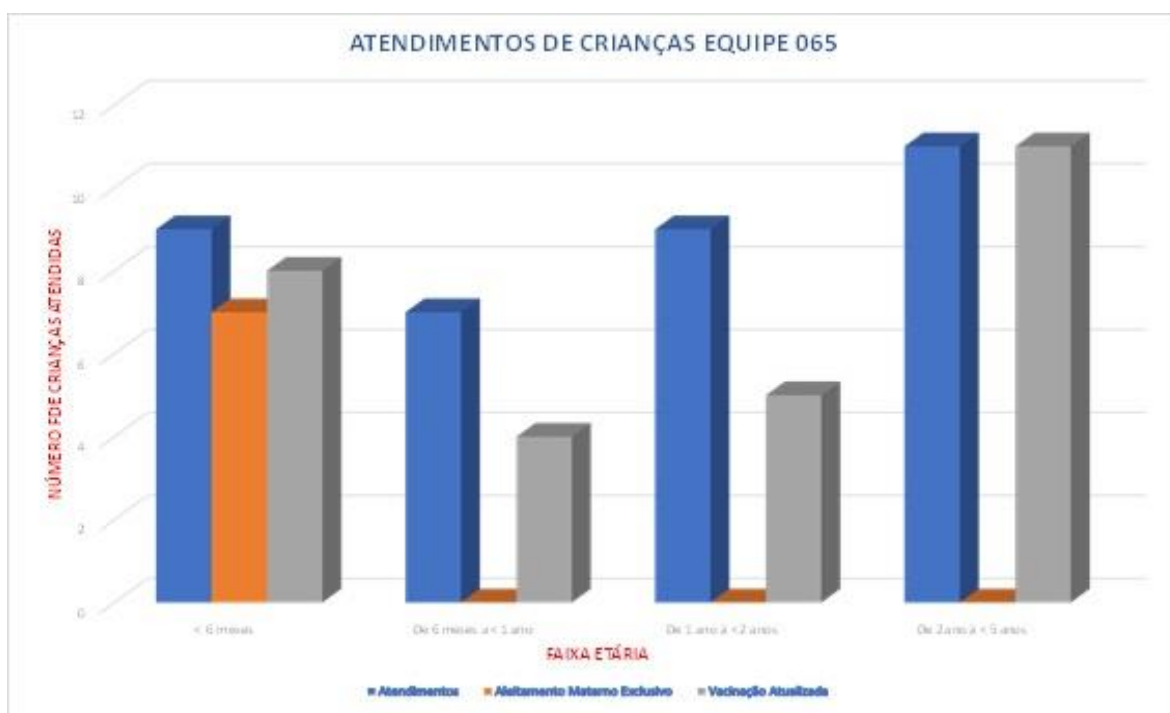


Em primeiro lugar, houve uma reunião com a equipe para que as questões abaixo fossem respondidas conforme orientação:

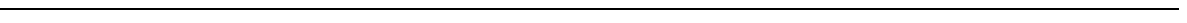
QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	x	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	x	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	x	
A equipe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

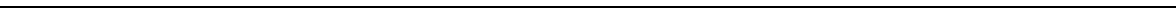
A equipe demonstrou algumas dificuldades na hora de responder os quesitos. Como foi solicitado a comprovação e como cada ACS possui uma pasta com todas as informações de suas tarefas, a partir de então tornou-se mais fácil o registro dos dados. No momento da reunião nenhum membro da equipe lembrava quando foi realizada a última ação de promoção de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida da criança, então resolvemos em nossa UBS criar uma Roda de Conversa entre equipe e usuários, em

horário em que há uma maior demanda para vacinação e atendimento com o pediatra. Foram convidados também, especificamente, os usuários que compõe o nosso território. Aproveitamos também para falarmos sobre a importância da vacinação, demonstrando que em nosso território existe um percentual de vacinação baixo entre 6 e 24 meses. Outra observação foi que, em relação ao consolidado do mês de julho que enviamos à Secretaria Municipal de Saúde, foi verificado que o período em que há uma queda de vacinação regular em nossa área se faz entre as idades de 6 meses a menos de 2 anos, voltando a se equilibrar nas idades de 2 e a menos de 5 anos de acordo com gráfico abaixo.



Todos sentimos a necessidade de melhorarmos inicialmente o aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida em nosso território, assim como a cobertura vacinal de 0 a 24 meses, pois, os instrumentos que temos utilizado até então, não estão, apesar de existirem, sendo utilizados com eficácia. Apesar da inquestionável importância que as vacinas tem na prevenção de doenças, principalmente na infância, muitas crianças ainda deixam de ser vacinadas pelos mais diferentes fatores que abrangem desde o nível social e econômico do país até causas relacionadas à crenças, superstições, mitos e credos religiosos, fatos que tem como agravante a grande predisposição à desnutrição, potencializando o risco de morte e/ou sequelas por doenças que deveriam e poderiam ser prevenidas.





CAPÍTULO V Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica, implementada no Brasil a partir da década de 90, vem mudando o perfil de atenção à saúde mental. A ênfase no tratamento extra-hospitalar e a inclusão da saúde mental nas ações gerais de saúde induzem a estruturação de redes de serviços de atenção à saúde mental, integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (POÇO E AMARAL, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPES), é um serviço estratégico para promover a desospitalização, aqui entendida enquanto ofertas de serviços territoriais, compatíveis com os princípios da reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política nacional de Saúde Mental. Porém, os CAPES e a oferta de serviços na abordagem psicossocial não são suficientes para a cobertura da demanda de Saúde Mental nas diversas realidades do país (CORREIA et al, 2011).

O desafio que vem sendo enfrentado pelos profissionais na atenção básica é a articulação entre a atenção básica e a saúde mental. Pois, a atenção básica através da ESF vem sendo postulada como o campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, sendo exigido dessas melhorias a assistência e ampliação do acesso (MOLINER E LOPES, 2013).

