



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

AVALIAÇÃO E APRIMORAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PIERRE PATRICK PACHECO LIRA

NATAL/RN
2018

**AVALIAÇÃO E APRIMORAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

PIERRE PATRICK PACHECO LIRA

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniele Vieira Dantas.

DEDICATÓRIA

A todos que trabalham diariamente por um Sistema Único de Saúde de qualidade.

AGRADECIMENTOS

A todos que de alguma forma contribuíram para que eu me tornasse médico.

RESUMO

Esta obra consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) referente à Especialização em Saúde da Família oferecida pelo Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O trabalho estruturou-se a partir da coletânea de seis relatos de experiência, nos quais se encontram descritas as atividades de microintervenção executadas durante a especialização, com o objetivo de avaliar e aprimorar os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) Gramoré, integrante da Rede de Atenção Básica à Saúde (AB) do município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, no ano de 2018. Ao longo de seis capítulos, narram-se a elaboração de uma planilha eletrônica para registro e monitoramento de encaminhamentos de usuários a outros níveis de atenção à saúde; o processo de “acolhimento” implantado na USF Gramoré; a realização de uma ação educativa com temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva; o desenvolvimento de uma planilha eletrônica para registro de pacientes em uso de medicamentos psicotrópicos; a oferta de uma ação coletiva para promoção do aleitamento materno; e a criação de um Grupo de Controle do Tabagismo. Por fim, são sistematizadas as metas alcançadas ao término de cada microintervenção, frisa-se a importância do trabalho em equipe no âmbito da assistência e da promoção da saúde e destaca-se a necessidade de superar compreensões simplistas em relação ao funcionamento e às potencialidades da AB.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
CAPÍTULO I: A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) como instrumento modificador do processo de trabalho: relato de experiência	8
CAPÍTULO II: Reflexões acerca do acesso e do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: é possível haver acolhimento à demanda espontânea com distribuição limitada de fichas?.....	14
CAPÍTULO III: A educação em saúde como instrumento de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos: relato de experiência.....	19
CAPÍTULO IV: O cuidado em saúde mental como componente essencial da Atenção Primária à Saúde: relato de experiência.....	22
CAPÍTULO V: O papel da avaliação do processo de trabalho na promoção da saúde da criança: relato de experiência	27
CAPÍTULO VI: A avaliação do processo de trabalho como forma de promover o controle das doenças crônicas não transmissíveis: relato de experiência de formação de um Grupo de Controle do Tabagismo	32
CAPÍTULO VII: Monitoramento e avaliação das microintervenção realizadas	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	43
ANEXOS	45

APRESENTAÇÃO

Esta obra consiste em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) referente à Especialização em Saúde da Família oferecida pelo Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O trabalho foi estruturado a partir da coletânea de seis relatos de experiência, nos quais foram narradas as atividades de microintervenção propostas durante todo o processo de especialização. Os relatos encontram-se organizados em seis capítulos ao longo da obra, seguidos por um capítulo final constituído de uma matriz de intervenção alusiva ao plano de continuidade das ações descritas nos capítulos anteriores.

A Especialização em Saúde da Família foi desenvolvida ao abrigo das ações de aperfeiçoamento profissional propostas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), sendo todas as microintervensões executadas na periferia do município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, mais especificamente no âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF) Gramoré, onde o autor da obra desempenha a função de médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde janeiro de 2018 até a confecção dos relatos, desenvolvendo ações de assistência e promoção da saúde na Atenção Básica (AB).

O Ministério da Saúde (MS) destaca a AB como o “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017, p. 68). Salienta-se ainda que a AB é “desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, p. 68).

Starfield, por sua vez, preconiza em sua obra mais importante que todo sistema de saúde possui dois objetivos principais. O primeiro deles é aprimorar a saúde das pessoas através da utilização do conhecimento mais avançado sobre a causa das enfermidades, gestão das doenças e ampliação da saúde. O segundo objetivo, identicamente importante, é reduzir as desigualdades entre os diversos grupos populacionais, de modo que determinados subgrupos não estejam em prejuízo sistemático no tocante ao seu acesso aos serviços de atenção à saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

São essas constatações, além da crença de que uma atenção à saúde de qualidade possa atuar como um aparato importante de transformação da realidade em que vivem as

pessoas, que motivaram o autor desta obra a desenvolver as seis microintervenções descritas a seguir. Espera-se que os leitores se sintam convidados a examinar com dedicação cada relato de experiência destacado neste trabalho, refletindo acerca dos seus pontos positivos e negativos, propondo estratégias de aperfeiçoamento e extraindo de cada um deles o incentivo necessário para aplicar às suas próprias realidades profissionais as mudanças que julguem ser imprescindíveis.

CAPÍTULO I: A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) como instrumento modificador do processo de trabalho: relato de experiência

A qualidade dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais especificamente, pela Atenção Básica (AB) começou a ser colocada em pauta de forma consistente e estruturada a partir dos anos 2000, sendo o lançamento do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), no ano de 2003, considerado o marco inicial desse processo. Mais tarde, no ano de 2008, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como uma estratégia para a melhoria da qualidade da AB, a partir da ampliação das ações disponibilizadas nesse nível de atenção à saúde, acrescentando mais resolutividade clínica às equipes de saúde da família (eSF) atuantes no SUS (BRASIL, 2008).

Ainda no escopo da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), foi instituído, no ano de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). De acordo com Sampaio (2017, p. 21),

[...] o PMAQ[-AB] é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e nos modos de funcionamento das UBS [Unidades Básicas de Saúde] e tem como objetivo geral induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

É no âmbito da avaliação da qualidade da AB que ocorreu a experiência relatada a seguir, referente à primeira microintervenção proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). A atividade foi realizada no período de 16 a 27 de abril de 2018, na Unidade de Saúde da Família (USF) Gramoré, localizada na zona norte do município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte. O ponto de partida para a realização dessa atividade ocorreu no contexto do período de consolidação de dados para o preenchimento do relatório de produção quadrimestral por parte da equipe de n. 40, inscrita no Identificador Nacional de Equipe (INE) sob n. 112747, da qual o autor desse relato participa como médico da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Durante aquele período, a equipe percebeu que, após a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), vinha ocorrendo um subdimensionamento de diversos indicadores de produção e de monitoramento do processo de trabalho, especialmente devido às dificuldades de utilização do novo sistema por parte dos profissionais da equipe e às limitações do PEC, quando comparado ao antigo sistema de monitoramento da produção, o qual vinha sendo alimentando por meio do preenchimento dos formulários para Coleta de Dados Simplificada (CDS). Concomitantemente ao período de preenchimento do relatório da produção quadrimestral, a equipe reuniu-se no dia 20 de abril de 2018 a fim de realizar a sua autoavaliação, utilizando para tanto o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), além de construir uma matriz de intervenção (Apêndice A) para algum dos problemas mais relevantes dentre aqueles que fossem identificados (Figura 1).

A primeira dificuldade encontrada durante a realização dessa atividade consistiu no próprio acesso à plataforma online da AMAQ-AB, visto que o login e a senha para acessá-la estavam em posse da enfermeira da equipe em um local de acesso dificultado, em meio a diversos outros documentos. Quando finalmente os dados para acessar a plataforma foram encontrados, o sistema apontou o seguinte erro: “Este perfil que você tentou acessar encontra-se desativado por inatividade nos últimos 180 dias. Entre em contato com o Gestor do Programa ou Gestor da Atenção Básica do seu Estado/Município para reativá-lo” (Figura 2). A equipe havia aderido ao PMAQ-AB em novembro de 2015, sendo a última autoavaliação realizada em julho de 2017. Como não foi possível obter acesso ao instrumento por meio da plataforma online, a autoavaliação foi realizada através das fichas impressas da AMAQ-AB.



