



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 – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RELATO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS NA COMUNIDADE DA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ENGENHO VELHO 1 - JABOATÃO
DOS GUARARAPES (PE)

MARIA JULIA CORREIA DE ANDRADE FERNANDES

NATAL/RN
2021

RELATO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS NA COMUNIDADE DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE ENGENHO VELHO 1 - JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

MARIA JULIA CORREIA DE ANDRADE FERNANDES

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: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2021

Aos meus pais, esposo e filhos, meu mais profundo agradecimento e dedicação. Agradeço ainda a atenção e disponibilidade em ajudar: meu Orientador Professor Ricardo Melo, a minha supervisora do Programa Mais Médicos Dra Simone e a minha enfermeira maravilhosa Mércia e sua aluna Lívia, que me ajudou na montagem do estudo e palestras.

Dedico a minha família que esteve ao meu lado nessa jornada, inclusive nos contratempos da doença em que fui acometida e obrigada a me afastar, fazendo com que so concluisse o curso agora. Para vocês, meus pais Arthemis e Wilson, meu esposo Andesson Carlos e meus filhos que são a minha fonte diária de viver, João Pedro e Maria Fernanda.

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervensões realizadas no cenário de prática da Unidade Básica de Saúde Engenho Velho 1, em Jaboatão dos Guararapes, no Estado de Pernambuco, no Programa Mais Médicos para o Brasil. O objetivo das intervenções foi melhorar o acompanhamento dos pacientes para mitigar seus problemas e ampliar a resolutividade das ações relacionadas: ao planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; à atenção à saúde da criança; e ao controle de doenças crônicas não transmissíveis. Assim, as intervenções trouxeram melhorias na qualidade do serviço prestado à comunidade, ampliando o acesso para pessoas que não eram assistidas na unidade, facilitando a organização do atendimento médico, do diagnóstico precoce e o tratamento imediato, possibilitando a diminuição de intercorrências na unidade de saúde.

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

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 07 |
| 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I | 09 |
| 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II | 11 |
| 4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III | 13 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 16 |
| 6. REFERÊNCIAS | 18 |

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, enquanto médica pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, o cenário de atuação profissional é na Unidade de Saúde da Família (USF) Engenho Velho 1, localizada na zona urbana e centro de Jaboatão dos Guararapes (PE). O posto de saúde é de fácil acesso, pois fica localizado em frente à estação de metrô de Engenho Velho, sendo constantes os assaltos em torno da unidade.

O início das atividades aconteceu a partir do dia 26 de junho de 2019, quando ocorreu a aproximação e reconhecimento da equipe de saúde completa e a obtenção das informações referentes à territorialização. A Unidade de Saúde atende uma microrregião dividida em sete microáreas e distribuídas entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Até o momento, os indivíduos cadastrados contabilizavam em torno de 3.500, mas, depois da pandemia, a está sendo realizada a recontagem da população.

A equipe de saúde da família sempre se mostra de portas abertas a ouvir a população, que sempre que precisa tem acesso fácil ao posto de saúde e aos ACS que, para facilitar mais ainda a comunicação e fortalecer também o vínculo com a comunidade, criaram grupos de acompanhamento via WhatsApp.

Os principais problemas cotidianos são: hipertensão e diabetes; patologias do tipo osteoartrite, artrose, osteoporose, e a ansiedade; doenças de pele; e doenças vasculares. Dessas, os agravos mais frequentes são a descompensação da hipertensão e da diabetes. Quanto à Enfermagem, as patologias que mais surgem em seus atendimentos são sífilis, tuberculose e dermatite de pele. E o serviço clínico de saúde bucal está suspenso temporariamente devido à reforma estrutural.

Diante da vivência no posto quanto aos atendimentos e patologias, o objetivo proposto nesse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é um acompanhamento maior dos pacientes, de seus problemas e de seu tempo de resolutividade.