Nossa equipe, encontrava-se sem médico há mais de um ano e a partir do início de janeiro/2018 realizei atendimento de apenas dois pacientes com queixas de sofrimento psíquico. Quando questionei a respeito dos usuários cadastrados do nosso território, obtive como resposta que eles não estavam cadastrados em nosso território porque eram atendidos pelos CAPS ou direto com o Psiquiatra no Hospital de Especialidades. Então, em nossa primeira reunião a respeito de saúde mental demos início a elaboração de uma planilha para que possamos registrar as informações solicitadas pelo PMAQ. Conversamos também sobre a necessidade de termos cadastrados todos os usuários que se enquadrem dentro do perfil de sofrimento psíquico, que estejam dentro do nosso território, e mesmo que no momento ainda não estejam sendo atendidos pela nossa equipe em razão do não estabelecimento de uma linha de cuidado, precisamos saber onde estas pessoas se encontram e o que está acontecendo com elas do ponto de vista clínico. Onde, como e por quem estão sendo atendidas. Como segundo passo, agendaremos visitas domiciliares a estes usuários e realizaremos os cadastros na própria residência do usuário.

Como em nossa UBS estão estabelecidas 3 (três) equipes de ESF, reuni individualmente com os médicos que compõe as outras duas equipes e fui informada que atualmente não existe nenhuma linha de cuidado para o portador de sofrimento psíquico. No momento é realizado apenas o primeiro atendimento com o médico da UBS e o paciente mais grave encaminhado ao hospital de especialidades para o psiquiatra sem vínculo por parte da equipe da atenção básica no acompanhamento clínico do paciente com sofrimento psíquico.

Usuários	Micro área	Idade	Mês de cadastro	Data do início do Medicamento	Data da interrupção do Medicamento	Data de Retorno ao Medicamento	Troca do medicamento	Benzodiazepínicos	Antipsicóticos	Anticonvulsivantes	Antidepressivos	Estabilizador de humor	Casos mais graves (sofrimento Psíquico)	Decorrentes de drogas ilícitas e ilícitas
E. M. B. G	02	40	Julho/18	28/05/18	27/06/18	04/07/18	Não				X			

Como caso, escolhi a usuária E. M. B. G, que procurou atendimento com queixa inicial de sinusite intermitente há mais ou menos 2 anos e dor nos membros inferiores há 6 meses e aparecimento de ecimoses intermitentes em diversas partes do corpo. Referiu ainda, cefaléia com choro constante (episódio que também ocorreu durante a consulta) e intensa irritabilidade com seus filhos (03 e 12 anos). A consulta foi realizada inicialmente com a presença do seu esposo que entrevistou positivamente algumas vezes demonstrando preocupação e carinho pela esposa. Informou em concordância com o marido, que os sintomas iniciaram a partir do nascimento de seu filho mais novo, atualmente com três anos. Há mais ou menos um ano foi atendida no CAPS III através de encaminhamento, sendo avaliada por dois psiquiatras que constataram que a mesma não era portadora de transtorno mental grave e que deveria ser atendida pela UBS de seu território. No decorrer da consulta foi solicitado ao esposo que esperasse um pouco fora do consultório e foi perguntado à paciente se ela já tinha sentido vontade de se matar, ela respondeu que sim, mas, que isso aconteceu logo no início dos sintomas. Foi perguntado ainda se ela chegou a

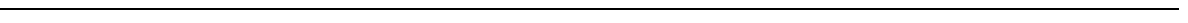
pensar como faria e a mesma respondeu que não. Foram realizados exames de rotina, incluindo exames hormonais, com resultados todos normais. Em seguida, foi prescrito um antidepressivo, encaminhada ao psicólogo da UBS e psiquiatra do Hospital de Especialidades. Foi agendado retorno com 15 dias com a observação que este retorno poderia ser mais breve em caso de necessidade. Após 36 dias, seu marido compareceu à ESF referindo que houve um problema familiar e sua esposa não estava bem e que o medicamento havia terminado. No mesmo momento foi orientado que retornasse à sua residência e comparecer com a paciente imediatamente à UBS, o que aconteceu no mesmo dia e mesmo turno de trabalho. Desta forma, a segunda consulta foi realizada em caráter de urgência. A paciente retornou acompanhada de seu marido em estado extremamente angustiado sem nenhum cuidado com a aparência referindo ainda que após uma semana do início do medicamento sentiu-se melhor, mais alegre e com vontade de cuidar de sua casa e de seus filhos, porém, quando seu filho de 12 anos teve que se submeter à uma apendicectomia de urgência, não percebeu que o medicamento havia terminado sendo suspenso por seis dias e não poderia comprá-lo sem nova receita. Após atendimento e explicações sobre o motivo pelo qual parou de fazer uso do medicamento foi prescrito novamente o antidepressivo. Quando indagada sobre o agendamento com o psicólogo e o psiquiatra, referiu que o psicólogo já estava agendado, porém, disse que achava melhor inicialmente não agendar com o psiquiatra, queria esperar mais um pouco para ver se realmente havia necessidade de acompanhamento com o mesmo. Foi observado neste momento uma certa hostilidade em relação ao profissional psiquiatra. Avaliei que seria melhor não contrariar a paciente e ficou acordado que retomariamos à conversa sobre esta demanda na próxima consulta. Ficou decidido entre as partes (médico e paciente) que a partir de então, ela viria à consulta, 1x por semana nos próximos 30 (trinta) dias ou com intervalo mais breve em caso de necessidade sem agendamento prévio e as consultas posteriores seriam realizadas em comum acordo entre médico e paciente. Na terceira consulta, após ter reiniciado o medicamento compareceu à consulta sozinha referindo-se bem disposta e que havia voltado a dormir normalmente há 72 horas. Estava animada, mas, sem exageros, referindo que iria fazer parte de um trabalho de evangelização com crianças da sua igreja e que seria realizado uma vez na semana, em sua própria residência o que, já estava sendo organizado pela própria e outros membros. Ainda, no final da semana o seu núcleo familiar iria se reunir com outra parte de sua família para lazer. Nesta terceira consulta houve referência da paciente que há 1 ano havia sido encaminhada ao CAPS III,

onde foi realizado o acolhimento inicial e em seguida foi atendida por médico psiquiatra, que após consultas e constatação que a mesma não era portadora de transtorno mental grave, foi orientada que procurasse a UBS para dar continuidade ao seu acompanhamento que é o que está acontecendo atualmente.