Figura 1 – Reunião da equipe de n. 40 para realizar o preenchimento da AMAQ-AB.

Entre os padrões autoavaliados na AMAQ-AB, foi atribuída a nota 1 (de 10 pontos possíveis) ao padrão 4.9, da subdimensão Organização do Processo de Trabalho, dimensão

Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, parte Equipe de Atenção Básica. Esse padrão avaliava se “a equipe faz[ia] registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos”. A descrição ampliada do padrão é apresentada pelo instrumento da AMAQ-AB da seguinte forma: “A equipe mantém registro das referências, contrarreferências e solicitações de exames de todos os usuários[?]. As informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) – facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.”

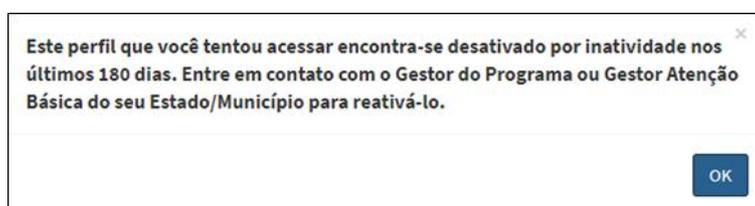


Figura 2 – Erro ao tentar acessar a plataforma online da AMAQ-AB.

Foi percebido durante a autoavaliação que não existia nenhum instrumento, além dos prontuários, que possibilitasse o registro e o monitoramento dos encaminhamentos aos serviços especializados. Além disso, foi notado que, após a implantação do PEC, a quantidade de encaminhamentos estava sendo subdimensionada, pois ao final das consultas não estava ocorrendo o devido preenchimento do campo “Encaminhamentos” (Figuras 3 e 4), ao contrário do que vinha sendo realizado no antigo sistema com utilização das fichas de CDS, onde esse campo era de preenchimento mais fácil e intuitivo. Esse subdimensionamento do número de referências a serviços especializados vinha sendo refletido também no cálculo de um dos indicadores pactuados pela equipe no 3º ciclo do PMAQ-AB, a saber, o percentual de encaminhamentos para serviço especializado, imprescindível para a devida avaliação da resolutividade da equipe de AB.

Figura 3 – Campo para indicação de encaminhamentos no PEC.

Starfield (2004, p. 28) descreve a atenção básica como o

[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Por sua vez, o Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de Atenção Básica (DAB), estabelece que o percentual de encaminhamentos para serviço especializado é capaz de “verificar o nível de resolutividade na Atenção Básica, a fim de identificar a necessidade de intervenções em áreas específicas, melhorando a organização da oferta do cuidado em saúde entre os pontos da rede de atenção à saúde” (BRASIL, 2017). Sugere ainda que “o parâmetro esperado para o indicador é de 5% a 20% de encaminhamentos médicos para serviço especializado/mês” (BRASIL, 2017).

Figura 4 – Campo para indicação de conduta e desfecho do atendimento no PEC.

Frente ao exposto, foi elaborada uma matriz de intervenção referente à seguinte situação-problema: “A equipe não faz o registro nem o monitoramento dos encaminhamentos e retornos às especialidades. Não existe um instrumento, além do prontuário, utilizado para o registro das referências e contrarreferências a serviços especializados. O fluxo de consultas não é monitorado e não se sabe quais casos foram ou

não atendidos, impossibilitando a efetiva coordenação do cuidado e a concretização do cuidado integral e em tempo oportuno”. Foi estabelecido como objetivo a ser alcançado a criação de um “instrumento que possibilitasse registrar e monitorar os encaminhamentos e retornos às especialidades, além de identificar a porcentagem de atendimentos que resultassem em encaminhamentos a outros serviços, quais casos haviam sido ou não atendidos, a conduta tomada pelo profissional ao qual o usuário havia sido referenciado, o tempo médio de espera pelo agendamento do encaminhamento, as especialidades com maior demanda de atendimentos e as especialidades com maior escassez de oferta de atendimentos” (Figura 5).

ENCAMINHAMENTOS	
Usuário	
Telefone	
Data do atendimento	
Motivo do encaminhamento	
Especialidade	
O encaminhamento foi agendado?	
Quando foi atendido?	
Qual a contrarreferência?	
Precisa de retorno?	

Figura 5 – Instrumento elaborado para monitoramento dos encaminhamentos.

Foram elencadas três estratégias para alcançar as metas propostas: a primeira delas consistiu na própria criação do instrumento pelo médico e pela enfermeira da equipe, por meio da elaboração de uma tabela em meio digital com campos para preenchimento dos dados a serem coletados, utilizando os computadores disponíveis nos consultórios e um software para edição de texto. A segunda estratégia consistiu na utilização regular desse instrumento ao final de todas as consultas, não apenas pelo médico, mas também pela enfermeira da equipe, a fim de ampliar o conceito de resolutividade, englobando também os atendimentos do profissional de enfermagem. A terceira estratégia proposta consistiu na análise periódica dos dados coletados com o instrumento, devendo os resultados ser discutidos nas reuniões subsequentes da equipe. Cabe ressaltar que os dados coletados com esse instrumento permitem o cálculo e o monitoramento adequados do percentual de encaminhamentos para serviço especializado.

Esse indicador é calculado a partir dos relatórios de atendimento (Figura 6) e de conduta (Figura 7) disponibilizados por meio da plataforma e-SUS. Para calculá-lo, é necessário dividir o número total de encaminhamentos pelo número total de atendimentos, em determinado período. Calculando-se o indicador para o período de 8 de janeiro de 2018

a 27 de abril de 2018, foi encontrado um percentual de 6,15% de encaminhamentos. Esse número situava-se dentro dos parâmetros sugeridos pelo MS, porém, como relatado anteriormente, encontrava-se subdimensionado.

TIPO DE ATENDIMENTO		QUANTIDADE
CONSULTA	CONSULTA AGENDADA	307
	CONSULTA AGENDADA PROGRAMADA / CUIDADO CONTINUADO	32
DEMANDA ESPONTÂNEA	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	0
	CONSULTA NO DIA	421
	ESCUITA INICIAL / ORIENTAÇÃO	0

Figura 6 – Relatório de atendimentos do e-SUS.

ENCAMINHAMENTOS	QUANTIDADE
ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL	0
ENCAMINHAMENTO P/ CAPS	1
ENCAMINHAMENTO P/ INTERNAÇÃO HOSPITALAR	0
ENCAMINHAMENTO P/ SERVIÇO ATENÇÃO DOMICILIAR	0
ENCAMINHAMENTO P/ SERVIÇO ESPECIALIZADO	47
ENCAMINHAMENTO P/ URGÊNCIA	0
ENCAMINHAMENTO INTERNO NO DIA	0

Figura 7 – Relatório de conduta do e-SUS.

Como forma de monitorá-lo e adequá-lo à realidade da equipe, foi proposta a utilização do instrumento elaborado conforme a matriz de intervenção e a comparação regular do indicador calculado a partir dos sistemas de informação com aquele calculado a partir dos dados coletados com o instrumento elaborado pela equipe. Como proposta para um cálculo mais fidedigno do indicador a partir dos relatórios do e-SUS, foi sugerida a constante observação do preenchimento correto do campo “Encaminhamentos” durante a utilização do PEC. Com as mudanças propostas, esperou-se facilitar a coordenação do cuidado, reduzir o tempo de espera e retorno das informações à USF e concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno dos usuários que necessitassem de encaminhamentos aos serviços especializados.