Para isso, percebe-se que as gestantes e crianças não estavam comparecendo as consultas mensais do posto devido a pandemia e os idosos, por serem grupo de risco, evitavam procurar a unidade de saúde.

Então, o foco das intervenções foi o Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério; a Atenção à Saúde da Criança e o controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Para isso, foram feitos: levantamento do número de gestantes e de mulheres em idade fértil que estavam realizando pré-natal e sendo atendidas no posto; atualização do número de crianças acompanhadas em consultas mensais de puericultura e no Crescimento e Desenvolvimento; e, por último, a busca ativa de pacientes que faziam parte do grupo de pessoas com DCNT.

Assim, as intervenções trouxeram melhorias na qualidade do serviço prestado à

comunidade, a medida em que surgiram pessoas que não eram assistidas na USF, facilitando o acesso rápido ao atendimento médico, ao diagnóstico precoce e ao tratamento imediato, possibilitando a diminuição de intercorrências na unidade de saúde.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

CARACTERIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NO CONTEXTO DA UBS DE ENGENHO VELHO 1 EM JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

Na Unidade Básica de Saúde de Engenho Velho 1, Em Jaboatão dos Guararapes (PE), a avaliação em relação ao planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério, foi realizada por meio da reunião com a equipe de saúde, de modo a avaliar se a equipe está atendendo de forma adequada as pacientes que se enquadram nos quesitos acima. Dessa forma, foi explicado a equipe da importância do mesmo e que é um direito de todos os cidadãos, garantido pela Constituição Federal do país. Foi realizada busca ativa das gestantes e de mulheres em idade fértil e com prole definida, para a realização de palestras sobre métodos anticoncepcionais para controle de natalidade ou acompanhamento de pré natal e puerpério.

Na USF, o atendimento de pré-natal é feito da seguinte forma: a agenda da enfermeira, em relação aos cuidados de pré-natal, puerpério e planejamento familiar, está organizada nas segundas-feiras pela manhã, são feitos os cuidados no puerpério; nas terças-feiras pela manhã são realizadas as visitas domiciliares; nas quartas-feiras pela tarde são realizadas as atividades referentes a planejamento familiar, sendo que, na última quarta-feira de todos os meses, ocorre o grupo de gestante, com roda de conversas e prestação de informações de saúde na gestação e os cuidados com as crianças recém-nascidas; nas quintas-feiras pela manhã ocorre o acolhimento de puericultura; e nas sextas feiras são realizados os atendimentos de pré natal. Já a agenda médica é planejada da seguinte maneira: às terças-feiras manhã são realizadas as consultas de pré natal e pela tarde são realizadas as visitas domiciliares; às quartas-feiras pela manhã e tarde são realizados os atendimentos clínicos.

Em outra frente, é realizado o levantamento do número de gestantes da área coberta por EV1, num total de 10 gestantes, sendo todas maiores de idade e não apresentavam comorbidades e nem DSTs. Mais de 50% das gestantes afirmaram que foi gravidez programada, e, do total de gravidez não planejada, todas tinham conhecimento dos métodos contraceptivos. Estes dados detalhados mostram que a unidade está acompanhando e cuidando de maneira eficiente a população.

Em relação ao Pré-natal, a consulta é realizada em conjunto pela enfermeira e pela médica, mensalmente e já marcada a próxima consulta com a realização dos exames após o término da consulta vigente. No início, os exames solicitados do pré natal, demoravam muito para serem colhidos e resgatados os resultados, fazendo com que alguns saíssem após o parto das gestantes. A USG Obstétrica, não era realizada a tempo, o que fazia com que algumas realizassem de forma particular.

Quando do início de atuação no posto, foram priorizados os exames das gestantes quanto a coleta e o resultado. após ele, caso ocorra algum diagnóstico enquadrado em ISTs ou gestantes de alto risco, prontamente são tratadas e encaminhadas para o especialista. Ainda nas consultas, as gestantes tiram suas dúvidas sobre o decorrer da gestação e, em caso não comparecimento mensal da mesma, é realizada a busca ativa no domicílio a fim de saber se há algum problema ocorrendo ou dificuldade.