Em Macapá/AP o CAPS III e o CAPS-AD funcionam sob a coordenação do Estado, já o CAPS I e o Consultório na Rua (todos os programas, incluindo saúde mental), funcionam sob coordenação da Prefeitura. Em visita que realizei ao CAPS III, conversei com a coordenadora que referiu que o serviço não funciona realmente como deveria porque embora atenda pacientes com transtornos mentais graves, também atende pacientes com depressão, os quais, na realidade deveriam estar sendo atendidos na UBS. O horário de funcionamento é insuficiente apenas 12 horas (8:00 às 20:00hs), e ainda não estão habilitados perante o Ministério da Saúde (MS), foi informado está em fase de documentação. O serviço conta com 3.000 usuários cadastrados, existem oficinas diariamente específicas para cada tipo de transtorno mental, 2 leitos para os que necessitam fazer medicamentos, equipe multiprofissional composta por técnicos de enfermagem, Assistentes Sociais, Psicólogas e Psiquiatras (dois). Os pacientes que ficam 6 horas recebem duas refeições e 1 lanche. A demanda chega até o serviço através de encaminhamentos de outros serviços ou por demanda espontânea. É realizado o acolhimento e encaminhados para avaliação psiquiátrica para que haja a determinação se o usuário é realmente portador de transtorno mental grave.

Na visita ao CAPSI, fui recebida pelo psicólogo que atua no serviço, referindo ser a demanda de caráter espontâneo ou através de encaminhamentos da UBS ou da justiça, em se tratando de menor infrator. O menor faz um acolhimento com um membro da equipe multiprofissional rotativamente composta pelo psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador social, enfermeira, farmacêutico e o médico psiquiatra. São oferecidos lanches de acordo com a necessidade do tempo de permanência do usuário. O atendimento de usuários residentes de outro município é realizado em conjunto com o psicólogo da localidade através de referência e contra referência. Não há leitos e em caso de urgência o usuário é encaminhado ao Pronto Atendimento Infantil (PAI). Existem atualmente 4.541 usuários cadastrados com período de funcionamento de 8 horas por dia de segunda a sexta-feira. O NASF funciona rotativamente em relação às UBS de nosso município e na minha unidade ocorre toda quinta-feira. Nos intervalos são agendadas as demandas pelas ESF identificadas pelos membros da equipe e o usuário é encaminhado à sala de Educação em

Saúde da UBS para que seja feito seu agendamento. O atendimento é registrado em prontuário único do usuário.



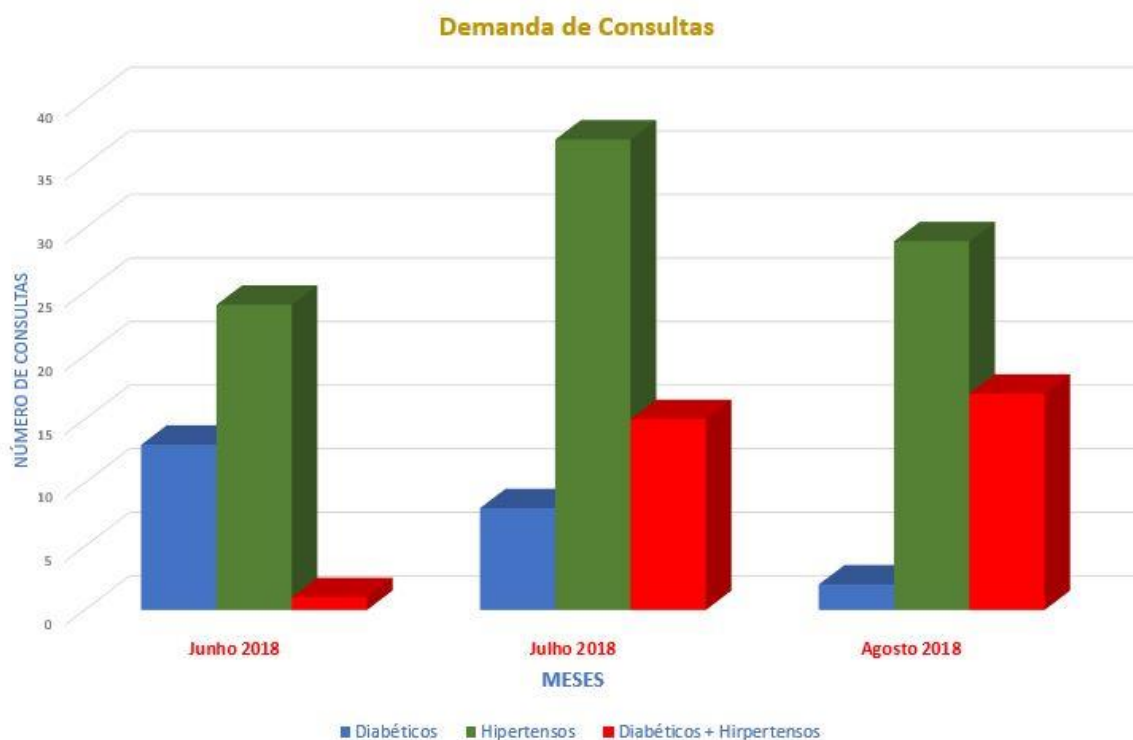
CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) corresponderam a 63% dos óbitos mundiais em 2008, sendo que 80% destes ocorreram em países de baixa e média renda. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das causas de morte; sendo 31,3% por causas cardiovasculares; 16% por Câncer; 5,2% por Diabetes Mellitus e 5,8% por doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

Essa situação no Brasil está relacionada à transição demográfica acelerada, ocasionada pela perda da fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida, levando ao envelhecimento populacional, assim como à transição epidemiológica resultante de queda da mortalidade por condições agudas (RAUPP et al, 2014).

Estratégias para mudança de estilos de vida na população em geral, visando redução da prevalência de fatores de risco para DCNT são discutidas e incentivadas em vários países. Diversas intervenções para reduzir o tabagismo, promover atividades físicas e consumo de alimentos saudáveis foram realizadas, mas, suas avaliações demonstraram resultados discretos (CAPILHEIRA E SANTOS, 2014).

Em nossa área, encontramos no último trimestre o seguinte quadro de acordo com a demanda por consulta médica de DCNT, explicitado conforme gráfico abaixo:



Em reunião realizada com a minha equipe no mês de junho de 2018 e após apresentação do gráfico referente ao mês citado, foi observado pouca demanda de consultas referente aos usuários portadores de dupla patologia (hipertensão e diabetes).