CAPÍTULO II: Reflexões acerca do acesso e do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: é possível haver acolhimento à demanda espontânea com distribuição limitada de fichas?

A AB constitui um dos pilares fundamentais do SUS, sendo por isso um dos eixos prioritários dos projetos e programas desenvolvidos pelo MS e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o Brasil. Entre os pontos abordados nessas ações, estão em clara evidência aqueles pertinentes ao acesso e ao acolhimento dos usuários nos serviços de APS (BRASIL, 2011; COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015). Mas, afinal, o que se entende por acolhimento?

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2011, p.19).

Frente ao exposto, esta microintervenção teve como objetivo apresentar a forma como se encontrava estruturado, no momento de sua realização, o processo de “acolhimento” na USF Gramoré, chamando atenção para os seus pontos positivos e negativos, bem como propondo estratégias de melhoria em sua condução.

A USF Gramoré contava, naquele momento, com quatro eSF, sendo cada uma delas composta por um profissional médico, um profissional enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem, um cirurgião-dentista, auxiliares de saúde bucal (ASB) e agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe de n. 40, encontrava-se desprovida de cirurgião-dentista. Além disso, duas enfermeiras da USF Gramoré encontram-se afastadas de suas atividades, uma delas por motivo de licença-maternidade e a outra por motivo de férias e licença-prêmio. Até o dia 7 de janeiro de 2018, a unidade contava com apenas dois profissionais médicos. Antes dessa data, os usuários vinham sendo atendidos conforme a distribuição de fichas de atendimento médico, limitadas à quantidade de 20 fichas por dia, não havendo um processo bem estabelecido de acolhimento da demanda espontânea. O processo de agendamento das consultas era muito fragilizado, limitando-se aos programas de pré-natal e puericultura.

Há relatos de usuários que precisavam chegar às três horas da madrugada para obter uma ficha de atendimento médico, além de haver um comércio informal de fichas, visto que algumas pessoas vendiam os seus lugares nas filas ou eram pagas por terceiros a fim de retirarem fichas de atendimento “por procuração”. Nota-se, portanto, que o antigo sistema de distribuição de fichas dificultava o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela USF, sobretudo o acesso dos usuários mais idosos, fragilizados, com limitações físicas ou com horários pessoais pouco flexíveis.

A partir do dia 8 de janeiro de 2018, chegaram à unidade dois novos profissionais médicos contratados por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Com a chegada desses novos profissionais, a direção da unidade decidiu implantar um novo sistema de “acolhimento” à demanda espontânea e programada. Foi estabelecido que o “acolhimento” deveria funcionar de segunda-feira a quinta-feira, no período da manhã, sendo cada uma das quatro equipes responsável pelo “acolhimento” em um desses dias. O “acolhimento” deveria ser realizado por um ACS e por um profissional de nível superior, à exceção do profissional médico, o qual deveria permanecer atendendo nos consultórios.

Diariamente, cada médico seria responsável por atender até dois usuários com demandas espontâneas que necessitassem de consulta naquele mesmo dia, sendo os demais horários de atendimento reservados para consultas agendadas. Os usuários que fossem atendidos no acolhimento deveriam sair da unidade com uma “consulta no dia”, com uma “consulta agendada”, com as “orientações necessárias” ou com um “direcionamento a outro serviço mais adequado para atender à sua necessidade” (Figura 8).



Figura 8 – Equipe de n. 39 realizando o “acolhimento”.

Percebe-se, a princípio, que o estabelecimento de dias da semana e de turnos específicos para o acolhimento são fatores que dificultavam o acesso do usuário à unidade de saúde, estando em completo desacordo ao princípio do “verdadeiro acolhimento”, o qual deve estar presente em todo e qualquer contato do usuário com os profissionais da unidade, durante todo o seu horário de funcionamento.

A situação revelou-se ainda mais problemática pelo fato de a direção da unidade haver estabelecido um limite diário de 20 fichas para o “acolhimento” (Figura 9). Ou seja, apenas os 20 primeiros usuários que procurassem a unidade de forma espontânea seriam “acolhidos”, a fim de que pudessem ter suas consultas agendadas com o médico responsável pela área adstrita onde residiam ou para que pudessem receber uma das oito fichas diárias de atendimento no dia, caso apresentassem alguma condição aguda que necessitasse de atendimento médico imediato.

Outro ponto que merece destaque é o fato de que o “acolhimento” que vinha sendo realizado era fortemente focado nos atendimentos médicos, quando se sabe que boa parte das demandas trazidas pelos usuários às unidades de saúde podem ser resolvidas por outros profissionais que ali desenvolvem suas funções, devendo essas necessidades ser identificadas por meio da triagem com classificação de risco.



Figura 9 – Ficha de “acolhimento”.

Mesmo apresentando falhas importantes, o novo processo de “acolhimento” permitiu que o agendamento das consultas pudesse ser feito de forma mais consistente e eficaz, dando oportunidade aos profissionais das equipes de acompanharem a situação de saúde dos usuários com condições crônicas de forma planejada e organizada. Apesar disso, as pessoas continuaram precisando chegar à unidade de madrugada a fim de conseguirem marcar uma consulta ou de serem atendidas no mesmo dia, o que continuou gerando insatisfação e críticas por parte da população (Figura 10).



Figura 10 – Usuários na fila esperando pelo “acolhimento”.

O verdadeiro processo de acolhimento precisa ser encarado como um mecanismo de ampliação e de facilitação do acesso do usuário aos serviços de saúde, bem como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe. De acordo com o MS,

[...] a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. (BRASIL, 2011, p. 22)

No entanto, não se pode enxergar o processo de acolhimento como um mecanismo estático, devendo o mesmo ser encarado como um fenômeno dinâmico, com falhas e acertos, propenso a contínuos aprimoramentos e reformulações. O processo de “acolhimento” que vinha sendo realizado na USF Gramoré poderia ser melhorado de modo significativo ao abraçar a modelagem da equipe de acolhimento do dia, conforme proposto pelo MS, a saber:

Em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda. (BRASIL, 2011, p. 29-30)

Soma-se a isso a necessidade de estabelecer o acolhimento durante todo o horário de funcionamento da unidade, sem distribuição de fichas ou limitação do número de pessoas acolhidas. Essas medidas, portanto, deveriam ser discutidas com cuidado nas reuniões das equipes e nas reuniões gerais com a administração da USF Gramoré. Esperou-se chegar a um denominador comum que assegurasse não apenas o atendimento satisfatório das necessidades dos indivíduos que procuram os serviços de saúde da unidade, mas que também propiciasse menos sobrecarga de trabalho para as equipes, sem prejudicar as ações programadas.

CAPÍTULO III: A educação em saúde como instrumento de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos: relato de experiência

Entre as áreas de atuação preferenciais da APS, destaca-se a atenção à saúde sexual e reprodutiva. A abordagem dessa temática nos serviços de saúde deve ser desenvolvida de modo a assegurar aos indivíduos a efetivação dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Por envolver pessoas e arranjos familiares inseridos nos mais diversos contextos sociais, econômicos e culturais, essa tarefa pode apresentar grandes empecilhos (BRASIL, 2009, 2013b; CAMPOS, SCHALL, NOGUEIRA, 2013).

Os agentes envolvidos nos cuidados à saúde, via de regra, apresentam objeções e embaraços no que tange à abordagem de temas associados à saúde sexual. Como em nosso meio a sexualidade é ainda frequentemente envolta por preconceitos, tabus e falsas crenças, não é raro que essa discussão esbarre em pontos polêmicos e conflituosos. A educação sexual demanda uma postura aberta do profissional, além de qualificação constante, a fim de proporcionar uma visão não apenas dos indivíduos isoladamente, mas também da família e da comunidade em que se inserem (BRASIL, 2009, 2013b; CAMPOS, SCHALL, NOGUEIRA, 2013).