Na consulta de planejamento familiar também são abordados sobre o momento adequado de ter filhos e a oferta dos métodos contraceptivos disponíveis na unidade de saúde e também pela rede SUS. Os métodos contraceptivos disponíveis na unidade são condom masculino e feminino e os anticoncepcionais, nas opções de por via oral e por via intramuscular mensal e trimestral. As mulheres que queiram fazer uso do DIU ou se submeterem a laqueadura tubária, são encaminhadas para serem atendidas pelo médico especialista.

A consulta puerperal é realizada entre 3 a 10 dias do pós parto, onde mãe e bebê retornam ao posto de saúde e são dadas as devidas orientações e acompanhamento, como aleitamento materno exclusivo, imunizações da mãe e bebê, triagem auditiva e neonatal, retirar pontos da cesariana após 7 dias do parto, orientação sobre o retorno da vida sexual, uso de anticoncepcionais e o tempo ideal para nova gestação.

Em relação ao bebê, são observados estado geral, peso, comprimento, coloração da pele e cartão vacinal. São orientados ainda a complementação do uso de ferro como profilaxia da anemia da genitora e as ACS fazem visita domiciliar em acompanhamento da puérpera para evitar sinais de depressão pós parto. Nessa área, é orientado o apoio da família, acompanhamento do cônjuge nas consultas, observação da família quanto aos sinais de depressão, febre ou surgimentos de outros sintomas após o parto, situações de risco ou sinais de violência física, psicológica ou sexual.

Quanto a atividade que a equipe pode desenvolver para esse público alvo e que todos participam é o grupo de gestantes que acontece mensalmente e são abordados diversos assuntos como ISTs, cuidados maternos, amamentação, cuidados nutricionais na gestação, importância da alimentação saudável e prática de exercícios. Também são abordados a importância do puerpério e da puericultura. Nas reuniões as futuras mães trazem também seus questionamentos e sugestões de temas para próximo encontro.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DA FAMÍLIA ENGENHO VELHO 1 EM JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

Para ter um desenvolvimento normal, a criança precisa de um ambiente acolhedor e harmonioso. Os cuidados para um desenvolvimento adequado começam com as mães no pré natal até após o nascimento. Também são essenciais a participação das famílias nas consultas.

A abordagem da saúde e desenvolvimento das crianças de Engenho Velho 1 é realizada através das visitas domiciliares, onde são dadas as orientações sobre aleitamento exclusivo, explicação sobre uso e acompanhamento do cartão da criança e crescimento e desenvolvimento durante as consultas com a médica e enfermeira. O incentivo a amamentação exclusiva trouxe grandes benefícios para a comunidade, pois as gestantes que deixavam de amamentar porque precisavam trabalhar aprenderam como armazenar o leite materno para consumo do bebê em segurança, aprenderam a importância de amamentar não só pelos benefícios do lactante, mas também os maternos que muitas desconheciam.

O atendimento de puericultura e crianças maiores são realizadas nas quintas feiras pela enfermeira e complementação com a médica. Nela, a explicação da caderneta da criança trouxe melhoras para a equipe e para a comunidade. Observou-se que muitas mães vão ao posto com dúvidas se o filho está com baixo peso, ou obeso, e a partir do momento que a caderneta é mostrada e ensinada a compreendê-la, evita-se que o paciente fique retornando até a unidade para esclarecimento de algo quando a mesma pode se utilizar do instrumento em seu poder para sanar a dúvida e, assim, permite que outros pacientes enfermos tenham mais rápido acesso e resolutividade em diagnóstico e terapêutica, diminuindo o fluxo para unidades de urgência e emergência.