Decidimos realizar adoção de ações mais efetivas para promoção de saúde a fim de que houvesse busca ativa eficiente de nossos usuários portadores de DCNT no que diz respeito às maiores demandas do nosso território. Existe uma dificuldade, quanto a promoção de saúde no que diz respeito à DCNT, levando em conta que é uma área de grande vulnerabilidade social com uma grande parte das micro áreas compostas de pequenas pontes (áreas alagadas só acessíveis por passarelas de madeira ou pontes), que se apresentam em condições precárias de saneamento a maior parte do ano. Os idosos compõem grande parte dos usuários de DCNT e naturalmente possuem grande dificuldade de locomoção e muitas vezes não existe nenhum membro da família que os acompanhe até a UBS. Sendo assim, a partir do mês de julho/18, iniciamos a realização de ações uma vez por mês nas residências dos usuários já identificados com as patologias e com dificuldades de comparecimento de cada micro área. Na abordagem residencial é realizada roda de conversa a respeito das dificuldades encontradas por cada usuário para o acompanhamento de sua patologia. Além disso, realizamos consultas médicas àqueles usuários que estão ausentes em período superior a três meses no comparecimento as consultas agendadas na UBS. Na oportunidade também dispensamos medicamentos relacionados a estas patologias para que os usuários não permaneçam privados de controle até o seu próximo atendimento pela Estratégia Saúde de Família (ESF). Consideramos esta ação exitosa, porque observamos maior comparecimento dos usuários junto com acompanhantes, em se tratando de idosos, para atendimento à UBS.

O principal entrave para a equipe em responder ao questionário abaixo foi o fato de que não há registros singulares, com discriminação positiva, dentro do princípio da equidade. Os usuários DCNT do território estão devidamente cadastrados, inclusive em relação a cada micro área, porém não há o cadastro diferenciado dos que apresentam maior gravidade e até então, parte da equipe não entendia que, em relação à gravidade teria que haver formulário específico para tal.

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
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.				

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM		NÃO	
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X			
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	X			
Se SIM no item anterior, quais ações?				
QUESTÕES	SIM		NÃO	
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Oferta ações voltadas à atividade física			X	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X			
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Encaminha para serviço especializado	X			
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X			



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Acolhimento	Quando iniciei meus estudos e minha observação em relação ao acolhimento, percebi que este, era tudo que não acontecia em nossa UBS, apenas com raras exceções muito individuais daquelas pessoas que já percebiam desde sempre os benefícios de uma boa escuta, e isso acontecia não só na unidade como um todo, como também dentro da equipe da ESF, a qual estou inserida. Após várias observações, conversas com os membros de nossa equipe individuais e também em reuniões de equipe com explanação	Houve uma mudança na percepção da equipe, observadas na maioria dos membros, principalmente ACS e técnicos de enfermagem ao se dirigirem atualmente aos usuários. O que precisa melhorar é que como, ainda existem membros que não acreditam no acolhimento, insistem em realizá-lo rapidamente apenas para despachar, como dizem, o paciente para a consulta com o médico. Isso acontece no período da tarde, pois, de manhã, devido ao perfil das técnicas, estamos conseguindo realizar até atendimento com hora marcada,	Persistir com às capacitações, expandir para toda a UBS, mas, para isso precisamos encontrar uma sala de atividades coletivas mesmo que esta não seja dentro da unidade, mas, realmente existe a necessidade de ser dentro de nosso território.

	<p>de gráficos e troca de informações chegamos a conclusão que o mais importante seria nós capacitarmos inicialmente e fazermos isso como um plano piloto dentro da nossa própria equipe, porque também em nossa UBS não há sala para atividades coletivas e temos apenas 1(um) consultório pequeno, onde médico, enfermeira, ACS e Técnicos de Enfermagem dividem o espaço. As capacitações inicialmente, foram recebidas com restrições, mas, houve mudança com a entrega de pen-drives para cada membro contendo as informações discutidas nas reuniões para que pudessem ser revistos os conteúdos já expostos em reuniões prévias e trazer dúvidas que pudessem ser sanadas</p>	<p>onde o usuário chega a cada meia hora, é realizado o acolhimento pelas técnicas de enfermagens e encaminhado para consulta. Então, como a médica leva em média 30 (trinta) minutos em cada atendimento, o paciente que vai ser atendido às 11:00, não necessita chegar as 7:00hs. O usuário está satisfeito, porém alguns da equipe, ainda colocam dificuldades.</p>	
--	--	---	--

	<p>em reuniões de equipe ou individualmente. Incorporamos ainda nas capacitações iniciais o Acolhimento conjuntamente à Estratificação de risco</p>		
<p>Acolhimento à demanda espontânea e programada</p>	<p>A partir da necessidade de qualificar Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, em 2003, instou reorganizar o sistema pela implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Uma das estratégias foi o Acolhimento com acessibilidade organizados, que são de suma importância para atendimento em saúde eficaz, tanto para a demanda espontânea como para a demanda programada, porém exequível, se toda equipe estiver sensibilizada para o acolhimento como instrumento de organização. De observações das queixas dos pacientes o acolhimento com classificação de risco foi entusiasmante como experiência na ESF, observado em todos os tipos de demanda. A capacitação para acolhimento de</p>	<p>O que deu certo foi que, por iniciarmos imediatamente após a capacitação, a mudança de operacionalização em relação ao atendimento aos nossos usuários, e como a receptividade foi positiva, isso nós deu um ânimo maior para darmos continuidade ao processo. e a avaliação da equipe foi positiva considerando que a maioria dos servidores que compõe a equipe estão de acordo.</p>	<p>Precisamos melhorar, fazendo protocolos escritos para que todos possam consultar e assim fixar conhecimentos. Temos como dificuldade o fato de ainda não estarmos oferecendo um atendimento homogêneo nos 2(dois) expedientes, o que se deve aos diferentes perfis de servidores, porém já estamos trabalhando para que isso aconteça. Quanto às melhorias, temos que realizar capacitações continuadas para que o ânimo da equipe se mantenha através do conhecimento.</p>