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu, no ano de 2000, os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sendo que, desses, quatro estão intimamente relacionados com a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos, a saber, a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o enfrentamento ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, da sigla em inglês), à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids, também da sigla em inglês), à malária e a outras doenças; e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2006, 2013b).

Seguindo esse movimento, o Pacto pela Saúde, celebrado no Brasil entre os gestores do SUS no ano de 2006, incluiu entre as suas metas a redução da mortalidade infantil e materna; o controle do câncer de colo de útero e da mama; a promoção da saúde; e o fortalecimento da APS. Dando sequência a esse contexto, foi elaborado no ano de 2007 o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, sendo uma de suas proposições a expansão das ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2008). É importante destacar que a atenção ao planejamento reprodutivo não se resume a oferta de métodos contraceptivos, mas inclui também o fornecimento de informações e o acompanhamento dos usuários, por meio de

ações educativas e assistenciais, sempre assegurando um ambiente de escolha livre e informada (BRASIL, 2013b).

Foi a partir dessa realidade que essa microintervenção foi desenvolvida, optando-se pela realização de uma ação educativa envolvendo os alunos do segundo ciclo do ensino fundamental da Escola Estadual Aldo Fernandes de Melo (EEAFM). A ação foi planejada e executada em conjunto pelos profissionais de duas eSF atuantes na USF Gramoré, contando com o apoio direto dos médicos das equipes, das enfermeiras e de alunas estagiárias do curso de graduação em Enfermagem (Figura 11).



Figura 11 – Ação educativa dos profissionais da USF Gramoré na EEAFM.

A atividade foi realizada na última semana do mês de maio de 2018 e teve como objetivo a abordagem de temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, tais como as infecções sexualmente transmissíveis (IST) (por exemplo, HIV/Aids; sífilis; hepatites virais; vírus do papiloma humano – HPV, da sigla em inglês; clamídia e gonorreia); a vacinação contra hepatite B e HPV; os diferentes métodos contraceptivos; o câncer de colo de útero e o câncer de mama. A maioria dos alunos participantes tinham entre 13 e 16 anos de idade, mostrando-se bem receptivos à ação e muito participativos. Os temas foram abordados por meio da apresentação de slides e da exposição de modelos artificiais, manequins e materiais educativos disponíveis na USF, realizando-se, em seguida, um momento de discussão com espaço aberto para resposta às dúvidas.

Como havia na farmácia da unidade de saúde um grande número de testes rápidos para IST com data de vencimento próxima, aproveitou-se a oportunidade para oferecer aos adolescentes a realização dos exames de rastreio para HIV, sífilis e hepatites virais, tomando-se o cuidado de preservar a intimidade e privacidade dos indivíduos, bem como de obter o devido consentimento livre e esclarecido para a realização dos exames. Dos testes

realizados, quatro mostraram-se reagentes para sífilis, sendo os adolescentes devidamente referenciados para a USF Gramoré, a fim de terem o diagnóstico confirmado e iniciarem o tratamento adequado.

A realização dessa atividade já vinha sendo discutida antes mesmo da divulgação da temática da microintervenção proposta pelo PEPSUS, de modo que boa parte dos materiais já se encontravam disponíveis e organizados. Apesar das dificuldades logísticas e administrativas, especialmente no tocante à reorganização das agendas dos profissionais envolvidos e ao contato com a administração da escola, a ação trouxe um ânimo novo às eSF participantes, por colocar novamente em destaque as atividades de prevenção de agravos e de promoção da saúde, primordiais nos serviços de AB, apesar de, lamentavelmente, serem frequentemente deixadas de lado e substituídas por um modelo de atenção à saúde que se resume a ações curativas e de reabilitação.

CAPÍTULO IV: O cuidado em saúde mental como componente essencial da Atenção Primária à Saúde: relato de experiência

Um dos alicerces da AB é proporcionar o primeiro acesso das pessoas ao SUS, incluindo aquelas que necessitam de cuidados em saúde mental. É nos serviços de APS onde os profissionais se encontram mais próximos da realidade de vida dos usuários e conseguem perceber de forma mais clara os seus vínculos com a comunidade e com o território onde vivem. Dessa forma, a APS configura-se como um local estratégico para a abordagem de questões relativas à saúde mental dos usuários, levando-se em conta toda a subjetividade, a singularidade e as diferentes visões de mundo que se apresentam no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013c).

Deve-se ressaltar, no entanto, que o cuidado em saúde mental não demanda necessariamente um trabalho distante ou que extrapole aquele que já vem sendo esperado dos profissionais que atuam nesse nível de atenção à saúde. Diversas intervenções em saúde mental já vêm sendo realizadas na AB cotidianamente, ainda que boa parte das pessoas não as percebam como tal. Para exemplificar essas intervenções, Chiaverini (2011, p. 211) elenca as seguintes atividades:

[...] proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa, [...] que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Foi dentro desse contexto que se realizou a quarta microintervenção proposta pelo PEPSUS, a qual teve seu pontapé inicial sob a forma de uma breve reflexão acerca do que vinha sendo oferecido no cuidado de saúde mental pela equipe de n. 40 da USF Gramoré. A partir dessa reflexão, percebeu-se a existência de um déficit importante no que tange aos requisitos mínimos de qualidade em saúde mental sugeridos pelo PMAQ-AB, tais como: não haver um registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral; não existir um registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico; e não haver um registro dos usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Como forma de iniciar o processo de adequação a esses requisitos de verificação de qualidade, foi desenvolvida uma ferramenta simples para realizar o registro adequado dos pacientes em uso de medicamentos psicotrópicos. Esse instrumento consistiu em uma ficha-espelho de preenchimento eletrônico contendo nome, endereço, ACS responsável, medicamentos em uso e data aproximada de início do uso das medicações (Figura 12). O levantamento inicial dos dados foi realizado com a ajuda dos ACS, cada um deles sendo responsável pela coleta de informações da sua respectiva microárea. Ao final, foi proposta a compilação de uma tabela única, a qual deveria ser disponibilizada nos computadores utilizados pelo médico e pela enfermeira da equipe, com possibilidade de acesso facilitado às informações por meio da ferramenta de busca do software Microsoft Word®.

USF GRAMORÉ – EQUIPE 40

Usuário	Endereço	ACS	Medicamentos	CIAP2/CID	Início do uso

Figura 12 – Ficha-espelho para registro de usuários de psicotrópicos.

Dando seguimento à realização da quarta microintervenção, foi selecionado o caso da paciente W., a qual foi identificada como uma usuária que necessitava de atenção integral em saúde mental, a fim de se construir a sua linha de cuidado. Tratava-se de uma paciente de 48 anos, diabética tipo 2, com diagnóstico firmado há aproximadamente três anos. A paciente vinha fazendo uso de insulina Neutral Protamine Hagedorn (NPH), mas estava há dois meses sem utilizar a medicação, pois não conseguia aplicá-la, relatando não ter mais “couro”. Apresentava ainda uma perda progressiva de peso: pesava 68 kg há três anos (quando recebeu o diagnóstico de diabetes) e, no momento da microintervenção, possuía massa corporal de 33 kg.