A saúde da criança vem apresentando uma melhora significativa nos indicadores de saúde do Posto de EV1, após consultas, visitas domiciliares e acompanhamento. A ampliação do acesso à vacinação, o maior acesso da população (famílias e crianças) aos serviços da Atenção Básica e o controle da morbimortalidade por doenças alérgicas, infecções respiratórias e diarreia, diminuição dos índices de desnutrição e aumento do aleitamento materno exclusivo foram importantes para essa conquista.

Na consulta das crianças acima de 2 anos, o acompanhamento no crescimento e desenvolvimento é o principal fator nos atendimentos. Nesse período, as consultas são minuciosamente observadas o fator nutrição ou desnutrição, cuidados na pele, aspecto geral e comportamental. São realizadas perguntas sobre dicção e brincadeiras, sendo percebidos algum atraso ou retardo nos marcos do desenvolvimento psicomotor, as crianças são encaminhadas para especialistas para melhor acompanhamento. Manter em observação o

relacionamento dos pais com a criança durante o próprio atendimento é muito importante para detectar algum problema psicossocial.

Ao fazer essa microintervenção, percebeu-se que não havia palestra para orientações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança. Foi feito um contato com a enfermeira e estipulou-se uma palestra a cada dois meses para orientações das mães sobre: amamentação exclusiva com observação da pega do bebê nas mamadas; checagem de vacinação no cartão; capacitação da equipe do Posto EV1 sobre cuidados na saúde e benefícios da amamentação exclusiva; orientação sobre coleta e armanejamento do leite em caso de volta ao trabalho das mães; e assegurar e orientar o aproveitamento da relação mãe-bebê e mãe-criança, enquanto as mesmas estão em casa.

Durante as visitas domiciliares realizadas, ora por ACS ora pela enfermeira e médica, observou-se o ambiente familiar sobre comportamentos e riscos de acidentes com crianças. Foram ofertadas orientações sobre o armazenamento de remédios, objetos perfuro cortantes, queda de berços, cercados ou carrinhos, queimaduras, choques, sufocamento, afogamento em banheiras e acidentes de trânsito na calçada de casa, em crianças maiores que brincam na rua ou andam de bicicleta. O risco de violência doméstica também é analisada, orientando as famílias sobre a importância em cuidar e proteger as crianças para um desenvolvimento adequado. Ainda não houve vivência de nenhum caso de violência doméstica, pedofilia ou maus tratos na comunidade.

Trabalha-se em conjunto, também, com a dentista, que participa das palestras e orienta sobre a saúde bucal, modo de escovação, frequência de consultas ao dentista e extensão às escolas para captação de crianças sem acompanhamento bucal. A incorporação de hábitos de higiene bucal, o controle da ingestão de açúcares e a alimentação saudável feita pela família resultam em saúde bucal para a criança e melhor qualidade de vida para todos.

As palestras e acompanhamento foram reiniciadas tardiamente devido as restrições impostas da pandemia da Covid-19. Não se tem ainda muitos dados sobre a melhora e sobre o benefício total a longo prazo na comunidade pois os atendimentos e a assiduidade as consultas no posto retornaram recentemente, por parte da população. O que se pode perceber a curto prazo é que tem as intervenções têm deixado a população bem satisfeita quanto ao modo de abordagem dos assuntos durante as consultas.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE DE SAÚDE DE ENGENHO VELHO 1 EM JABOATÃO DOS GUARARAPES (PE)

A microintervenção estava agendada para o final de março de 2020, todavia, com o surgimento da pandemia do Covid-19, a médica da equipe, autora deste relato, teve que ser afastada das atividades presenciais por estar gestante e enquadrada como grupo de risco. Além disso, todas as consultas eletivas foram suspensas e, portanto, não foi possível realizá-la. O atendimento passou a ser remoto, da seguinte forma: atenção restrita a renovação das receitas semanalmente, sendo solicitados aos pacientes ou acompanhantes que deixassem as receitas das medicações na farmácia com o telefone dos respectivos e fossem buscá-las ao final da semana, já renovadas.