	<p>demanda espontânea e programada com classificação de risco foi realizada a partir tabulação dos seis principais motivos de atendimento médico, cujo quantitativo correspondeu em um trimestre à 56% de todos os atendimentos médicos. O acolhimento com classificação de risco implantado em nossa equipe contribuiu para o atendimento de acordo com a necessidade do paciente. E um ponto muito discutido dentro da equipe foi o fato de que alguns acreditavam que, como os usuários estavam acostumados a serem atendidos por ordem de chegada, teríamos muitos problemas, o que não aconteceu, pois, a população se manifestou positivamente.</p>		
<p>Abordagem e oferta de métodos contraceptivos</p>	<p>Este capítulo foi de grande relevância para o nosso território, pois foi observado em nossa área a existência de famílias com grande número de filhos e que em consultas por motivos diversos, ficava claro a insatisfação e preocupação de nossas usuárias, com o que iria acarretar na família, a</p>	<p>O que deu certo para mim, é que atualmente, as usuárias durante as consultas, mesmo antes do médico indagar à respeito, elas estão se antecipando e não buscam apenas uma prescrição de contraceptivo oral ou laqueadura de</p>	<p>E Precisamos melhorar, fazendo uma educação continuada em nossos membros da equipe para consolidar conhecimentos, principalmente de nossos ACS. E assim, estes possam esclarecer nossos usuários de modo mais eficiente diretamente nas áreas; Temos como uma dificuldade constante a falta de sala para atividades coletivas para que possamos elaborar plano de ação para a educação</p>

	<p>vinda de mais um membro, sobre o ponto de vista social, ou seja, foi observado uma preocupação real com mais uma gravidez. Então ficou claro que necessitávamos mudar a nossa abordagem em consultas, para um esclarecimento mais direcionado à este tema. Até então, poucas usuárias em nosso território faziam uso de contraceptivos após terem realizado consulta médica ou de enfermagem para receberem os devidos esclarecimentos e fazer a decisão conjunta de qual seria o contraceptivo mais adequado à seu caso. Atualmente buscamos durante consultas por qualquer que seja o motivo, durante a anamnese, fazer perguntas a respeito de sua vontade de realizar a contracepção ou não, direcionando uma parte da consulta para fazer este esclarecimento. Fazemos ainda a apresentação dos métodos com os devidas abordagens, com solicitações de exames quando necessário para que no retorno da usuária, esta possa trazer suas dúvidas que por ventura não ficaram esclarecidas na consulta prévia e assim ser</p>	<p>trompas, estão cada vez mais interessadas em receberem orientações a respeito de cada método. A equipe está se manifestando trazendo até o médico dúvidas oriundas da comunidade.</p> <p>.</p>	<p>continuada.</p> <p>A proposta é viabilizar junto aos gestores Municipais local adequado dentro do nosso território para reuniões, treinamento e capacitações continuadas.</p>
--	--	---	--

	orientada e prescrito o método mais adequado para seu caso.		
Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento	<p>Temos como principal indicador das condições de saúde da criança seu crescimento e desenvolvimento. Observamos a puericultura como segundo motivo de atendimento médico em nossa área. Resolvemos que seria realizada a partir de então na faixa etária de 0-2 anos, conforme calendário do Ministério da Saúde, para que pudéssemos dar mais ênfase às outras faixas etárias. Criamos um formulário para facilitar a comunicação entre o profissional que atende em consultas (médico e enfermeiro) e o ACS (profissional que deve estar diariamente na área de intervenção). Neste formulário são registrados inicialmente o mês que houvesse uma não conformidade relacionada à vacinação e consultas de crescimento e desenvolvimento. Em seguida o profissional que realizou a consulta faria contato com os responsáveis ou familiares em questão realizando a busca ativa desta criança. No</p>	<p>A ação de êxito imediato foi a melhoria da comunicação referente à atualização da vacinação, pois houve crescimento no comparecimento dos pais conduzindo seus filhos à vacinação. Houve ainda abrangência na faixa etária relacionada ao crescimento e desenvolvimento e a nossa equipe está em constante comunicação com os profissionais que atuam mais dentro da UBS.</p>	<p>Como principal dificuldade foi o tempo escasso para a quantidade de programas a serem verificados e implementados relativos à saúde da criança. Além do fato dos profissionais da equipe estarem realizando outras atividades como a saúde na escola com atividades contínuas, que são também de extrema relevância. Quanto às ações que não puderam ser executadas temos que continuar à propor e instar a equipe a realizar atividades contínuas com intervenções, principalmente quando julgarmos necessário para haja continuidade eficiente de nossos processos.</p>

	<p>decorrer da primeira reunião relacionada à este capítulo observamos desorganização no processo de registro de informação, explicitamente no momento de responder ao questionário. Alguns servidores se sentiram perdidos na hora de comprovar as informações.</p>		
<p>Atenção à saúde mental na atenção primária saúde</p>	<p>A Saúde Mental significa um grande desafio para a Atenção Básica. Do diálogo com profissionais das outras equipes da nossa UBS, foi possível detectar que a grande maioria dos usuários com necessidade de assistência de Saúde Mental residentes em nosso território não são atendidos na UBS, procurando diretamente outros serviços como os CAPES muitas vezes sem haver real necessidade. Ao visitar alguns CAPES em nosso município fui</p>	<p>O que deu certo foi que o repasse da capacitação proporcionou à equipe conhecimentos que não haviam recebido antes e considero um primeiro passo para pensarmos em organizar uma linha de cuidados. Precisamos melhorar muito em relação à atenção à saúde mental, a iniciar pela conscientização da equipe em relação das necessidades destes pacientes. A equipe, apesar</p>	<p>A dificuldade maior é a falta de conhecimento na equipe. Como proposta pretendemos realizar continuamente de capacitações até que o assunto seja esgotado e a equipe não aborde o usuário com temor, e incorpore no seu cotidiano que o paciente de Saúde Mental tem direito ao atendimento como qualquer outro.</p>

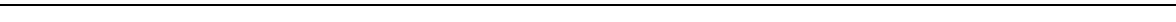
	<p>informada que vários pacientes que já haviam realizado triagens com psiquiatra destes serviços chegaram a ser liberados, porém acabaram retornando porque não há linha de cuidado para estes pacientes nas UBS do município. Quando provoqueei reunião com a equipe para solicitar levantamento de usuários, tudo pareceu um grande óbice porque todos colocaram dificuldades referindo que os pacientes já</p> <p>estavam sendo atendidos nos CAPES ou Hospital de Especialidades por Psiquiatras. A partir de então estou solicitando empenho nos cadastros, porém poucos o fizeram. Informe também à equipe que mesmo que os pacientes</p>	<p>de estar acolhendo com mais empatia o paciente, ainda demonstra um certo descontentamento.</p>	
--	--	---	--