O primeiro contato com a paciente W. deu-se por meio de um atendimento domiciliar solicitado por uma das ACS da equipe. Ao primeiro contato, a paciente encontrava-se muito debilitada, sarcopênica, não conseguindo ficar em pé por muito tempo, passando a maior parte do dia deitada em uma rede na varanda de sua casa. Relatava um humor fortemente deprimido, mostrava fotos da época em que se sentia saudável, comparando-as ao seu estado físico no momento do atendimento. Queixava-se de anedonia, choro frequente e dificuldade para dormir. Apresentava higiene pessoal comprometida e situação de grande risco social. Relatou que havia feito uso de fluoxetina por um mês, prescrita pelo médico de outra eSF, mas que havia suspenso o uso da medicação há cinco meses, pois não possuía dinheiro suficiente para comprá-la. Atuava como auxiliar de serviços gerais (ASG), mas estava sem trabalhar havia aproximadamente cinco meses, devido ao seu estado de saúde muito debilitado, recebendo naquele momento o auxílio-doença da Previdência Social.

É importante ressaltar que a atenção à saúde mental não se encontra desarticulada da atenção à saúde geral. Dessa forma, após esse primeiro contato com a paciente W., foi possível verificar que, além de um quadro de diabetes mellitus (DM) descompensado, ali encontra-se também uma pessoa em sofrimento mental importante, com critérios diagnósticos de um episódio depressivo grave (sem sintomas psicóticos). Como sua integridade física encontrava-se em grande risco, inicialmente foi realizado um encaminhamento para a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Pajuçara, onde foram realizados os exames laboratoriais iniciais, mantendo-se a paciente em observação, a fim de transferi-la para internação em enfermaria de Clínica Médica, devendo ser submetida a estabilização clínica e suporte nutricional. Como não havia vagas disponíveis nem no Hospital Municipal de Natal (HMN) nem no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), a paciente retornou à sua residência. A partir de então, o seu acompanhamento continuou sendo organizado pela eSF de n. 40 da USG Gramoré, com intervenções pontuais de outros serviços das redes municipal e estadual de saúde.

Durante o acompanhamento da paciente W., foram realizados os exames laboratoriais básicos e prescritos os medicamentos necessários para a estabilização do quadro de diabetes, encaminhando-a ao médico especialista em Endocrinologia e a um profissional de Nutrição. Houve bastante dificuldade em captar as contrarreferências da atenção especializada, de modo que as informações sobre as condutas tomadas no nível secundário de atenção à saúde chegavam ao conhecimento da eSF através do relato fornecido pela própria paciente.

Paralelo a esse fluxo, foi necessário realizar um levantamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponível no município, sendo identificados os seguintes serviços: cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS III (atendendo às zonas oeste, leste e sul do município); um CAPS II (atendo às zonas oeste e sul); um CAPSad (construído para ser um CAPS III, atendendo à zona norte); um CAPSad (atendendo à zona leste); um CAPSi (atendendo a todo o município); diversas policlínicas com atendimento em Psiquiatria; quatro UPAs (atendendo às urgências e às emergências psiquiátricas, sendo duas na zona norte); alguns leitos psiquiátricos nos hospitais localizados no município (HMN, HUOL, Hospital Maria Alice Fernandes e Hospital João Machado, esse último apresentando um serviço de pronto-atendimento em Psiquiatria); um Centro de Convivência e uma Unidade de Acolhimento (extensão do CAPSi, destinada à permanência de pacientes por até seis meses, estando ainda em construção no momento em que esse relato de experiência foi escrito).

Optou-se, então, por referenciar a paciente a um ambulatório de Psiquiatria disponível em uma das policlínicas. Enquanto aguardava pela consulta com o especialista, foi prescrita pelo médico da eSF a medicação paroxetina, na dosagem de 20mg/dia, sendo esse medicamento escolhido devido ao seu perfil de efeitos colaterais e à sua segurança terapêutica. A eSF teve a preocupação de envolver os familiares da paciente em seu processo de cuidado, os quais mostraram-se dispostos e participativos, fornecendo todo o suporte necessário. O companheiro da paciente responsabilizou-se pela aquisição dos medicamentos após a pesquisa de preço nas farmácias do bairro; a sua filha foi treinada pela eSF para realizar a aplicação da insulina nos braços, coxas e nádegas da paciente; o seu filho mais velho ficou responsável pela marcação de consultas e pelo cadastro para recebimento gratuito de insumos utilizados por pacientes insulino dependentes, tais como glicosímetro, tiras-teste e lancetas. Além disso, a paciente foi referenciada ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), a fim de obter informações sobre os programas de assistência à saúde e de seguridade social.

Após a consulta inicial com o médico especialista, o mesmo optou por manter a medicação prescrita pelo médico da eSF, realizado o devido ajuste da dose diária do medicamento. A paciente veio apresentando melhora clínica gradual ao longo dos atendimentos subsequentes, sendo acompanhada pela eSF por meio das visitas semanais da ACS e dos atendimentos domiciliares do médico e dos profissionais de enfermagem da equipe, quinzenalmente.

CAPÍTULO V: O papel da avaliação do processo de trabalho na promoção da saúde da criança: relato de experiência

Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil relativa às crianças com menos de um ano de idade reduziu no Brasil. Em 1990, os óbitos infantis alcançavam 47,1 a cada mil nascidos vivos. Em 2015, diminuiu para 13,8 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2018). Essa redução deveu-se, entre outros fatores, às ações para diminuição da pobreza e à ampliação da cobertura da ESF (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar, no entanto, que ainda existem desigualdades regionais e sociais profundas em relação à taxa de mortalidade infantil e que 68,8% das mortes de crianças menores de um ano de idade acontecem até os 27 dias após o nascimento (período neonatal), sendo a maior parte no primeiro dia de vida. Uma parcela considerável desses óbitos deve-se a causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, a exemplo de uma assistência humanizada e de qualidade ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

A APS deve pautar-se em uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Espera-se que seja garantida uma visita domiciliar ao binômio mãe-bebê em seu contexto familiar ainda durante os primeiros sete dias após a alta da maternidade, a fim de fornecer orientações sobre os cuidados gerais com a puérpera e com o recém-nascido, ofertar as ações programadas de saúde na APS, apoiar o aleitamento materno, informar sobre imunizações, orientar sobre a importância da coleta de sangue para o teste do pezinho e dos demais exames de triagem neonatal, entre outras ações de promoção da saúde (BRASIL, 2012; 2015a).

Nesse contexto, durante a reunião de equipe ocorrida no dia 31 de julho de 2018 na USF Gramoré, foi realizada uma breve análise acerca das ações realizadas pela eSF de n. 40 no tocante à saúde da criança, levando-se em consideração as recomendações do PMAQ-AB. Como primeira etapa dessa avaliação, a equipe respondeu ao questionário proposto pelo PEPSUS (Anexo A).

Alguns pontos positivos, com as suas devidas limitações, foram percebidos após essa primeira análise, a saber:

1. As consultas de puericultura das crianças de até dois anos de idade vinham sendo realizadas periodicamente no turno da quarta-feira à tarde, com agendamento prévio;

2. A equipe vinha utilizando protocolos voltados para a atenção à saúde de crianças menores de dois anos de idade, tais como os protocolos de suplementação profilática de ferro e vitamina D, recomendados pelo MS e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP);
3. A equipe possuía um cadastro atualizado das crianças de até dois anos de idade vivendo em seu território, entretanto, esse cadastro encontrava-se fragmentado entre as fichas e cadernos dos ACS, dificultando o acesso aos dados;
4. A equipe vinha utilizando a Caderneta de Saúde da Criança para o acompanhamento da puericultura, no entanto, o preenchimento apresentava algumas deficiências, inclusive no que se refere aos dados que deveriam ter sido preenchidos ainda na maternidade onde a criança nasceu;
5. A equipe possuía registro em prontuário físico ou eletrônico dos dados contidos na Caderneta de Saúde da Criança, servindo como espelho dessas informações.