Foram ainda estendidos o prazo de validade das receitas por parte da prefeitura - as de uso contínuo valeram por 1 ano e as de uso restrito por mais 3 meses - já que o intuito era deixar ao máximo a população em casa, sem a exposição dos grupos de risco à pandemia e sem formarem aglomeração.

Infelizmente, essa realidade que foi vivenciada no ano de 2020 prejudicou os pacientes com comorbidades, já que para os mesmos, antes da pandemia, eram solicitados exames rotineiros como medida preventiva de complicações e controle das comorbidades. A reavaliação do paciente ficou prejudicada e restrita apenas às renovações de receita ou quando em quadro sintomatológico urgencial, eram encaminhados a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) ou para unidade de saúde de maior porte, que atendesse especialidades.

Seguindo essa estratégia acima citada de renovação de receitas, foi possível ao menos manter as medicações em dia sem faltar prescrição e, conseqüentemente, os medicamentos. Também foram deslocados alguns médicos para a unidade de saúde a fim de que atendessem, uma vez na semana, os casos mais graves ou as urgências, que poderiam ser resolvidas na própria Unidade de Saúde.

Com o retorno da médica, em meados de agosto de 2021, foi solicitado as Agentes Comunitárias de saúde (ACS) que fizessem um levantamento dos pacientes com comorbidades para que voltassem a consulta, juntamente com um plano de controle e de continuidade das Hipertensões Arteriais Sistêmicas (HAS), Diabetes Mellitus (DM), obesidade e outras doenças crônicas.

Assim tem sido feito e o que se pode perceber é que alguns pacientes abandonaram o tratamento que faziam, deixando de tomar as medicações, e, outros, procuraram manter as consultas com os especialistas de forma particular. Muitos continuavam com suas taxas e pressões arteriais controladas e, em alguns, foram feitos os ajustes ou encaminhado aos especialistas em casos mais restritos e complicados.

Ademais, foram reiniciadas as solicitações de exames, atendimentos de HIPERDIA, visitas domiciliares a pacientes acamados e foram organizados os dias de atendimentos e solicitação de exames com a enfermeira.

Os atendimentos ficaram distribuídos para as terças e quintas pela manhã e as palestras na última quinta de cada mês, ainda com grupos de pessoas em números pequenos e restritos.

Também foi solicitado a participação das ACS, enfermeira, recepcionista e farmacêutica na organização de um grupo de estratificação de risco dos pacientes e, dessa forma, a urgência da marcação dos atendimentos e encaminhamentos para as especialidades.

Os atendimentos passaram a ser feitos por grupos pequenos, com o máximo de 12 pacientes, com hora e dia marcados pelas ACS e distanciamento social com cadeiras ao ar livre na unidade.

Ao final de cada consulta, o retorno é garantido em 3 ou 6 meses para solicitar novos exames de controle e rever medicações usadas. Explica-se, então, a importância da adesão ao tratamento a fim de obter um bom prognóstico de vida e afastar riscos cardiovasculares.

Nesse fundamento, com a ajuda da equipe da USF EV1, foi possível identificar os usuários que possuem comportamento de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e, assim, convidá-los para participar das ações do projeto de intervenção.

Explicou-se, aos profissionais da unidade, a importância do engajamento de todos, de que forma eles iriam participar nas palestras e na execução do projeto. As agentes comunitárias de saúde tiveram um papel fundamental na divulgação durante as visitas domiciliares, convocando os usuários e portadores de comorbidades para participarem das reuniões.

Como não existe uma equipe multidisciplinar na Unidade de Saúde, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tentou-se integrar essa equipe às demais equipes da unidade, sendo através de encaminhamentos para a especialidade ou para grupo operativo específico.