	sejam atendidos em outros serviços, se faz necessário resgatá-los para que sua parte clínica seja acompanhada.		
DCNT Atenção Primária Saúde	<p>A Hipertensão e o Diabete tipo II são as principais patologias acompanhadas em nosso território dentro das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com demanda significativa.</p> <p>Considerando que a maior parte destes pacientes são idosos e apresentam outras comorbidades. A atenção da nossa equipe para esta demanda é bastante satisfatória, com a implantação do acolhimento com estratificação de risco esta demanda foi favorecida. Porém, em relação a outros atendimentos que muitas vezes estes</p>	<p>Esta demanda a partir das duas primeiras micro intervenções e da micro intervenção específica, passou a ser atendida mais adequadamente.</p> <p>No momento cremos ter melhorado a comunicação com o NASF, pois a partir de então, o técnico da equipe após ser contatado pelo médico sobre a necessidade, tem autorização para fazer ele mesmo o agendamento.</p> <p>Neste caso, especificando o</p>	<p>De fato há dificuldade para nos reunirmos mais de 1 vez por mês em função das inúmeras atividades que são desempenhadas pela equipe em nosso cotidiano. Acordamos que estas reuniões tem que constar no cronograma mensal, e resolvemos também que acionaríamos o serviço social para contatar as famílias dos idosos frágeis que comparecem sem acompanhante.</p>

	<p>pacientes necessitam lidamos com dificuldades para assisti-los. Destaco como exemplo a demora em consultas com a equipe do NASF, visto que, estão apenas uma vez por semana em nossa UBS para atender todas as ESF da UBS, assim como a demanda oriunda de outros profissionais da UBS. O comparecimento de idosos frágeis sem acompanhantes também se faz um grande problema. Todos estes pacientes estão devidamente cadastrados, mas ainda não há registros dos que apresentam maior gravidade e que necessitam ser avaliados dentro do princípio da discriminação positiva.</p>	<p>caráter da urgência para que o usuário possa ser atendido com mais agilidade. Precisamos melhorar nosso sistema de registro de informação e produzir formulário capaz de especificar a gravidade do paciente. O que pudemos desenvolver após a micro intervenção foi identificar o paciente através das caracterizações realizadas no formulário de cadastro do paciente previamente existente. Parte da equipe está confiante que a organização</p>	
--	--	---	--



		facilitará processo.	o	
--	--	-------------------------	---	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob todo o contexto de elaboração deste trabalho ficou visível que as micro intervenções, Acolhimento e Acolhimento de Demanda Espontânea e Programada, associado à estratificação de risco deram suporte a todas as outras micro intervenções. O que era apenas uma triagem com verificação dos sinais vitais dentro do serviço, evoluiu para um acolhimento com escuta qualificada. Foi gerado grande benefício para o trabalho, mesmo que o acolhimento ainda não esteja implementado no turno da tarde. Registramos ainda como óbice a área muito pequena para atendimento e não termos sala individualizada para outras atividades da equipe.

Houve uma micro intervenção com grande dificuldade de execução, Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária, quer pelo preconceito quer pelo modo incipiente que é realizada na UBS, quase a totalidade dos usuários portadores de saúde Mental não estão sendo atendidos, ou o fazem nos CAPES e ou Hospital de Especialidades.

Sistematizar as conclusões de todas as micro intervenções realizadas ao longo do curso, pontuando as reflexões sobre as experiências vividas, apresentando sugestões, vislumbrando perspectivas e desafios necessita de um período de tempo maior.

Consolidar conclusões em período de tempo demasiadamente curto entre cada micro intervenção, observadas as demais atividades da equipe foi uma experiência intensa. Porém é visível a diferença entre o comportamento profissional e a autoestima individual dos membros da equipe no início do ano (2018) e consciência que existe hoje, após a realização deste trabalho.

A equipe está mais coesa e demonstra mais desenvoltura na exposição de suas ideias perante o grupo e a comunidade. Perceptivelmente houve incremento à desenvoltura do trabalho individual, a partir do repartimento do saber. No qual cada profissional da equipe tem ciência de seu trabalho e sua importância para a comunidade.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, Bruno Fernandes. **Acolhimento com Classificação de risco: Uma Reorganização do Processo de Trabalho.** Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Maceió/AL, 2013. Disponível em : <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6145>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de risco em Obstetrícia** / Ministério da Saúde Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://vsms.saude.gov.br/.../manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017>

CATARINO, Lidiane da Conceição. **A Importância do Acolhimento na Atenção Básica.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Governador José Valadares. Minas Gerais, 2013. Disponível em : <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4141>>

BARROSO, Álvaro de Pinho. **O Acolhimento como Estratégia de Organização do processo de Trabalho em Estratégia Saúde da Família.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Governador José Valadares. Minas Gerais, 2012. Disponível em : <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4656>>

COSTA, A. ROSADO, L. FLORÊNCIO, A. XAVIER, E. História do Planejamento Familiar e sua Relação com os Métodos Contraceptivos. Artigo Original de tema livre. **Revista Baiana de Saúde Pública.** dv.37, n.1, p.74 – 86, Jan./Marc. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>>

DUARTE, H. H. S.; BASTOS, G. A. N.; DEL DUCA, G. F.; CORLETA, H. V. E. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da comunidade Restinga e Extremo Sul. Artigo Original. **Revista Paulista de Pediatria**, 2011. 29 (4): 572 – 6. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038939016>>

CHAVES, C. M. P.; LIMA, L. B. A.; CUSTÓDIO, I. L.; MATIAS, E. O. Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento de Crianças Institucionalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.66, n.5, set-out, 2013, pp. 666 – 674. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028883005>>

POÇO, J. L. C.; AMARAL, A. M. M.; A Inserção da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em um Sistema de Referência e Contra – referência – O caso da UBS Padre Roberto Spawen - **Revista APS**, v.8, n.1, p.25-37, jan./jun. Juiz de Fora/MG, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/InsercaoSmental.pdf>>

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A.; Saúde Mental na Atenção Básica: Prática da Equipe de Saúde da Família. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. 2011, vol.45, n.6, pp.1501 – 1506. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>>

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B.; Saúde Mental na atenção Básica: Possibilidades para uma prática Voltada para a Ampliação e Integralidade da Saúde Mental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>>

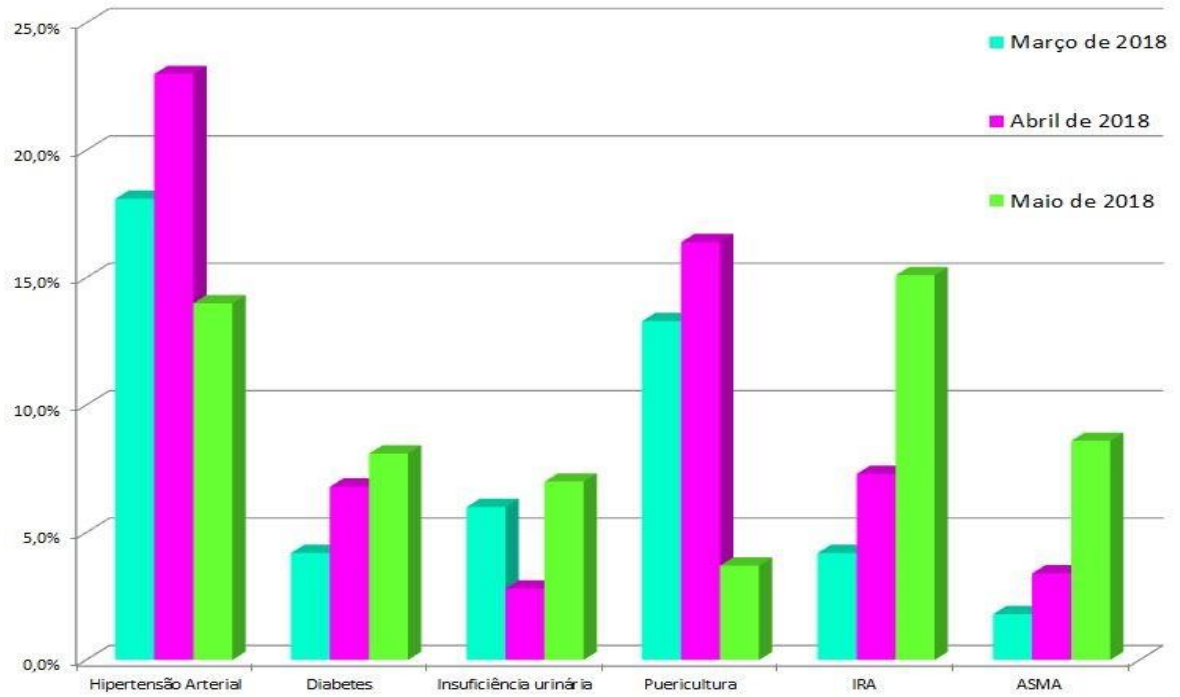
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. Ed.; 1. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 56p. :il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume I). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cad28>>

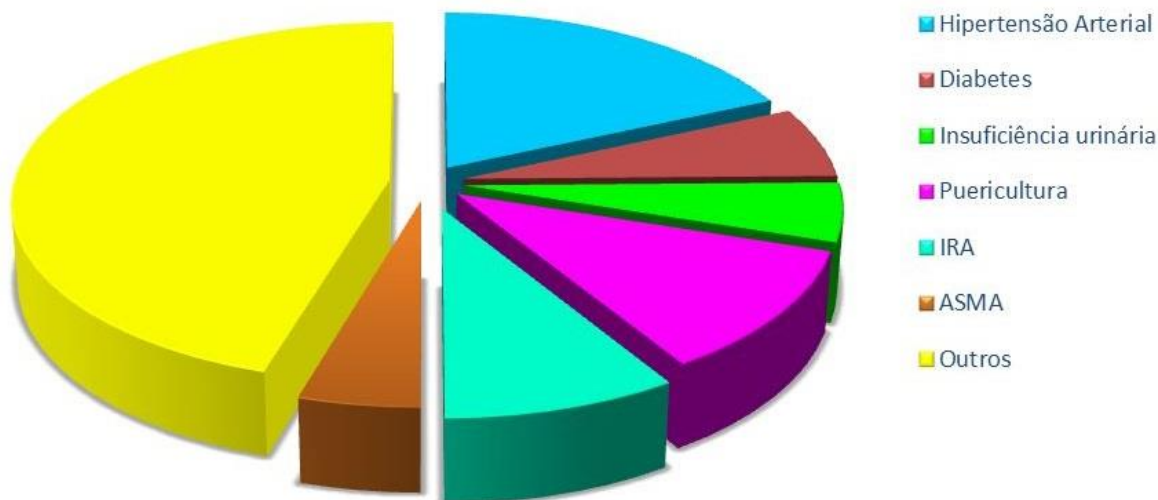
RAUPP, L. M.; DHEIN, G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; SALDANHA, O. M. F. L.; SANTOS, M. V.; KOETZ, L. C. C.; ALMEROM, G. P. O. Doenças Crônicas e Trajetórias Assistenciais: avaliações do sistema de saúde de pequenos municípios. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 (2): 615 – 634, 2011.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 (6): 1143 – 1153, Jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/11.pdf>>

APÊNDICES

Descrição do padrão Todos os membros da equipe deverão realizar o acolhimento, seja dentro da UBS, seja em cada micro área						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão Insatisfação e reclamação do usuário						
Objetivo / meta Satisfação do usuário						
Estratégias para alcançar os objetivos / metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Treinamento na equipe	Reunião para atividades com vídeos e exposição de ideias	Sala para atividades computador e pen-drives	Equipe treinada	Médico, enfermeira	90 dias	Caixas disponibilizadas em locais estratégicos onde o usuário possa expor sua satisfação ou não.





	<p>Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe. Cefaléia intensa com PAS > 140 e PAD > 100mmhg; Lombalgia dificultando a deambulação; Dificuldade de respirar com ou sem dor no peito; Glicemia acima de 300mg/dl com ou sem tonturas; Glicemia baixa; Febre > 38C.</p>
--	---

Conduta imediata com o médico

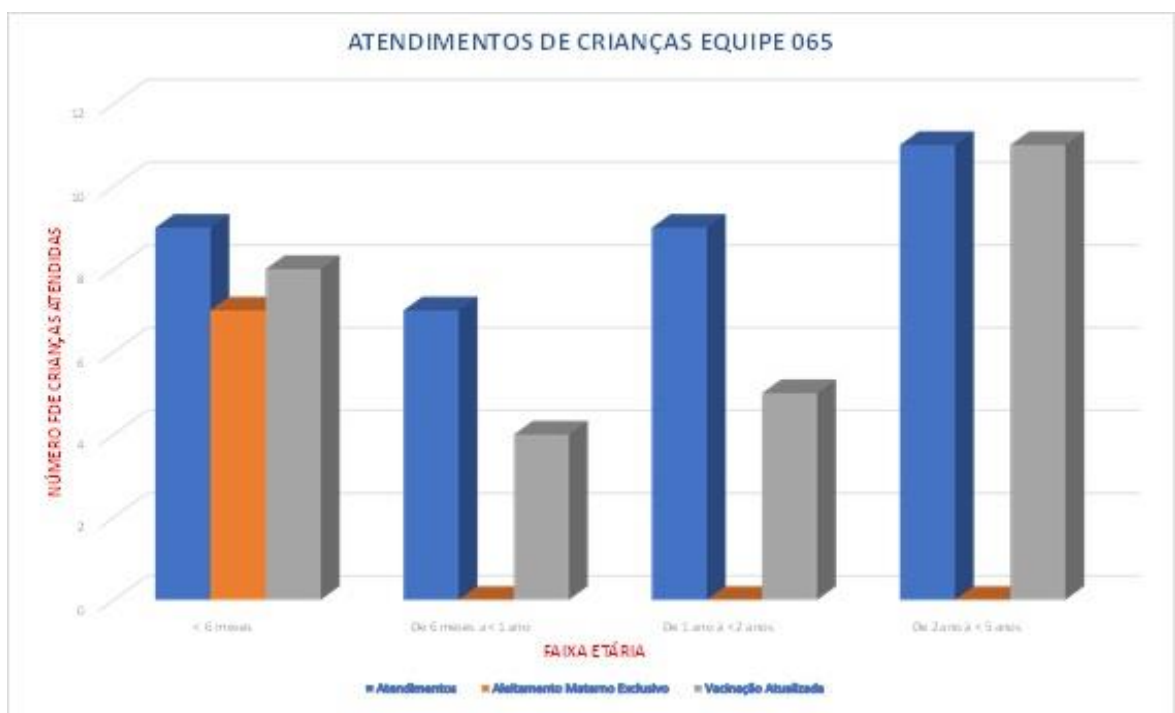
	<p>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco): Tosse sem dificuldade de respirar; Dor lombar sem dificultar a deambulação; Cefaléia com PAS < 140 e PAD < 100mmhg ou PA 140x100mmhg; Dor intensa no baixo ventre; Dor no ouvido; Dor de garganta; Febre < 38C.</p>
--	---

Conduta: Atendimento médico ou de enfermagem

	<p>Atendimento de situação não aguda (orientação sobre o motivo pelo qual algumas pessoas embora tenham chegado mais tarde vai ser atendidas na frente). Retorno para avaliação de exames; Febre baixa; Dor leve em qualquer parte do corpo; Puericultura.</p>
--	--

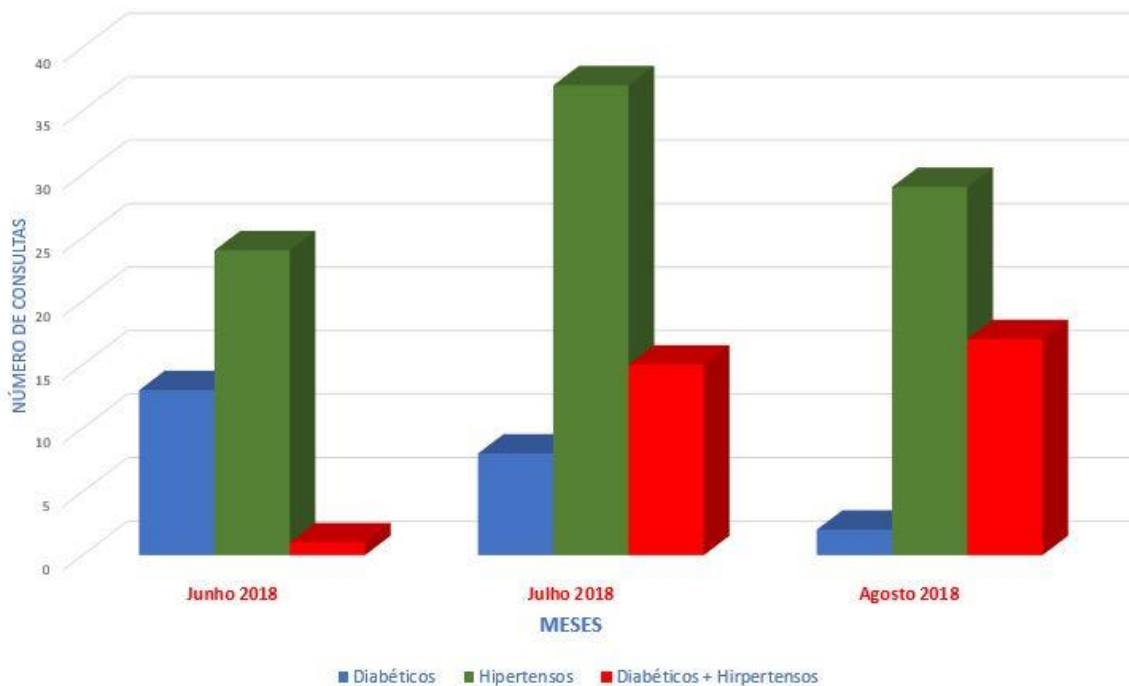
Conduta: Atendimento médico ou de enfermagem.

CONSULTA	MICRO ÁREA	1º ANO							2º ANO		3º ANO	4º ANO	5º ANO
NOME DA CRIANÇA		1ª semana	1º mês	2º mês	4º mês	6º mês	9º mês	12º mês	18º mês	24º mês	Mês aniversário	Mês aniversário	Mês aniversário
TOTAL													



Usuários	Micro área	Idade	Mês de cadastro	Data do início do Medicamento	Data da interrupção do Medicamento	Data de Retorno ao Medicamento	Troca do medicamento	Benzodiazepínicos	Antipsicóticos	Anticonvulsivantes	Antidepressivos	Estabilizador de humor	Casos mais graves (sofrimento Psíquico)	Decorrentes de drogas ilícitas e lícitas
E. M. B. G	02	40	Julho/18	28/05/18	27/06/18	04/07/18	Não				X			

Demanda de Consultas



ANEXOS

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

Questionário para micro intervenção

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?	01		01	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X		X	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X		X	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?		X		X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
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.				

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM		NÃO	
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X			
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	X			
Se SIM no item anterior, quais ações?				
QUESTÕES	SIM		NÃO	
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Oferta ações voltadas à atividade física			X	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X			
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Encaminha para serviço especializado	X			
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X			