Dando sequência à avaliação, foi ainda percebido que a equipe possuía registros sobre o status vacinal das crianças; crescimento e desenvolvimento; estado nutricional; realização do teste do pezinho; e acompanhamento dos casos de violência familiar conjuntamente com profissionais de outros serviços, inclusive realizando a notificação dos casos por meio das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Contudo, foi notado que não vinha sendo dada a devida atenção ao registro de acidentes envolvendo crianças nem à investigação, durante as consultas de puericultura, dos fatores de risco para acidentes, tais como a ausência do uso ou o uso inadequado de equipamentos de proteção para o transporte das crianças.

Outro ponto abordado durante a reunião da equipe foi a busca ativa das crianças prematuras e com baixo peso ao nascimento, a qual vinha sendo realizada durante as visitas domiciliares dos ACS. No entanto, foi notado que não havia um mecanismo de organização que possibilitasse a identificação rápida e sistemática das crianças com consultas de puericultura ou situação vacinal em atraso, de modo a possibilitar a busca ativa desses indivíduos.

Também foi percebida uma deficiência no que tange a ações educativas e atividades coletivas de prevenção de agravos e de promoção da saúde nos dois primeiros anos de vida. Não havia registro recente de ações coletivas de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até os seis meses de vida nem de ações coletivas de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e ao aleitamento materno continuado a partir dos seis meses de vida da

criança. Essas ações vinham sendo ofertadas apenas de forma pontual nos atendimentos individuais, deixando lacunas importantes que poderiam ser preenchidas em atividades coletivas, com espaço aberto para interação com o público.

A partir dessa análise, foi proposta a realização de uma ação coletiva (Figura 13) a fim de promover o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a introdução da alimentação complementar saudável após esse período. A atividade foi planejada por membros das quatro eSF atuantes na USF Gramoré, especialmente do médico da equipe de n. 40, da enfermeira da equipe de n. 38 e dos ACS de todas as equipes. As usuárias gestantes e as mulheres lactantes de toda a população adstrita da unidade de saúde foram convidadas para participar da ação. A atividade, no entanto, esteve aberta para a participação de qualquer indivíduo que dela desejasse participar, visto que a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável nos primeiros anos de vida é um assunto de interesse para toda a população, de modo geral.

Houve uma participação satisfatória das gestantes em acompanhamento pré-natal na USF Gramoré. A ação teve início com a apresentação de uma peça teatral organizada pelos ACS da unidade, a qual representava situações cotidianas vividas em um consultório médico referentes à amamentação e à introdução da alimentação complementar em lactentes (Figura 13). As situações encenadas estavam propositalmente entremeadas por diversos mitos em relação à amamentação. Após essa apresentação inicial, os espectadores foram incentivados a apontar os erros e acertos das situações encenadas na peça.



Figura 13 – Ação educativa na USF Gramoré: peça teatral organizada pelos ACS.

Após esse momento inicial, o médico da equipe de n. 40 iniciou uma palestra apresentando os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida para

a mãe, para o bebê e para a sociedade; os direitos trabalhistas da mulher que engravida e da mulher que amamenta; os principais mitos e verdades acerca do aleitamento materno; os passos mais importantes para a introdução da alimentação complementar a partir dos seis meses de vida; as estratégias de ordenha manual e de armazenamento do leite para a mãe que trabalha fora de casa e deseja continuar amamentando; e a oferta de alimentos saudáveis até os dois anos de vida (Figura 14).



Figura 14 – Equipe de saúde em ação educativa na USF Gramoré.

Durante toda a ação, a plateia (Figura 15) foi encorajada a fazer perguntas e a responder questionamentos e indagações do palestrante. Ao final da atividade, foram sorteados pacotes de fraldas descartáveis entre as participantes gestantes.



Figura 15 – Público participante da ação educativa na USF Gramoré.

Foi possível perceber que vários mitos ainda estavam arraigados no imaginário dos espectadores, como a crença de que “o leite materno é mais fraco do que o leite de vaca”; “o aleitamento não pode ultrapassar os dois anos de idade”; “a mulher que tem sífilis não pode amamentar”; “a mulher que amamenta não consegue engravidar”, entre outros, sendo aquele

um espaço importante para o esclarecimento de dúvidas e para o reforço de comportamentos saudáveis.

Vale ressaltar que o desenvolvimento desse tipo de ação coletiva ainda esbarra no modelo curativista atribuído aos serviços de atenção à saúde, de modo que a oferta de ações de promoção da saúde chega a causar certa estranheza por parte da população adstrita e até mesmo dos profissionais do próprio serviço de AB. Contudo, o público participante da atividade mostrou-se, no geral, satisfeito com os ensinamentos e com a troca de experiências, deixando, inclusive, sugestões de temas a serem abordados nas próximas atividades coletivas.

CAPÍTULO VI: A avaliação do processo de trabalho como forma de promover o controle das doenças crônicas não transmissíveis: relato de experiência de formação de um Grupo de Controle do Tabagismo

Atualmente, um dos maiores desafios para as equipes de saúde atuantes na AB é representado pela oferta de serviços para as pessoas com doenças crônicas, que geralmente apresentam etiologia multifatorial, com influência de determinantes biológicos, psíquicos e socioculturais. Para que ocorra uma abordagem efetiva desses casos, é necessário que haja um envolvimento adequado das várias categorias de profissionais que atuam nas equipes de AB, incluindo os ACS; os profissionais de enfermagem e de saúde bucal; e os profissionais médicos. É importante ressaltar ainda o papel fundamental desempenhado pelos próprios indivíduos afetados, pelos seus familiares e pela comunidade onde estão inseridos, os quais devem ser estimulados a protagonizar os seus processos de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

A relevância das condições crônicas como uma verdadeira necessidade de saúde levou à publicação da Portaria n. 252, de 19 de fevereiro de 2013, pelo MS, a qual instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo dessa rede é promover a reorganização do cuidado e a sua qualificação, ampliar as estratégias de tratamento, de promoção da saúde e de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e de suas complicações (BRASIL, 2013a). Desde a publicação dessa portaria, o MS vem desenvolvendo metodologias, diretrizes e instrumentos de apoio às equipes de saúde, bem como realizando um esforço para que a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas se organize efetivamente (BRASIL, 2014).

Com base nessa problemática, a microintervenção do módulo de Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na APS do PEPSUS foi norteadas pelas prioridades do PMAQ-AB. Essa microintervenção iniciou-se a partir da autoavaliação dos serviços prestados às pessoas com DCNT pela equipe de n. 40 da USF Gramoré, especialmente no tocante às pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS), DM e obesidade. Após o preenchimento do questionário proposto pelo PEPSUS (Anexo B), foi observado que a equipe realizava rotineiramente consultas destinadas a esses indivíduos, com tempo médio de espera de sete dias. Durante esses atendimentos, a equipe utilizava protocolos para a estratificação de risco e avaliava a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular. No entanto, a equipe não possuía um registro sistemático e de fácil acesso dos usuários com maior risco ou gravidade, limitando-se a registrar a avaliação do risco em seus respectivos prontuários.