No momento ainda não existem dados suficientes para coleta de amostra de resultados após esse acompanhamento dos pacientes, porém, é possível afirmar que houve uma maior adesão por parte dos pacientes, da equipe e das famílias.

Ao coordenar o cuidado, o maior desafio é tornar a atenção básica capaz de garantir o cuidado contínuo dos pacientes com comorbidades, fortalecendo o vínculos entre a população e a Unidade de Saúde, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.

Continua-se, portanto, na busca de solicitação de exames, cuidado, orientações sobre alimentação e exercícios físicos, resgate de exames laboratoriais de forma mais rápida e acompanhamento assíduo dos pacientes a especialidades, a fim de recuperar o tempo em que houve ausência de atendimento adequado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as microintervenções e criações de palestras, foi feita uma reunião com a equipe que compõe a unidade saúde, e, na discussão sobre as potencialidades da USF de Engenho Velho 1, identificou-se que o grupo de gestantes, onde é abordado assuntos sobre sexualidade, DST's, contraceptivos, cuidados maternos, amamentação, puerpério, prevenção do câncer de colo, entre outros assuntos, faz com que as gestantes não falem as consultas do pré-natal.

Outro ponto positivo é quanto aos rastreios de Ca de mama, do colo de útero, do colorretal, da próstata que sempre a equipe está atenta. Além disso, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que estiver no dia do atendimento sempre se dirige aos profissionais quando supõe ser um caso de urgência e, dessa forma, quando necessário, o paciente é atendido no mesmo dia ou durante a mesma semana. Um dos pontos mais fortes observados foi o vínculo que a unidade tem com a comunidade e isso se deve muito mais aos ACS, pelo contato frequente visitando as famílias cadastradas, atualizando os dados, e como forma para melhorar ainda mais a comunicação e informação, além de fortalecer o vínculo entre eles com a unidade de saúde. Desta maneira, os ACS estão sempre atentos às necessidades prioritárias dos indivíduos, sempre conversando com a equipe, para resolução dos problemas trazidos pelos usuários do posto de saúde.

Em relação ao atendimento infanto-juvenil, ficou preconizado atendimento fixo na semana, onde seria realizado pela enfermeira em conjunto com a médica. Nele, a orientação sobre amamentação exclusiva, acompanhamento neuro-motor e psíquico, acompanhamento nutricional e vacinal, fez com que as crianças da comunidade ficassem mais bem assistidas e menos doentes.

Para tentar solucionar a problemática de hipertensos e diabéticos, pensou-se em criar um “grupo de hiperdia”, no qual seria feito semanalmente em dia fixo, onde haveria palestras voltadas para estes pacientes, e aferição da pressão arterial e da glicemia.

Assim, pacientes com alteração de pressão arterial, obrigatoriamente, passaria pela consulta médica, para fazer os devidos ajustes medicamentosos, recomendações e orientações, solicitar os exames necessários, além de já deixar o retorno da consulta agendada de acordo com o que preconiza o Sistema Único de Saúde.

Ao coordenar o cuidado, o maior desafio é tornar a atenção básica capaz de garantir o cuidado contínuo dos pacientes com comorbidades, fortalecendo os vínculos entre a população e a Unidade de Saúde, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.

Sobre os pontos frágeis evidenciados, destaca-se que os pacientes acometidos por doenças crônicas, especificamente hipertensão e diabetes, não estão sendo acompanhados regularmente, onde, muitas vezes, chegam na USF somente para renovar a receita médica, ou quando a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) os encaminha. Também não havia um turno

para atendimento de crianças /infanto-juvenil, e que foi preconizado já que existem muitas crianças e adolescentes na comunidade.

Assim, as intervenções trouxeram melhorias na qualidade do serviço prestado à comunidade, surgiram pessoas que não eram assistidas na USF, facilitou o acesso rápido ao atendimento médico, diagnóstico precoce e tratamento imediato, possibilitando a diminuição de intercorrências na unidade de saúde.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.