

**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**

**MICROINTERVENÇÕES EM ATENÇÃO BÁSICA**  
**NA UBS VALE DOURADO, NATAL, RN**

**BETANIA ALBUQUERQUE PIRES ROCHA NEUMAN**

---

**NATAL/RN**

**2018**

**MICROINTERVENÇÕES EM ATENÇÃO BÁSICA  
NA UBS VALE DOURADO, NATAL, RN**

BETANIA ALBUQUERQUE PIRES ROCHA NEUMAN

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: Isaac Alencar Pinto

---

NATAL/RN

2018

Dedico este trabalho a todos os meus pacientes.

Agradeço a Deus por mais esse degrau alcançado.

**RESUMO**

O objetivo deste trabalho é relatar o resultado de vários meses de experiências construídas a partir de microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde de Vale Dourado, em Natal, RN. Foram realizadas seis microintervenções em diferentes áreas da atenção básica à saúde, que tiveram como objetivo ampliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde aos usuários, promovendo a educação em saúde e prevenção de doenças. As microintervenções partiram de observações feitas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família das necessidades de saúde de nossa população de cerca de três mil habitantes. Foram realizadas atividades educativas, de promoção à saúde e de aperfeiçoamento profissional em atenção básica à saúde nas áreas de acessibilidade, acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, saúde da criança, saúde mental, e doenças crônicas (hipertensão e diabetes). Com a continuidade dessas microintervenções, buscamos trazer melhoria ao fluxo de trabalho, assim como ampliar a assistência humanizada e de qualidade para nossos usuários.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Saúde da Família; Educação em Saúde

**SUMÁRIO**

APRESENTAÇÃO .....	07
CAPÍTULO 1 AMPLIANDO A ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	09
CAPÍTULO 2 ACOLHIMENTO COM DIGNIDADE E HUMANIZAÇÃO.....	15
CAPÍTULO 3 EDUCANDO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	19
CAPÍTULO 4 ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL .....	23
CAPÍTULO 5 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO COLETIVO NA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE DA CRIANÇA .....	27
CAPÍTULO 6 PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA .....	31
CAPÍTULO 7 MATRIZ DE INTERVENÇÃO .....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	43
REFERÊNCIAS .....	45

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é o resultado de vários meses de experiências construídas a partir de microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde de Vale Dourado, em Natal, RN. Foram realizadas seis microintervenções em diferentes áreas da atenção básica à saúde, que tiveram como objetivo ampliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde aos usuários, promovendo a educação em saúde e prevenção de doenças.

O estudo foi realizado na área 112 da Unidade Básica de Saúde do Vale Dourado, Distrito Norte II, em Natal, RN. As microintervenções partiram da minha observação enquanto médica da equipe de Estratégia de Saúde da Família para uma população de cerca de três mil habitantes e suas necessidades de saúde. Sendo natural de Natal-RN e médica formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, tenho um interesse particular na melhoria das condições de saúde e educação para a saúde da população da minha cidade.

As microintervenções tiveram como objetivo a melhoria da vida da população sob os cuidados da nossa equipe. Minha maior motivação é que essas experiências sirvam de inspiração para que nossos pacientes tenham uma melhor qualidade de vida e saúde.

As páginas a seguir contêm os relatos dessas microintervenções e o impacto que causaram tanto na equipe de saúde quanto na população alvo das atividades realizadas, assim como as perspectivas que adquirimos durante esse período e as aspirações que temos para o futuro da atenção básica à saúde da população de nosso território.

---

NATAL/RN

2018



## **CAPÍTULO I: AMPLIANDO A ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Um dos fundamentos da Atenção Básica é possibilitar acesso universal dos usuários a serviços de saúde, com qualidade e resolutividade. Para que isso aconteça, devem existir mecanismos que assegurem o acolhimento desses usuários aos serviços oferecidos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim, quando o usuário procura a UBS, ele é recebido e ouvido, obtendo sempre uma resposta em relação ao seu problema de saúde, seja essa resposta em forma de atendimento do dia, orientação quanto a procurar serviço de urgência, um agendamento para consulta programada, ou outra resposta adequada ao caso individual do usuário.

A fim de garantir a qualidade dos serviços de atenção básica, o Ministério da Saúde apresenta a ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). O indicador 4.6 do AMAQ estabelece que "A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários." De acordo com a escala proposta pelo AMAQ de 0 a 10, 0 (zero) indicando o não cumprimento ao padrão, e 10 a total adequação, a equipe atribuiu ao indicador 4.6 a pontuação de 6, tendo em vista que a organização das agendas estava funcionando, porém havia bastante espaço para melhorias.

Durante as reuniões semanais de equipe foi decidido que o indicador 4.6 precisaria ser melhorado a fim de melhorar o acesso dos usuários aos serviços da UBS. Foram discutidas algumas dificuldades relacionadas a acessibilidade e acolhimento do usuário em nossa UBS, e a equipe identificou que um dos problemas principais de acessibilidade era causado pelo modo de marcação de consultas. As consultas agendadas eram marcadas apenas uma vez por semana e se iniciavam logo no início do expediente matutino. Considerando-se que a agenda dos profissionais, especialmente a agenda do médico, é um instrumento de acesso dos usuários aos serviços de saúde, e que deve haver um mecanismo que priorize a atenção levando-se em consideração as necessidades de saúde da população, nossa equipe escolheu como prioritário o problema do agendamento.

No dia do agendamento eram distribuídas uma quantidade limitada de fichas, dependendo da disponibilidade do médico para a semana seguinte às marcações. Pela falta

de um profissional dedicado ao agendamento de pacientes, a marcação era feita pelos Agentes Comunitários de Saúde, os quais muitas vezes não tinham o conhecimento necessário para fazer uma triagem adequada dos pacientes e determinar quem tinha prioridade para marcar consultas mais próximas ao dia da marcação, e quem podia esperar para o final da semana. Dessa forma, os pacientes geralmente tinham que passar a noite em frente à unidade na esperança de pegar uma das fichas no dia seguinte. Isso gerava problemas de segurança para os pacientes, que sofreram muitas vezes assaltos à mão armada, tentativas de assalto e outros crimes.

Além de causar insegurança, esse sistema de marcações também gerava um esquema de venda de fichas por indivíduos que ficavam na fila para pegar uma das tão disputadas fichas, e depois as vendiam a outros usuários. Os pacientes também sofriam com a exposição aos elementos e muitas vezes ficavam acordados sem comer nada a noite toda, o que contribuía ainda mais para agravar seus problemas de saúde já existentes.

Na tentativa de buscar uma maneira de solucionar esse problema, nossa equipe discutiu várias estratégias que poderiam ser utilizadas para melhoria da qualidade do acesso dos usuários aos serviços oferecidos na Unidade de Saúde, assegurando dignidade e segurança aos usuários. A maneira escolhida para solucionar o problema da acessibilidade foi a mudança no horário e no modo de fazer o agendamento, que passou a ser feito diariamente no final do horário de atendimento da manhã.

O usuário que necessite agendar uma consulta pode ir à unidade em qualquer dia da semana no final do expediente matutino, e ele será ouvido e sua consulta será agendada pela médica, enfermeira ou técnica de enfermagem. Assim também melhoramos a escuta do paciente, dando maior resolutividade aos problemas do que quando eram os agentes comunitários de saúde quem agendavam as consultas.

Durante o processo de implantação do novo sistema de agendamento, observamos algumas dificuldades. A primeira dificuldade observada foi na divulgação da mudança. Como o antigo sistema já estava em uso há muitos anos, todos os usuários da nossa área já conheciam aquele sistema e não tomaram conhecimento das mudanças até que chegaram para marcar suas consultas no dia conforme o sistema anterior.

Esses pacientes foram ouvidos, suas consultas foram agendadas e eles foram devidamente informados das mudanças e solicitados que divulgassem a notícia aos seus vizinhos e conhecidos. Isso tem causado uma visão positiva da UBS e dos profissionais

perante a comunidade. Muitos pacientes vieram pessoalmente agradecer pela mudança feita no agendamento, expressando o quanto essa mudança tem melhorado a qualidade de acesso e a maneira como o usuário se sente em relação à UBS e aos membros da equipe.

Outra dificuldade encontrada durante o processo de implantação do novo sistema de agendamento foi o apego que alguns membros da equipe tinham ao sistema anterior e a resistência que eles tiveram às mudanças: como eles já estavam acostumados com aquele modo de funcionamento durante muitos anos, houve um período de adaptação da própria equipe ao novo sistema. Essa dificuldade foi superada com o passar do tempo, pois houve a constatação dos benefícios que o novo método oferece, como por exemplo, a melhor comodidade para o usuário de ter sua consulta marcada em qualquer dia da semana, e não apenas uma vez por semana, o que assegura uma maior acessibilidade e aumenta o vínculo entre a equipe e os usuários.

Com a implantação dessas mudanças, nossa equipe tem aprendido a trabalhar em conjunto, tendo em comum o propósito de melhorar a qualidade do acesso dos usuários, proporcionando um ambiente de trabalho que reconhece a dignidade das pessoas e se preocupa com o bem estar de cada usuário. Tivemos que deixar de lado as nossas preferências pessoais e a comodidade com o processo de agendamento que conhecíamos, para juntos alcançarmos o objetivo comum de melhorar o acesso do usuário à nossa UBS.

Durante todo esse processo eu particularmente tenho aprendido bastante a respeito da população à qual eu estou servindo como médica. Um dos benefícios desse novo sistema é que eu passo a conhecer muitos de meus pacientes durante a própria marcação da consulta. Assim, eu tenho um primeiro contato e fico conhecendo já um pouco de cada paciente que virá para ser atendido por mim em um outro momento.

Em muitos casos, eu tenho tido a oportunidade de fazer alguns atendimentos que não podem esperar para o dia agendado, ou em outros casos, tenho a chance de direcionar o paciente a procurar um serviço de atendimento médico de urgência quando necessário. Estar envolvida diretamente com o processo de agendamento também tem me dado oportunidades para orientar os pacientes quanto ao que vai acontecer durante a consulta e quais serão os itens que o paciente deve trazer consigo, como por exemplo, resultados de exames e lista de medicamentos usados. Isso tem melhorado bastante a qualidade e eficácia das consultas, pois muitas vezes os pacientes não sabiam quais medicamentos eles mesmos usavam, ou se esqueciam de trazer os resultados de exames para avaliação.

Essa intervenção para melhoria da acessibilidade do usuário aos serviços da Unidade de Saúde apresenta ainda outras potencialidades a serem exploradas. Desejamos futuramente ampliar ainda mais o acesso, garantindo que a marcação de consultas seja feita a qualquer momento, respeitando o horário de funcionamento da unidade. Assim, os usuários irão desfrutar de mais opções de horários para marcação e conseqüentemente uma maior acessibilidade e satisfação com o serviço obtido na UBS.

Com a continuidade dessa intervenção, esperamos que o usuário tenha uma melhor acessibilidade aos serviços oferecidos na UBS. Almejamos também que o usuário possa se sentir bem acolhido e ouvido, melhorando assim a qualidade da assistência à saúde. Esperamos que os usuários encontrem um ambiente tranquilo, sem filas e sem tumultos quando vier agendar suas consultas. Acima de tudo, queremos que cada paciente seja tratado com respeito e que seu bem estar seja preservado, isento da humilhação de passar a noite ao relento para pegar uma ficha, exposto e vulnerável. Queremos um ambiente acolhedor e seguro para cada usuário e membro da equipe de saúde.

A seguir apresentamos a matriz de intervenção elaborada a partir da discussão dos desafios, buscando-se soluções para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos, nesse caso, a equipe de atenção básica composta de médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

**Descrição do Padrão:** A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos vários profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários. (Nesse trabalho descrevemos o processo para organização da agenda de atendimento do médico)

**Descrição da situação problema para o alcance do padrão:** Havia uma dificuldade no agendamento para atendimento médico, no qual os pacientes tinham acesso limitado para agendamento apenas uma vez por semana, sendo o número de agendamentos limitados a cerca de 20 agendamentos por semana.

**Objetivo/Meta:** Organizar a agenda do médico para que seja assegurada a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.

Estratégias para alcançar os objetivos/met as	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Modificar o horário de agendamento	Informar os usuários da modificação do horário	Equipe de ESF	Usuários informados das modificações quanto ao horário de agendamento	Toda a equipe	Não há um prazo determinado, essa será uma atividade contínua	Todos os Usuários são informados das modificações ao comparecerem à unidade e durante atendimento domiciliar ou visitas dos Agentes comunitários de saúde.
Agendamento feito pelo médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem	Alocação de tempo na agenda de cada profissional para fazer o agendamento	Agenda do profissional	Cada profissional terá um tempo dedicado para fazer o agendamento dos usuários	Médica, Enfermeira, Técnicas em enfermagem	Não há um prazo determinado, essa será uma atividade contínua	Horário marcado para agendamento de cerca de 10 pacientes por dia para consultas na agenda de cada profissional

---

NATAL/RN

2018

## **CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO COM DIGNIDADE E HUMANIZAÇÃO**

Acolher significa incluir. É um ato que produz uma aproximação entre o usuário e o profissional de saúde. Essa atitude de inclusão envolve relações interpessoais que devem demonstrar entendimento e empatia pela situação em que cada usuário se encontra. O acolhimento deve sempre levar em consideração as diferenças, as dificuldades, as dores e as dúvidas de cada pessoa como indivíduo único, que merece uma atenção caracterizada por dignidade e humanização.

O acolhimento, no contexto das práticas de atenção básica de saúde, é um encontro, um primeiro contato entre o usuário e o profissional de saúde. Esse encontro representa uma aproximação interpessoal que gera compromissos a partir dos interesses, das necessidades e dos direitos de cada pessoa.

Acolhimento com classificação de risco é uma forma de tentar garantir o acesso universal e com equidade aos serviços do SUS. Esse é um fator de extrema importância quando se busca garantir o acesso com integralidade à atenção básica, a fim de cumprir suas funções básicas de resolução da maioria dos problemas de saúde da população, organização dos fluxos dos usuários e responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde que eles estejam. Para isso, o acolhimento na UBS exige que sejam considerados os aspectos de vulnerabilidade social e psíquica, e não apenas os critérios clínicos presentes no caso de cada usuário.

Como uma forma de buscar a reorganização do processo de acolhimento na Unidade Básica de Saúde em que trabalho, escolhi como objetivo dessa microintervenção o aperfeiçoamento da equipe para continuar implantando o acolhimento com classificação de risco, de forma a reorientar o serviço e o fluxo de atendimento para dar uma melhor resolutividade e capacidade assistencial, procurando construir respostas positivas para as situações apresentadas por cada usuário que procura a nossa equipe.

A primeira atividade realizada pela equipe para a implantação dessa microintervenção consistiu em um estudo dos protocolos de classificação de risco e discussão sobre os critérios de forma permanente em reuniões de equipe, com o objetivo de que os critérios se tornassem claros para todos. Quanto mais entendermos como deve

ser o processo de acolhimento, maiores serão as chances de obtermos êxito em um processo de acolhimento adequado. Para tanto, procuramos entender os níveis de prioridade de atendimento ao usuário, que são identificados por cores conforme o protocolo Manchester, que foi inicialmente escrito para serviços de pronto-atendimento, procurando adequá-lo às necessidades do paciente que procura a UBS.

De acordo com o protocolo Manchester, paciente prioridade 1 (vermelho) deve ter acesso imediato a uma unidade de pronto-atendimento, necessitando ser referenciado imediatamente e removido de ambulância após o primeiro atendimento. O usuário prioridade 2 (laranja) seria aquele que necessita de atendimento muito urgente, devendo receber atendimento em no máximo 10 minutos e transportado em ambulância para uma UPA o mais rápido possível. Já o paciente prioridade 3 (amarelo) é aquele classificado como urgente. Esse paciente deve ser atendido como prioridade. O paciente prioridade 4 (verde) é categorizado como pouco urgente e deve ter seu atendimento priorizado para o mesmo dia. Finalmente, o paciente prioridade 5 (azul) é o paciente não urgente, ou seja, um caso eletivo. Casos eletivos podem ser agendados para uma outra oportunidade, conforme a disponibilidade da agenda do profissional.

O segundo passo dessa microintervenção consistiu em discutirmos como o acolhimento faz parte de uma organização mais ampla, que é a gestão da prática clínica, sendo importante para o funcionamento do sistema de saúde, articulado com outros pontos da rede de cuidados. Portanto, é importante que se faça um acolhimento adequado, em ambiente que proporcione conforto e privacidade durante esse encontro inicial. Um acolhimento adequado aumenta as chances do usuário obter o serviço que ele necessita de uma forma mais rápida e eficaz, enquanto um acolhimento inadequado pode causar atrasos ou aumentar agravos, contribuindo para uma pior qualidade de vida e de saúde do indivíduo e da comunidade.

Finalmente, um acolhimento eficaz precisa ocorrer de forma pactuada com os usuários. O terceiro passo consistiu, portanto, em utilizar as oportunidades que encontramos em nossos encontros com os usuários para informá-los a respeito de como deve funcionar o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada. Esse trabalho de educação da população tem o intuito de aumentar a potencialidade da microintervenção, esperando-se que, à medida em que os pacientes entendam o processo



de trabalho, eles passem a utilizar os serviços oferecidos com mais eficácia para a resolução de seus problemas de saúde, além de se transformarem em agentes de disseminação desse conhecimento em suas famílias e comunidades.

Durante a implantação da microintervenção, nossa equipe pode constatar a importância do papel da enfermagem na avaliação de risco. O enfermeiro é o responsável pelo primeiro contato clínico com o usuário. Ele é quem avalia e decide rapidamente a intervenção que deve ser dada a cada caso. O enfermeiro capacitado delega ações aos outros profissionais de forma acertada, sendo um importante determinante para o acolhimento adequado. O enfermeiro ainda administra a sala de espera, organizando o fluxo dos usuários dentro da unidade, além de iniciar ou auxiliar nos primeiros socorros, quando necessário. É o enfermeiro quem irá identificar vulnerabilidades individuais dos pacientes e orientar quanto ao fluxo segundo a necessidade de cada um.

Algumas dificuldades surgiram durante essa microintervenção. A maior delas foi a grande demanda espontânea gerada pela população que reside em área descoberta de Equipe de Saúde da Família, mas que vive em região adjacente à unidade de saúde. Essa população não tem acesso adequado a atendimentos programados e utiliza a demanda espontânea para tentar suprir essa necessidade. Essa realidade é um verdadeiro desafio à implantação do acolhimento, tendo em vista que a população descoberta é bem maior que a população coberta pelas equipes.

Um outro desafio presente refere-se à necessidade de se estabelecer uma ligação concreta entre usuário e o profissional, um vínculo indispensável à relação de confiança necessária para se atender aos princípios do SUS. Esse vínculo deve ser buscado durante todo o tempo, em todos os âmbitos do atendimento ao usuário, por todos os profissionais, que deverão ter uma postura adequada de escuta, assim como o conhecimento dos serviços em geral e de como eles se aplicam a cada situação individual.

A presente microintervenção trouxe melhoria ao processo de trabalho à medida em que tanto os profissionais quanto os usuários passaram a entender melhor como deveria funcionar o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada. Durante o período de implantação dessa microintervenção observou-se um aumento no nível de entendimento por parte dos profissionais a cerca do processo de acolhimento, e conseqüentemente uma melhor aceitação por parte dos usuários quando lhes era

explicado sobre sua classificação de risco e necessidade de um encaminhamento a uma UPA ou mesmo um retorno para uma consulta programada em outro momento conforme disponibilidade na agenda do profissional.

### **CAPÍTULO III: EDUCANDO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

A Organização das Nações Unidas define saúde reprodutiva como um completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não a mera ausência de doença ou enfermidade. Com o objetivo de promover a saúde sexual e reprodutiva dos usuários, a

nossa unidade básica de saúde promove ações educativas sobre a decisão de ter filhos ou não tanto para homens quanto para mulheres que procuram a unidade espontaneamente.

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde no planejamento reprodutivo envolve três tipos de atividades: aconselhamento, atividades clínicas e atividades educativas. Tendo em vista que toda visita ao serviço de saúde é uma oportunidade para a prática de ações educativas, essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada e constante.

Ao conversarmos com nossos pacientes, temos observado que muitos não conhecem os métodos anticoncepcionais existentes, ou não os tem utilizado consistentemente, o que tem resultado em um grande número de gestações não planejadas. Com o objetivo de melhor educar nossos usuários quanto a sua saúde reprodutiva, optamos por realizar uma microintervenção de caráter educativo. Partimos do princípio de que, quando uma pessoa tem a informação em saúde reprodutiva necessária, ela será capaz de tomar decisões mais adequadas para si mesmo e para sua família, e ainda se tornará disseminadora desse conhecimento, melhorando o nível de esclarecimento e saúde da população em geral.

Homens e mulheres têm o direito à informação e acesso a métodos seguros de planejamento familiar. Cada usuário deve ter o direito de escolher dentre os métodos aquele que seja mais apropriado ao seu caso, sempre tendo como prioridade que a mulher tenha condições de atravessar a gestação e o parto com segurança, com a melhor chance de ter um filho sadio.

Com o fim de assegurar o acesso à informação e o acesso aos diversos métodos anticoncepcionais, nossa unidade oferece os métodos contraceptivos básicos à população, como o preservativo masculino e os anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis. Durante as consultas são abordados adequadamente tanto a necessidade quanto a maneira correta de utilizá-los.

Os usuários são informados quanto a existência de métodos anticoncepcionais reversíveis e definitivos. Os métodos reversíveis são os comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais e os de emergência. Já os métodos definitivos são os cirúrgicos:

esterilização cirúrgica feminina e esterilização cirúrgica masculina. Os usuários que desejam um método de esterilização permanente são encaminhados aos serviços especializados para a realização da vasectomia ou laqueadura tubária.

Outras questões como a diversidade sexual, hábitos sexuais e prevenção de HIV/AIDS e outras ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) são discutidas conforme o caso de cada paciente. Nos casos de diagnóstico positivo para uma IST, o paciente é tratado ou encaminhado para outro serviço conforme a necessidade. A equipe faz a notificação dos casos de HIV e o paciente é encaminhado para o serviço de referência.

A saúde sexual dos pacientes é discutida durante as consultas médicas e de enfermagem. Não há grupos na nossa unidade básica especificamente para discussão de saúde sexual, porém esse tema é tratado nas consultas individuais.

Quanto ao pré-natal e puerpério, a equipe faz busca ativa de gestantes na comunidade, inclusive as adolescentes. É feito um levantamento constante das gestantes que moram na área de cobertura da equipe, tanto as que fazem pré-natal na UBS, quanto as que utilizam o serviço privado. Há também um grande número de gestantes que não moram em áreas cobertas pela ESF, mas que fazem o pré-natal na UBS. Na primeira consulta de pré-natal é realizado o preenchimento da caderneta da gestante, a notificação da gestação e a orientação inicial da gestante, assim como a solicitação de todos os exames complementares recomendados.

Nesse primeiro contato com a gestante também é realizado o diagnóstico e tratamento de ISTs, orientações nutricionais e quanto ao uso de medicamentos na gestação. Na primeira consulta também são feitas orientações de hábitos de vida saudáveis, como atividade física adequada e abstinência do tabaco, álcool e drogas. A gestante é orientada quanto à importância de retornar às consultas regulares. Nas consultas subsequentes, abordamos as dúvidas que elas apresentem e orientamos quanto à amamentação.

Com o objetivo de oferecer assistência pré-natal e puerperal, nossa equipe está organizada de forma que cada membro tenha a sua função e todos procurem trabalhar de forma integrada. Assim, os agentes comunitários de saúde fazem a busca ativa das

gestantes e puérperas residentes na área de cobertura da equipe; as técnicas de enfermagem realizam o preparo da paciente para as consultas, vacinações e aplicação de anticoncepcionais injetáveis nas pacientes que desejam anticoncepção; a enfermeira realiza consultas de pré-natal inicial e outras consultas subsequentes, sempre procurando intercalar com a consulta da médica. Assim tanto a médica quanto a enfermeira ficam conhecendo todas as gestantes e assim podem realizar um cuidado mais integrado.

Em relação ao atendimento pré-natal, temos encontrado algumas dificuldades, como o atraso na marcação de exames complementares, dificuldade em conseguir uma consulta em pré-natal de alto risco, e até mesmo o fato de termos um número maior de gestantes do que podemos agendar semanalmente.

Tendo em vista o número elevado de gestações não planejadas, e a fim de transformar essa realidade, nossa equipe decidiu implantar uma atividade de educação dos usuários quanto à saúde sexual e reprodutiva, com o foco no uso de anticoncepcionais a fim de evitar a ocorrência de gestações não planejadas. Para isso, iniciamos uma busca ativa por usuários em idade reprodutiva que procuraram nossa UBS para qualquer outro fim. O objetivo dessa intervenção foi o de informar os usuários sobre a existência de métodos contraceptivos e seu uso correto, a fim de reduzir o número de gestações não planejadas, assim como promover a educação em saúde sexual e reprodutiva em geral.

A intervenção consistiu em oferecer a todo paciente que procurasse a nossa UBS a oportunidade de obter orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, assim como a oportunidade de obter algum método anticoncepcional de sua escolha, tanto os métodos disponíveis na UBS quanto os que necessitavam de encaminhamento a um especialista.

Em geral, os pacientes foram receptivos à intervenção e aproveitaram a oportunidade para tirar dúvidas e fazer uma decisão quanto ao método que gostariam de usar. Alguns ficaram surpresos, pois não foram à consulta com esse objetivo e não estavam preparados para discutir o assunto.

Os usuários apresentaram várias dúvidas quanto à saúde sexual e reprodutiva, incluindo a necessidade de consultas em sexologia, anticoncepção durante a

amamentação, prevenção de DSTs, e os passos a serem seguidos para obtenção de esterilização cirúrgica, especialmente a laqueadura tubária.

Como resultado dessa microintervenção, pudemos observar que muitos usuários têm dúvidas quanto à saúde sexual e reprodutiva, mas deixam para discutir essas questões apenas quando a iniciativa é do profissional de saúde. Observamos também que muitos usuários não tem informações corretas em saúde reprodutiva e seriam beneficiados com a formação de grupos para discutir temas relacionados a essa área da saúde.

Durante a implantação dessa intervenção encontramos alguns desafios, como o fato de termos pouco tempo durante as consultas para fazermos um trabalho educativo mais detalhado. Essa dificuldade poderia ser enfrentada com a formação de grupos para educação em saúde sexual e reprodutiva, que se reuniriam periodicamente para atividades educativas e atendimentos clínicos relacionados a esse tópico, o que promoveria a saúde de forma mais consistente e duradoura.

A formação de um grupo de saúde reprodutiva seria, portanto, uma maneira de ampliar o alcance dessa microintervenção, promovendo o diálogo baseado em uma relação de confiança, visando proporcionar momentos para aconselhamento dos usuários, reflexão sobre as vulnerabilidades de cada um e trocas de experiências entre os usuários.

## **CAPÍTULO IV: ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL**

Com o objetivo de organizar o processo de trabalho a fim de melhorar a atenção dada aos usuários com problemas de saúde mental, a equipe 112 da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vale Dourado se reuniu para analisar os indicadores da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e identificar áreas relacionadas à organização de processo de trabalho na atenção a saúde mental que poderiam ser melhoradas. Para isso, elaboramos uma ficha para a coleta de dados referentes a esses usuários (que segue abaixo), incluindo número do cartão SUS, nome completo, idade, sexo, psicofármacos utilizados, sofrimento psíquico grave, uso de álcool, crack e outras drogas.

Atualmente, nossa unidade dispõe de um registro geral dos usuários que sofrem de doença mental e que participam do grupo de saúde mental, que se reúne mensalmente. Porém nossa equipe não possui um registro de todos os usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, ou ansiolíticos de um modo geral. Nossa equipe também não possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, ou de usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

O agendamento das consultas para as pessoas em sofrimento psíquico de nossa área de abrangência pode ser feito diretamente pelo paciente ou através do agente comunitário de saúde. Geralmente o tempo de espera para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade é curto, se o paciente for da área de abrangência de uma equipe de ESF, já que a unidade dá prioridade ao atendimento desses usuários.

Se o paciente for fora de área, o agendamento se dá por demanda espontânea, porém esse atendimento geralmente se resume a renovação de receitas de medicamentos de uso crônico, em geral benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor ou ansiolíticos.

Nossa equipe não conta com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) nem de matriciamento. Contamos com equipe de apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e CAPS AD (álcool e drogas), porém é difícil conseguir atendimento

nesses CAPS devido a grande demanda de pacientes com sofrimento mental que procuram esses serviços.

Para a presente microintervenção, escolhemos o caso de uma paciente do sexo feminino, de 43 anos de idade, que necessita de uma atenção integral em saúde mental para realizar a construção de sua linha de cuidado. A paciente mora sozinha desde que seu irmão mais velho a expulsou da casa de seus pais. Após a separação de seu marido há cerca de cinco anos, a paciente foi morar com seus pais, que são idosos. Desde então a paciente vinha dependente financeiramente de seus pais.

Após ter sofrido um assalto com lesão corporal grave há cerca de dois anos, a paciente começou a receber um auxílio doença e vinha conseguindo arcar com suas despesas e morar sozinha, já que havia sido mandada embora de casa pelo seu irmão. O mesmo é usuário e traficante de drogas e explora os pais idosos, retirando deles os recursos financeiros.

Esse irmão mais velho em uma ocasião tentou matar o irmão mais novo com uma facada no abdômen. O mais novo foi submetido a cirurgia de emergência e sobreviveu, porém desde esse incidente os relacionamentos intra-familiares têm se deteriorado bastante. O conjunto desses problemas têm afetado a saúde mental da nossa paciente.

Após o assalto, nossa paciente passou a sofrer de ataques de pânico e passou a ter medo de sair de casa. Procurou a unidade básica onde foi prescrito Fluoxetina e Clonazepam, e a mesma apresentou melhora do quadro. No entanto, há cerca de 2 meses a paciente perdeu sua única fonte de renda, que era o auxílio doença. Desesperada, ela foi para casa e pensou em se matar. A mesma relatou que estava na cozinha e pegou uma faca afiada e iria enfiar a faca em seu abdome quando sua irmã bateu à porta. No dia seguinte a paciente veio à UBS em busca de ajuda.

Nossa paciente apresenta graves problemas sociais, financeiros, familiares, físicos e mentais. Dentre as ações propostas para esse caso tivemos o acompanhamento em psicologia, psiquiatria, CAPS, além de visitas regulares do agente comunitário de saúde e da equipe de ESF. Outra ação proposta seria a participação nas reuniões de saúde mental que ocorrem mensalmente em nossa UBS.



A paciente foi referenciada aos serviços de psicologia e psiquiatria, porém como não contamos com o apoio do NASF, ela ainda não conseguiu realizar uma consulta. Encaminhamos também a paciente ao CAPS porém ainda não tinha conseguido uma vaga. Encontramos dificuldades quanto a referência desses pacientes para os serviços de psicologia e psiquiatria.

Logo após a perda do auxílio doença e a tentativa de suicídio, a paciente foi morar com familiares em uma área descoberta pela ESF. Porém continuamos a acompanhá-la. O agente comunitário de saúde da microárea em que ela morava continua em contato com essa paciente e sua família, pois mesmo ser ter a obrigação profissional, ele se vê como obrigação ajudar essa paciente e sua família, e conseqüentemente toda a comunidade.

A nossa equipe compartilha do mesmo sentimento e continuamos a prestar cuidados a nossa paciente. Esperamos que essa intervenção tenha continuidade e que nossa paciente receba os cuidados em saúde mental de que necessita. Esperamos ainda poder fazer mais microintervenções com outros pacientes que precisam de uma intervenção semelhante para a melhoria das condições de saúde e de vida da nossa comunidade do Vale Dourado.

#### PACIENTES EM USO DE PSICOTRÓPICOS

CNS	NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO E DOSAGEM	ACOMPANHAMENTO (NEUROLOGISTA/ PSQUIATRA/ PSICÓLOGO/ CAPS ETC.


## **CAPÍTULO V: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO COLETIVO NA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE DA CRIANÇA**

Os primeiros anos de vida da criança são de grande importância para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo. É um período que apresenta grandes promessas para o futuro, assim como apresenta potenciais ameaças para a saúde e o desenvolvimento global do indivíduo.

O CD (Crescimento e Desenvolvimento) é uma parte essencial do cuidado oferecido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), procurando orientar e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, do nascimento até os 9 anos de idade. O instrumento usado para acompanhamento da criança é a caderneta de saúde da criança, que apresenta duas versões, uma para menina e outra para menino.

A caderneta de saúde da criança apresenta informações referentes a tópicos de grande importância para a criança, tais como: identificação da criança; direitos da criança e dos pais; amamentação e alimentação saudável; vacinação; saúde bucal, ocular e auditiva; sinais de perigo de doenças graves; prevenção de acidentes e violências; e dados sobre a gravidez, parto e puerpério.

Ao aplicarmos o questionário para microintervenção em saúde da criança, observamos que nossa equipe não estava realizando ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses, nem ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses de vida.

Nossa equipe decidiu, então, realizar uma microintervenção em educação das mães para a amamentação e alimentação saudável de seus filhos durante a reunião de CD coletivo, que é realizada mensalmente pela nossa equipe. Na reunião desse mês abordamos os aspectos relacionados à alimentação até os dois anos de idade. Utilizando a caderneta de saúde da criança como ponto de partida, discutimos os *“Dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de 2 anos”*.

Os *“Dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de 2 anos”* conforme o Ministério da Saúde, são: PASSO 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento. PASSO 2 – Ao completar 6 meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2

anos de idade ou mais. PASSO 3 – Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno. PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família. PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida. PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados. PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação (Cadernos de Atenção Básica/Caderneta de Saúde da Criança).

Iniciamos falando a respeito da amamentação do bebê e de como tornar o aleitamento materno numa atividade tranquila e prazerosa. Falamos de como fazer a ordenha manual do leite, e de como prevenir e lidar com as dificuldades que podem surgir durante a amamentação, tais como rachaduras no mamilo e mamas empedradas. As mães puderam relatar suas experiências e compartilhar suas dificuldades e como solucionaram seus problemas na amamentação.

Uma das mães relatou que acreditava ter leite fraco, e por isso tinha começado a oferecer um suplemento para o seu bebê de 3 meses, pois o mesmo não se contentava com o leite materno, mesmo após mamar as duas mamas, e ficava sempre chorando de fome. Tivemos, então, a oportunidade de ressaltar que não existe leite fraco e que todo leite materno é forte e bom, mesmo que a cor do leite varie.

Ressaltamos que nem sempre que o bebê chora é porque está com fome. A criança pode chorar por outros motivos, como algum desconforto ou quando quer ser segurado no colo. Orientamos para que as mães que não deixassem que ideias falsas atrapalhassem a amamentação.

Finalmente, ressaltamos para as mães que o leite materno é um alimento completo, e que, até os 6 meses, o bebê não precisa de nenhum outro alimento (chá, suco, água ou outro leite). A partir dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos. Reforçamos que mesmo já comendo outros alimentos a partir dos seis meses, o ideal é que o bebê continue sendo amamentado até os dois anos de idade ou mais.

### Questionário para Microintervenção

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		X
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

**CAPÍTULO VI: PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA**

**QUESTIONÁRIO DA MICROINTERVENÇÃO**

QUESTÕES	Em relação às pessoas com <b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>		Em relação às pessoas com <b>DIABETES MELLITUS</b>	
	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?	0-15 dias		0-15 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	x			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	x			

A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				x
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	x		x	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	x			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	x			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		x		



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

A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	x		x	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		x		x

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

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

A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				x
<b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	<b>x</b>			
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), a equipe realiza alguma ação?	<b>x</b>			
Se SIM no item anterior, quais ações? - Consulta médica - Solicitação de Exames laboratoriais - Orientação nutricional - Encaminhamento ao especialista				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>x</b>			
Oferta ações voltadas à atividade física		<b>x</b>		
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	<b>x</b>			
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>x</b>			
Encaminha para serviço especializado	<b>x</b>			

Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		x
---	--	---

As doenças crônicas não transmissíveis vem progressivamente ocupando posição de maior destaque nas estatísticas de morbimortalidade. Essas doenças estão relacionadas a múltiplas causas, sendo caracterizadas por desenvolvimento insidioso e caráter crônico. Essas condições crônicas, como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, tem causado um impacto significativo na saúde pública no Brasil, tornando-se necessário o desenvolvimento de estratégias para o seu controle no nível da atenção básica à saúde.

Com o objetivo de fazer um diagnóstico precoce dessas condições crônicas buscando reduzir a incidência das complicações dessas doenças, a nossa equipe realiza uma busca ativa de usuários com hipertensão arterial, diabetes e obesidade, através da aferição da pressão arterial, da glicemia capilar e das medidas antropométricas de todos os pacientes que procuram atendimento na Unidade Básica de Saúde.

Usuários que são diagnosticados com pressão arterial, glicemia ou IMC (índice de massa corpórea) alterados são encaminhados para consulta médica no mesmo dia ou num período de no máximo duas semanas, conforme haja disponibilidade na agenda. Em geral, os pacientes recebem atendimento no mesmo dia e são remarcados para um retorno para reavaliação clínica e laboratorial.

Os usuários com doenças crônicas também são avaliados quando a fatores de riscos gerais, como depressão, dificuldades visuais, auditivas ou de locomoção, que interferem globalmente no autocuidado. Procuramos identificar fatores que afetam o bem-estar e a qualidade de vida do paciente, tais como problemas nutricionais, nível de atividade física, funcionalidade e independência, problemas relacionados ao ciclo sono-vigília e a saúde mental do paciente. São ainda levados em consideração a situação familiar, segurança ambiental e problemas associados ao cuidador, quando existente.

Aqueles pacientes que recebem o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes são convidados a participarem das reuniões mensais, chamadas de HiperDia, por serem voltadas a pessoas com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes. A reunião de HiperDia é mensal e tem como objetivo fortalecer a saúde dos pacientes através de atividades preventivas e educativas, a fim de que os pacientes obtenham um controle adequado de suas condições clínicas reduzindo o número e a gravidade das complicações.

Os usuários que participam dessas atividades em grupo desenvolvem uma maior autonomia, sendo mais bem equipados para cuidarem de sua própria saúde (autocuidado) e superarem suas dificuldades com maior êxito. O grupo também propicia um relacionamento de maior proximidade entre os profissionais e os usuários, melhorando a adesão ao tratamento.

As atividades do grupo de HiperDia são organizadas em três momentos. O primeiro momento vai da chegada dos usuários, aferição da pressão arterial e/ou glicemia capilar, preenchimento das cadernetas de saúde, se existentes. Logo após é apresentada aos usuários uma breve palestra sobre um tema relacionado às doenças crônicas, tais como hábitos de vida saudáveis, complicações agudas e crônicas, dentre outros. O terceiro momento consiste em um período de confraternização onde todos compartilham um lanche nutritivo e tem a oportunidade de interagir uns com os outros, propiciando um melhor relacionamento equipe-usuário e fortalecendo o laço terapêutico.

Conforme registrado no questionário acima, a nossa equipe ainda não possui um registro de usuários com hipertensão e/ou diabetes com maior risco de gravidade. Possui apenas um registro geral de todos os pacientes com as patologias citadas, porém sem identificar risco ou gravidade. Também não dispomos de registro de usuários encaminhados para outro ponto de atenção, como especialistas ou outros serviços especializados.

Como forma de melhorar a coordenação do cuidado desses usuários com multimorbidade, iniciamos o registro de pacientes hipertensos e/ou diabéticos que apresentam maior risco de gravidade, assim como daqueles que foram encaminhados ou

que são acompanhados em serviços especializados. Essa será uma ferramenta importante no cuidado desses usuários com doenças crônicas não-transmissíveis.

## CAPITULO VII MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>AMPLIANDO A ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA</b>	A microintervenção teve como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos serviços oferecidos na UBS através de agendamento diário de consultas, que antes eram feitas semanalmente.	Houve uma melhora na acessibilidade, com um ambiente tranquilo, sem filas e sem tumultos, e especialmente sem colocar em risco a vida e saúde dos usuários, além da humilhação de esperar numa fila a noite e ao relento. Houve ainda um aumento no vínculo entre a equipe e os usuários, uma vez que esses se sentiram melhor acolhidos e suas necessidades melhor	A equipe tem como meta a avaliação continuada das necessidades de acessibilidade dos usuários, estando comprometida e disposta a fazer as modificações necessárias para que os usuários tenham o melhor acesso aos serviços possível, dentro das atividades oferecidas pela UBS. Para isso, a equipe se dispõe a ouvir os usuários e continuar trazendo para discussões de equipe as necessidades dos usuários, oferecendo também possíveis soluções para as dificuldades que sejam apresentadas.

		atendidas.	
--	--	------------	--

<b>ACOLHIMENTO COM DIGNIDADE E HUMANIZAÇÃO</b>	Reorganização do processo de acolhimento, com aperfeiçoamento da equipe de modo a aplicar a classificação de risco, reorientar o fluxo de atendimento, proporcionando uma melhor resolutividade e capacidade assistencial, construindo respostas positivas para as situações apresentadas por cada usuário.	A microintervenção trouxe uma melhoria ao processo de trabalho à medida em que os profissionais e os usuários passaram a entender melhor o processo de acolhimento às demandas espontânea e programada. Houve ainda uma melhor aceitação quanto à disponibilidade na agenda dos profissionais.	Daremos continuidade ao processo de aperfeiçoamento da equipe através de estudo do protocolo de classificação de risco durante as reuniões semanais, assim como pela discussão de casos trazidos por cada profissional, como o objetivo de melhoria continuada do processo de trabalho em equipe, sempre melhorando o acolhimento e o fluxo de atendimento.
--	---	--	---

<b>EDUCANDO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</b>	<p>Promoção da saúde sexual e reprodutiva através de aconselhamento, atividades clínicas e atividades educativas, de forma integrada e constante, com o objetivo de melhorar o acesso à informação em saúde reprodutiva e reduzir o grande número de gestações não planejadas em nossa área de atuação.</p>	<p>Os pacientes foram bastante receptivos às orientações em saúde reprodutiva oferecidas. Observamos que muitos usuários tinham dúvidas, porém deixavam para discutir essas questões apenas quando a iniciativa era do profissional de saúde. Muitos usuários não tinham informações corretas em saúde reprodutiva, e foram beneficiados pelo trabalho educativo.</p>	<p>Como forma de ampliar o alcance dessa microintervenção, nossa equipe tem como objetivo iniciar um grupo de educação em saúde reprodutiva, promovendo o diálogo baseado em uma relação de confiança, visando proporcionar momentos para aconselhamento dos usuários, reflexão sobre as vulnerabilidades de cada um e trocas de experiências entre os usuários.</p>
---	---	---	--



<p><b>ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL</b></p>	<p>A microintervenção teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários com problemas de saúde mental, através da organização do processo de trabalho e identificação dos usuários de psicofármacos, assim como aqueles com sofrimento psíquico grave, uso de álcool e drogas. Como estudo de caso, tivemos uma paciente que apresentou episódio de depressão grave desencadeado por problemas socioeconômicos e familiares.</p>	<p>A paciente referida no estudo de caso foi referenciada a serviço especializado para tratamento do episódio agudo de depressão, e encontra-se acompanhada por psiquiatra e pelo médico da família. A referida paciente apresentou melhora e, embora ainda esteja em tratamento, e ainda tenha os fatores econômicos, sociais e familiares contribuindo para seu quadro, encontra-se estável e sem necessidade de internação hospitalar.</p>	<p>Como continuidade dessa microintervenção, esperamos completar o registro de todos os usuários em uso de psicotrópicos, assim como promover a participação dos mesmos em reuniões do grupo de saúde mental, que já existe na nossa UBS. Temos como objetivo ainda a realização de matriciamento com psiquiatra.</p>
--	---	---	---

<p><b>CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO COLETIVO NA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE DA CRIANÇA</b></p>	<p>Realização de atividade coletiva mensal com grupos de Crescimento e Desenvolvimento, com crianças até dois anos de idade. Tem como objetivo a promoção da saúde da criança, do aleitamento materno, da alimentação saudável, assim como a promoção da educação das mães para outros aspectos da saúde, tais como imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes, dentre outros temas.</p>	<p>Foram realizadas reuniões mensais com a participação de mães e seus filhos de até dois anos de idade, divididas em grupos de acordo com a faixa etária (0-6 meses, 6-9 meses, 9-12 meses, 12-24 meses), abordando temas relacionados à saúde da criança. Houve uma aceitação muito boa por parte das mães, que em geral participaram ativamente das rodas de discussão e compartilharam suas experiências no cuidado de seus filhos.</p>	<p>Como continuidade dessa microintervenção, temos a manutenção das reuniões mensais, assim como a continuidade dos atendimentos individuais de Crescimento e desenvolvimento. Temos ainda o objetivo de fazer uma busca ativa de crianças em situação de risco, para que sejam também incluídas nesses grupos, a fim de melhorar a qualidade de vida também dessas crianças.</p>
--	---	---	---

<p><b>PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES NA ATENÇÃO BÁSICA</b></p>	<p>Promoção à saúde através de participação em grupos de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia), que tem como objetivo educar os usuários através de atividades de educação e prevenção para redução do número e gravidade das complicações</p>	<p>Observamos que a equipe ainda não possui um registro de usuários com maior risco de gravidade, e sim uma lista de usuários sem qualquer referência a gravidade do caso ou necessidade de acompanhamento especializado.</p>	<p>Como forma de melhorar a coordenação do cuidado desses usuários com multimorbidade, iniciamos o registro de pacientes hipertensos e/ou diabéticos que apresentam maior risco de gravidade, assim como daqueles que foram encaminhados ou que são acompanhados em serviços especializados. Essa será uma ferramenta importante no cuidado desses usuários com doenças crônicas não-transmissíveis.</p>
--	--	---	--

---

NATAL/RN

2018

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As microintervenções realizadas ao longo do curso foram escolhidas com base na observação das necessidades existentes na UBS em que trabalho. Foram ações voltadas para a melhoria no acesso aos serviços, ampliação das linhas de cuidado e aperfeiçoamento da equipe, com o objetivo de garantir aos usuários um atendimento com qualidade e humanização. Tais microintervenções foram um desafio tanto para a equipe quanto para os usuários à medida em que trouxeram mudanças ao modo como as coisas vinham funcionando anteriormente, gerando muitas vezes insegurança se de fato tais mudanças trariam reais benefícios.

Ao longo do curso, realizamos microintervenções nas áreas de acessibilidade, acolhimento e classificação de risco, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, saúde da criança e saúde da pessoa com hipertensão e diabetes. Utilizamos atividades educativas, assim como de promoção à saúde e de aperfeiçoamento profissional da equipe. Observamos que há uma dificuldade em encontrar registros atualizados relacionados a cada área de atuação, o que prejudica o planejamento de estratégias para intervenção sobre os problemas encontrados.

Temos como perspectiva para a continuidade dessas intervenções, a ampliação dos registros dos usuários de acordo com as suas necessidades de saúde, gravidade e necessidade de intervenção especializada. Esse é, para nós, um grande desafio, pois se constitui uma atividade que precisa ser realizada paralelamente às atividades regulares de cada membro da equipe. Porém, entendemos que são atividades de grande valor e que irão resultar na melhoria do nosso fluxo de trabalho, assim como na ampliação da assistência humanizada e de qualidade para nossos usuários.

---

NATAL/RN

2018

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1).

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37).

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

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

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