Em relação aos pacientes diabéticos, foram percebidas duas grandes falhas: a equipe não realizava o exame do pé diabético nos usuários nem executava o exame de fundo de olho periodicamente. No que concerne aos pacientes obesos, por sua vez, foi observado que a equipe realizava a avaliação antropométrica (peso, altura e índice de massa corporal – IMC) dos usuários atendidos ainda na Sala de Preparo, quando passavam pela pré-consulta. Após a identificação dos usuários com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realizava o acompanhamento na própria USF, ofertando encaminhamento para serviços especializados, quando necessário. No entanto, a equipe não oferecia ações voltadas à atividade física nem à alimentação saudável, além de, até aquele momento, não possuir um grupo de educação em saúde para as pessoas com desejo de perder peso.

Ao final da autoavaliação, houve um questionamento geral em relação aos usuários tabagistas, visto que o uso do tabaco constitui um grave problema de saúde crônico, influenciando, inclusive, muito gravemente sobre o controle das demais DCNT. De acordo com o MS, a prevalência de tabagismo em pessoas maiores de 18 anos diminuiu substancialmente no Brasil, porém pareceu haver uma estabilização entre 2006 e 2009, com uma prevalência, no ano de 2012, de 14,8%, sendo maior no sexo masculino (18,1%) do que no sexo feminino (12%) (BRASIL, 2015b). De acordo com Kaplan (2010), entre os jovens com 14 anos, 6,3% fumaram nos últimos 30 dias, enquanto a média das Américas é de 4,9%.

Por sua vez, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) alertou, em 2011, que o tabagismo – antes visto como um estilo de vida – é atualmente reconhecido como uma dependência química, expondo as pessoas a inúmeras substâncias tóxicas, sendo classificado no Código Internacional de Doenças (CID) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O tabagismo é considerado, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), a maior causa de morte evitável em todo o mundo, sendo um fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade global: doença isquêmica do coração; acidente vascular encefálico (AVE); infecção respiratória baixa; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); tuberculose; e câncer de pulmão, brônquios e traqueia, matando uma pessoa a cada seis segundos.

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) et al. (2010) alertaram para que o fato de que a mortalidade decorrente do tabagismo, nos adultos, já é maior do que o somatório de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados. No entanto, é sabido que o tratamento dos fumantes está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício, com um

custo inferior ao tratamento da HAS, da dislipidemia e do infarto (INCA, 2001). Cabe, portanto, aos profissionais de saúde, especialmente entre as equipes de AB, promover ações de incentivo ao abandono do tabagismo a todos os fumantes que utilizam esse serviço, as quais podem ser particularmente efetivas devido ao vínculo estabelecido entre esses profissionais e os usuários (BRASIL, 2014, 2015b).

Partindo-se dessa problemática, foi sugerida a formação do 1º Grupo de Controle do Tabagismo na USF Gramoré, iniciando-se como um pequeno grupo-piloto formado por cinco usuários do território adstrito da equipe de n. 40. O grupo foi estruturado a partir das recomendações do Caderno de Atenção Básica n. 40 – O cuidado da pessoa tabagista (BRASIL, 2015); do Manual do Coordenador – Programa Deixando de Fumar sem Mistérios (INCA, 2004); e da Portaria n. 761, de 21 de junho de 2016, do MS, que deu validade às orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no documento Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (BRASIL, 2016).

Cada profissional da equipe ficou responsável por uma das tarefas da elaboração do grupo. Os ACS responsabilizaram-se por captar os usuários tabagistas com desejo de participar do grupo; a enfermeira da equipe ficou responsável pela consulta de pré-avaliação, realizando a anamnese inicial e explicando aos participantes sobre o funcionamento do grupo; o médico da equipe assumiu o papel de coordenador do grupo, responsabilizando-se pelo agendamento e execução das reuniões semanais, bem como pela captação dos insumos farmacêuticos e dos materiais de educação em saúde a ser distribuídos ao longo de toda a ação coletiva.

O grupo foi estruturado tomando-se como referência o número de oito reuniões semanais com duração de uma a duas horas, cada. Houve articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal e com a Secretaria Estadual de Saúde Pública (Sesap) do Rio Grande do Norte, por meio da Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT), a fim de obter os medicamentos utilizados no controle do tabagismo, a exemplo dos adesivos de reposição de nicotina e dos comprimidos de bupropiona (Figura 16).



Figura 16 – Medicamentos utilizados no “Grupo de Controle do Tabagismo”.

A primeira reunião do grupo aconteceu no dia 8 de novembro de 2018, devendo a última reunião ocorrer no dia 28 de dezembro de 2018. Após isso, os participantes deverão ser avaliados uma vez por mês em consultas individuais com o médico da equipe, a fim de receberem apoio clínico na manutenção da abstinência. Os próximos grupos deverão possuir o número máximo de 10 participantes, havendo um rodízio dos integrantes a cada oito semanas.

Espera-se atingir um número máximo de 60 usuários ao longo de um ano de atividades do grupo, bem como servir de exemplo e estímulo para que as outras três eSF atuantes na USF Gramoré formem, também, os seus próprios Grupos de Controle do Tabagismo, com potencial geral de atingir até 240 usuários por ano, contribuindo, desse modo, para a diminuição substancial da prevalência do tabagismo entre os moradores do território adstrito da unidade, bem como para a diminuição do risco de infartos agudos do miocárdio (IAM), AVE, câncer de pulmão, entre outros agravos, auxiliando no controle de outras DNCT, especialmente da HAS e do DM, cuja avaliação inicial culminou na criação e oferta desse grupo.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e avaliação das microintervenção realizadas

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
A AMAQ-AB como instrumento modificador do processo de trabalho	Elaborou-se planilha eletrônica para registrar e monitorar encaminhamentos de usuários a outros níveis de atenção à saúde.	Elaboração e uso da planilha. Cálculo do percentual de encaminhamentos para serviço especializado.	Promover o preenchimento da planilha ao fim de cada atendimento. Discutir os dados coletados nas reuniões da equipe. Calcular e avaliar o percentual de encaminhamentos para serviço especializado ao final de cada quadrimestre.
Reflexões acerca do acesso e do processo de trabalho na APS	Foi realizada descrição do processo de “acolhimento” implantado na USF Gramoré.	Identificação de acertos e falhas do processo de “acolhimento”. Proposição de mudanças a fim de ampliar o acesso à USF.	Propor estratégias de aprimoramento do modelo de acolhimento. Discutir o processo de acolhimento praticado na USF Gramoré em todas as reuniões gerais da unidade, com espaço para participação dos usuários nessas discussões.
A educação em saúde como instrumento de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos	Realizou-se ação educativa para alunos do ensino fundamental da EEAFM com temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva.	Promoção do conhecimento em saúde sexual e reprodutiva. Identificação de casos de sífilis. Notificação e tratamento dos casos.	Elaborar novas atividades de educação em saúde. Realizar o acompanhamento clínico dos casos identificados de IST. Promover os métodos de prevenção de IST. Ofertar ações de planejamento reprodutivo para quem as deseje.
O cuidado em saúde mental como componente essencial da APS	Foi desenvolvida planilha eletrônica para registrar pacientes em uso de psicotrópicos. Descreveu-se elaboração de linha de cuidado da paciente W.	Desenvolvimento e uso da planilha. Facilitação do processo de renovação de receituários e de acompanhamento regular dos usuários.	Incentivar o preenchimento e atualização da planilha. Utilizar a planilha para planejar o acompanhamento clínico dos usuários, em conjunto com a planilha de encaminhamentos a outros níveis de atenção à saúde. Promover o uso racional de benzodiazepínicos.

<p>O papel da avaliação do processo de trabalho na promoção da saúde da criança</p>	<p>Ofertou-se ação coletiva para promover aleitamento materno exclusivo até 6 meses e introdução alimentar posterior.</p>	<p>Promoção do aleitamento materno e dos direitos da grávida e da lactante. Desmistificação do aleitamento.</p>	<p>Desenvolver a oferta regular de ações de promoção do aleitamento materno, em conjunto com outras ações de educação em saúde. Propor a criação do Grupo de Gestantes e Nutrizes.</p>
<p>A avaliação do processo de trabalho como forma de promover o controle das DCNT</p>	<p>Foi criado o 1º Grupo de Controle do Tabagismo da USF Gramoré.</p>	<p>Criação e acompanhamento do grupo. Redução da prevalência de tabagismo. Diminuição do risco cardiovascular.</p>	<p>Promover a manutenção do grupo, com reuniões semanais. Incentivar a formação de novos grupos por outras equipes. Revisar o funcionamento do grupo e a quantidade mínima suficiente de reuniões, de modo a atingir o maior número possível de usuários.</p>

Quadro 1 – Plano de continuidade das microintervenções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a sistematização dos relatos de experiência produzidos a partir de cada uma das microintervenções realizadas, faz-se necessário frisar que as atividades narradas não se encontram desarticuladas entre si. Tome-se como exemplo dessa conexão o fato de a primeira microintervenção ter servido como um amparo a todas as demais, por haver tornado possível a compreensão do papel da avaliação em saúde como subsidiária da revisão e do aprimoramento das práticas profissionais. A elaboração de uma matriz de intervenção, a exemplo daquela produzida ao final da primeira microintervenção, é um instrumento que pode ser perfeitamente aplicado a qualquer situação-problema vivenciada nas unidades de saúde. O modelo ainda deficitário de “acolhimento” descrito no segundo capítulo deste trabalho configura um cenário que demanda a construção de uma matriz de intervenção, a qual deverá ser construída em conjunto com toda a equipe de saúde, ouvindo-se também os usuários do serviço.

A realização de atividades coletivas, em especial aquelas voltadas à educação em saúde e à terapia comunitária, a exemplo da microintervenção relatada no terceiro capítulo desta obra, podem servir de auxílio na resolução de problemáticas diversas. O uso excessivo de benzodiazepínicos e ansiolíticos nas populações dos grandes centros urbanos, que pode tornar-se evidente após a adoção de medidas semelhantes àquela reproduzida na quarta microintervenção, encontra nas sessões coletivas uma estratégia de redução de danos, por meio da apresentação de técnicas não-farmacológicas de relaxamento e de enfrentamento das adversidades afetivas. De fato, o uso da ficha-espelho para a coleta de dados relacionados ao uso de psicotrópicos é um estratagema que escancara o problema do abuso de substâncias com alto potencial de dependência química e psicológica.

Ademais, é importante salientar a imensa relevância do trabalho em equipe, fator indispensável à realização de todas as microintervenções realizadas. Cada profissional atuante na AB possui um rol de atribuições gerais e específicas, as quais são de fundamental importância para o bom desempenho das atividades de planejamento e de aprimoramento da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Seja numa palestra sobre os benefícios do aleitamento materno ou na criação de um Grupo de Controle do Tabagismo, a atuação em equipe fortalece e amplia os resultados alcançados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 252, de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 fev. 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 ago. 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 761, de 21 de junho de 2016**. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 jun. 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761_21_06_2016.html>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. 3. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 40. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores do PMAQ: resolutividade**. 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2464>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos**: 2008-2011. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, abr./jun. 2013, p. 336-346. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr./jun. 2015, p. 514-524. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil em síntese: taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos - Brasil - 2000 a 2015**. 2013. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de Fumar sem Mistérios: manual do coordenador**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 54p. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

KAPLAN, N. M. **Smoking and hypertension**. UpToDate. 2010. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/home>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes**. Genebra: OMS, 2008. 42p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=84B0F35A6736CB6D9CBF032D2F7502C9?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SAMPAIO, Ana Tânia. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família. Observação na Unidade de Saúde. **Unidade 3: Melhoria do acesso e qualidade**. PEPSUS, 2017. 28p. Disponível em: <https://avusus.ufrn.br/pluginfile.php/214711/mod_page/content/3/Texto%20-%20Unidade%203.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004. 726p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT) et al. Tabagismo: parte I. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 56, n. 2, 2010, p. 134-137. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Matriz de intervenção

<p>Descrição do padrão: Padrão 4-9 – A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos. A equipe mantém registro das referências, contrarreferências e solicitações de exames de todos os usuários. As informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) – facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.</p>						
<p>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A equipe não faz o registro nem o monitoramento dos encaminhamentos e retornos às especialidades. Não existe um instrumento além do prontuário utilizado para o registro das referências e contrarreferências a serviços especializados. O fluxo de consultas não é monitorado e não se sabe quais casos foram ou não atendidos, impossibilitando a efetiva coordenação do cuidado e a concretização do cuidado integral e em tempo oportuno.</p>						
<p>Objetivo/meta: Criar um instrumento que possibilite registrar e monitorar os encaminhamentos e retornos às especialidades, além de identificar a porcentagem de atendimentos que resultaram em encaminhamento a outros serviços, quais casos foram ou não atendidos, a conduta tomada pelo profissional ao qual o usuário foi referenciado, o tempo médio de espera pelo agendamento do encaminhamento, as especialidades com maior demanda de atendimentos e as especialidades com maior escassez de oferta de atendimentos.</p>						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	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
<p>Criar um instrumento de registro e monitoramento dos encaminhamentos</p>	<p>Elaborar uma tabela em meio digital com campos para preenchimento dos dados a serem coletados</p>	<p>Computador disponível nos consultórios e <i>software</i> para edição de texto</p>	<p>Registro adequado dos encaminhamentos e retornos às especialidades</p>	<p>Médico e enfermeira da equipe</p>	<p>11/05/2018</p>	<p>Avaliação periódica da disponibilidade do instrumento nos computadores utilizados nos consultórios</p>
<p>Utilizar o instrumento em todas as consultas</p>	<p>Preenchimento adequado do instrumento durante as consultas</p>	<p>Computador disponível nos consultórios e <i>software</i> para edição de texto</p>	<p>Disponibilização dos dados sobre referências e contrarreferências com agilidade</p>	<p>Médico e enfermeira da equipe</p>	<p>15/06/2018</p>	<p>Avaliação periódica do preenchimento do instrumento</p>
<p>Analisar periodicamente os dados coletados com o instrumento</p>	<p>Discutir os dados coletados com o instrumento periodicamente durante as reuniões da equipe</p>	<p>Instrumento devidamente preenchido, computadores, reunião da equipe</p>	<p>Identificar a porcentagem de atendimentos que resultaram em encaminhamento a outros serviços, quais casos foram ou não atendidos, o tempo médio de espera pelo atendimento</p>	<p>Toda a equipe</p>	<p>14/12/2018</p>	<p>Cálculo confiável do percentual de encaminhamentos para serviço especializado (indicador de desempenho pactuado no 3º ciclo do PMAQ)</p>

ANEXOS

ANEXO A – Questionário para microintervenção V

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

ANEXO B – Questionário para microintervenção VI

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?				
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na unidade de saúde?				
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?				
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?				
A equipe possui registro de usuários com diabetes mellitus com maior risco/gravidade?				
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes mellitus 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?				
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?				
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?				
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?				
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 mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?				
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?				
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus 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?				
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				

A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				
Em relação à pessoa com OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM		NÃO	
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?				
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?				
Se a sua resposta foi SIM no item anterior, quais ações são realizadas?				
QUESTÕES	SIM		NÃO	
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS				
Oferta ações voltadas à atividade física				
Oferta ações voltadas à alimentação saudável				
Aciona equipe de apoio matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS				
Encaminha para serviço especializado				
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso				