



**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**

**VIVENCIANDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE MACAPÁ**

**RAÍSSA LEÃO DE ANDRADE**

---

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

---

---

VIVENCIANDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
MACAPÁ

RAÍSSA LEÃO DE ANDRADE

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

Orientador: Marília Rute de Souto Medeiros

---

## RESUMO

Compreender os princípios da atenção primária e coloca-los em prática no atendimento ao paciente enfermo, nos faz praticar a medicina de baixa densidade tecnológica e de alta complexidade, pois é necessário entender o processo de adoecimento, levando em conta estrutura familiar e ambiente onde o sujeito está inserido. Este estudo tem como objetivo descrever a experiência e as intervenções que nortearam a atuação como médica da família e comunidade e fomentar a integralidade e longitudinalidade do cuidado na atenção primária. Trata-se de um relato de experiência durante um ano de atuação na Unidade Básica de Saúde Rubim Aronovitch em Macapá, sendo atividade da Especialização em Saúde da Família pela UFRN. Ao fim deste período aprimorou-se a capacidade técnica e conhecimento científico da Equipe 026, e também com o melhor conhecimento da área, da população adscrita e dos programas nos levou a melhorar e ampliar a assistência à saúde dos pacientes. Espero que haja continuidade do cuidado e que as medidas implementadas permaneçam e sejam ampliadas.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Ensino.

---

---

---

## SUMÁRIO

### Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde</b> .....	6
<b>CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada</b> .....	9
<b>CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério</b> .....	11
<b>CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</b> .....	13
<b>CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</b> .....	15
<b>CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</b> .....	17
<b>CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação</b> .....	19
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	21
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	22
<b>APÊNDICES</b> .....	23
<b>ANEXOS</b> .....	29

.

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

Trata-se do trabalho de conclusão de curso da estudante Raíssa Leão de Andrade na especialização em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Está organizado em forma de coletânea de seis relatos de experiência que foram construídos a partir de microintervensões, sendo elas: Observação na Unidade de Saúde; Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada; Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério; Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde; Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis na atenção Primária a Saúde.

O estudo ocorreu na Equipe de Saúde da Família 026 que atua na Unidade Básica de Saúde Rubim Aronovitch, sediada no município de Macapá no estado do Amapá. Minha área de atuação é uma área bem heterogênea no que diz respeito à renda mensal e condições de moradia, pois abrange uma área comercial e central da cidade. Minha motivação para trabalhar advém da identificação com a área desde minha formação academia, sempre acreditei nesse modelo em detrimento ao modelo hospitalocêntrico, buscando sempre fazer a diferença para população assistida.

O objetivo do presente trabalho foi analisar a situação dos diferentes temas propostos e atuar para melhorar os pontos em que havia necessidade e também relatar e parabenizar a equipe pelo que já havia sendo feito.

Assim, finalizo convidando a todos interessados para fazer a leitura dessa coletânea que foi preparada para repassar um pouco da realidade que vivenciei ao longo desse período.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde**

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem se fortalecendo como um dos principais instrumentos governamentais de proteção à vida dos cidadãos, desempenhando pelo menos dois tipos de função: de saúde pública e de assistência aos adoecimentos. O modelo proposto de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na lógica da função-filtro da APS, essencial para a efetividade, equidade e racionalidade do cuidado, a ESF carrega essa dupla natureza: o cuidado clínico e a promoção da saúde/prevenção de doenças. (NORMAN; TESSER, 2015)

O cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS. (BRASIL, 2012)

O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a resolução do seu problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006)

Por conta da importância de conhecer e organizar a demanda espontânea, a equipe 026 da Estratégia da Saúde da Família do município de Macapá percebeu que não havia registro dos atendimentos de demanda espontânea e não utilizavam-se critérios para agendamentos de consultas. O objetivo foi conhecer o percentual de atendimentos de demanda espontânea e utilizar critérios pré-estabelecidos para melhor manejo dessa demanda.

No primeiro momento, foi realizada uma reunião com a equipe onde foram discutidos pontos de fragilidade na organização da estratégia, pontos estes presentes na Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), sendo escolhido o Acolhimento da demanda espontânea que obteve uma nota menor que 5, sendo pertencente à dimensão de educação permanente, processo de trabalho e atenção integral a saúde e à subdimensão de organização do processo do trabalho.

---

---

Para melhor visualização da estratégia, foi elaborada uma matriz de intervenção (APÊNDICE 1) onde constam detalhes de como foi realizada e sistematizada a intervenção. A intervenção teve como ponto principal o início do registro das demandas espontâneas na agenda que já existia, sendo utilizada a sigla DE (demanda espontânea) com cor vermelha, sendo previamente discutida em reunião com equipe técnica de enfermagem que entendeu e concordou com a importância da intervenção.

No segundo momento, ao fim do mês ficou na responsabilidade da médica agrupar os dados e formar um consolidado do número absoluto de atendimentos, sendo utilizada tabela impressa para organização dos dados (APÊNDICE 2). Em paralelo a esses acontecimentos, também foi impressa a classificação de Manchester fixada em local visível e discutida sua aplicação e adaptação para a atenção primária em saúde, sendo os pacientes que recebem a cor azul, ou seja, não urgentes, tem seu acolhimento realizado de forma humanizada e sua consulta agendada para outro dia. Os demais pacientes, com as demais cores são atendidos no dia.

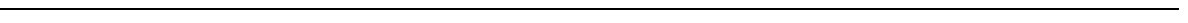
Os dados obtidos são mensalmente analisados, e após meses de acompanhamento será mais bem demonstrado o cenário da demanda espontânea, com seu percentual de atendimentos, espera-se encontrar ao longo do tempo.

Quando discutido sobre as dificuldades, além do pouco tempo para obter-se resultados imediatos, também foi sentido pela parte do corpo de enfermagem uma dificuldade da população entender o protocolo de atendimento de Manchester, pois alguns pacientes tendem a achar que sua demanda é mais importante que a de outro paciente, porém espera-se que com o decorrer dos anos, também ocorra a mudança na mentalidade da população assistida, para que com informação e o conhecimento obtenham-se melhores resultados.

Também foi pensado de que forma melhorar nossa equipe e nossa intervenção, sendo citada uma forma de realizar essas anotações de forma computadorizada, em que os dados sejam gerados de maneira automática, porém possuímos limitações como a disponibilidade de máquinas e falta de acesso à internet, sendo tudo realizado ainda de maneira escrita.

Com essa microintervenção, esperamos servir de exemplo para que as demais equipes utilizem as mesmas ou até elaborem melhores formas de registrar, acolher e obter dados sobre a demanda espontânea, haja vista que a acessibilidade do sistema de saúde é um ponto chave para o sucesso do sistema de prevenção/proteção da atenção primária.

---





---

## **CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

A diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em meados da década de 90, buscando, além de ampliar o acesso, viabilizar mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, com responsabilidade mútua e resolubilidade. Entretanto, o debate em torno do acolhimento se intensificou a partir dos anos 2000, como proposta para a inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, de modo a assumir sua missão inicial, qual seja acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. (CAMELO, 2016)

O acolhimento não se faz apenas na porta de entrada das unidades de saúde, mas está presente em todo o percurso. Portanto, pode ser utilizado como ferramenta para a implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho. Sua função é atender a demanda diária, fazendo com que os usuários tenham resolutividade dos problemas menos complexos ou encaminhamento para outros serviços, quando necessário, por meio da equipe multiprofissional. Por fim, o acolhimento pode ser entendido como tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde (GARUZI, 2014)

Devido a importância deste tema, a ESF 026 no município de Macapá no Amapá, teve como ideia inicial em relação ao acolhimento da demanda espontânea, a classificação de Manchester modificada para Atenção Primária em Saúde (APS). Observei certa dificuldade com a aplicação por parte da equipe de enfermagem, logo decidi escolher o tópico: *aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento*, cujo objetivo seria de entender quais os principais empecilhos para sanar essas dificuldades e, assim, melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários.

Primeiramente, houve uma reunião com a equipe e foi questionado sobre as principais dúvidas, debatemos a cerca do que é o acolhimento e as dificuldades na implantação. Baseada nessa demanda, iniciei a construção de um material didático (APENDICE 3) que foi enviado para o endereço eletrônico dos integrantes da equipe para melhor esclarecer o que foi questionado.

---

---

Após o prazo dado para leitura do material, sugeri uma opinião por parte deles que se mostraram satisfeitos com esse momento de atualização e propuseram a realização de atualizações periódicas de acordo com os temas propostos por eles.

A principal dificuldade da realização desse aperfeiçoamento foi o tempo disponível para a equipe em realizar as reuniões e leituras do material para posteriormente discutirmos quais pontos poderiam ser melhorados, devido à demanda de atendimento, tentamos contornar separando mais dias para reunião que costumava ser mensal, agora possuímos um dia específico para reunião geral da equipe, onde os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deverão estar obrigatoriamente presentes. É esperado que esse protocolo de acolhimento e esses momentos de atualizações se tornem rotina na ESF 026, independente do profissional, pois sabemos que pessoas podem ir e vir, mas os feitos realizados ficarão.

Foi observado após a intervenção, maior segurança tanto na aplicação do protocolo pela equipe como também na explicação para a população de como estava funcionando o atendimento. Além disso, aumentei e solidifiquei meu aprendizado como médica e estudante. Espero que em um futuro próximo, nossa estratégia de acolhimento conte com uma sala específica destinada para sua realização contribuindo assim para uma melhoria na prestação de serviços à comunidade adscrita.

---

---

---

### **CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.**

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005).

A gestação é um momento especial repleto de significados e emoções para a família e um acontecimento que demanda uma série de ações pela área da saúde. Nos últimos anos, um tema tem emergido cada vez com mais força, exigindo debates, ações e principalmente, uma mudança de olhar por parte dos pesquisadores, gestores, trabalhadores de saúde e ativistas: a importância do envolvimento consciente e ativo do pai/parceiro (BRASIL, 2016).

Em um primeiro momento foi iniciada uma reflexão em equipe acerca dos pontos solicitados que dizem respeito aos programas de planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério. Foram encontradas duas principais fragilidades que estão descritas nos tópicos 1.1 e 2.3 do manual do AMAQ-AB, pois não são realizadas ações educativas para homens e mulheres sobre a decisão de ter filhos e a equipe não estava preenchendo adequadamente a caderneta da gestante. Em relação às palestras, percebeu-se que nas que são ministradas na UBS Rubim Brito, os presentes são de maioria feminina, ficando os homens em minoria e por vezes até em falta.

Quando analisei as cadernetas das gestantes atendidas, percebi uma falha de preenchimento que também diz respeito aos homens. Na parte final, onde há espaço para anotações do “Pré-natal do parceiro”, as linhas estavam incompletas ou em branco, devido à ausência do parceiro na maioria dos pré-natais realizados.

Sendo assim, minha primeira ação foi informar a equipe sobre nossas fragilidades e pensar em conjunto qual medida deveria ser tomada, chegou-se a conclusão que as palestras se tornariam obrigatórias as gestantes e a presença do companheiro também seria necessária para, assim, o preenchimento ficar mais adequado.

Estabelecemos que o primeiro convite fosse verbal, quando seria orientado à gestante trazer seu parceiro as consultas e palestras, se não fosse atendido, seria mandado uma carta explicando a importância de seu comparecimento e por fim, se ele ainda faltasse seria realizada busca ativa na residência.

---

---

Essas medidas são importantes para ampliar o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e programas de saúde, informar a população sobre seus direitos, como por exemplo, a licença paternidade, exames de rotina, testes rápidos e vacinação. E o objetivo final é melhorar a assistência pré-natal realizada em nossa UBS.

As dificuldades encontradas já eram esperadas, houve uma minoria de companheiros que após o convite verbal não compareceu, sendo necessária a carta convite, porém até o momento não se fez necessária a ida da equipe a residência. Os faltosos alegavam incompatibilidade com seu horário de trabalho, mesmo sendo informado sobre a declaração de comparecimento, então foram tornados flexíveis os horários de consulta para que eles comparecessem.

Com essa nova fase que estamos em nossa UBS, recebemos bastantes feedbacks positivos acerca das consultas e atenção prestadas a população. Considero o pré-natal como um dos programas mais bem realizados pela nossa equipe, pois há consciência de todos da importância desse momento.

Espero que melhore a aderência da população às palestras educativas, pois das rodas de conversa são feitas apenas enquanto há espera para marcação de consultas, atendimento ou exames, não há procura por palestras e rodas de conversa ainda, porém espero que ao decorrer desse ano haja mudança nessa realidade.

---

---

---

## **CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

Com o crescimento da população e aumento do número de pacientes com algum problema de saúde mental, a atenção prestada pelas redes de Atenção Primária em Saúde (APS), que inclui a Estratégia da Saúde da Família (ESF), na qual estou inserida e o Núcleo de Atenção à Saúde da família (NASF), é essencial nessa rede de cuidados ao paciente da saúde mental, pois somos nós, através das visitas que conseguimos entender o contexto familiar e social que ele está inserido, assim como mantemos um vínculo oferecendo um cuidado continuado.

Estes fatos justificam a importância da realização de ações voltadas para os pacientes que apresentam algum transtorno mental e objetivam a melhoria da assistência ofertada na atenção básica pela ESF.

A realidade do estado do Amapá no que diz respeito à saúde mental é precária, apenas a capital Macapá conta com atendimento especializado. Existem três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que funcionam como porta aberta, o CAPS AD (atendimento de pacientes usuários de álcool e drogas), o CAPS III que é conhecido como Gentileza (oferece atendimento para os adultos com transtornos mentais) e o CAPS infantil. O único CAPS habilitado perante Ministério da Saúde é o CAPS AD e o CAPS III que deveria ser 24 horas, mas não consegue funcionar todo o período.

Para suprir a necessidade local também contamos com a ala psiquiátrica no Hospital das Clínicas Dr. Alberto Lima, que recebem apenas pacientes em surto ou outras emergências psiquiátricas, sendo obrigatoriamente encaminhado do Hospital de Emergência (HE) que centraliza todos os atendimentos de urgência e emergência de média e alta complexidade do estado, isso sobrecarrega a equipe e a estrutura do local, diminuindo assim a qualidade da assistência prestada à população.

O serviço ofertado não é suficiente para a demanda do estado, foi nos relatado a dificuldade de conseguir consulta com especialista mesmo com a referência e ainda os que conseguiram atendimento referem rapidez no atendimento devido quantidade de pacientes. Como exemplo, posso citar um paciente sexo masculino, 22 anos, com diagnóstico de autismo e retardo mental grave que vinha apresentando comportamentos sexuais aumentados, praticando atos sexuais em público e com a medicação prescrita pelo psiquiatra há sete anos sem ajuste devido e com perca do acompanhamento, vem sendo acompanhado pela equipe 026 em visitas domiciliares, pois a mãe não tinha forças para

---

---

conter os atos em lugares públicos e não tinha com quem deixa-lo para enfrentar a fila de marcação de consultas com o especialista.

Após a primeira reunião com a equipe onde foram discutidos acerca dos tópicos exigidos pelo PMAQ para o atendimento e organização da saúde mental na atenção primária foram observados alguns pontos de dificuldade e como estávamos conduzindo. Não havia o registro de controle de usuários crônicos de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos e como consequências dessa desinformação também não eram realizadas ações específicas para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses.

Então, percebeu-se a necessidade de criar uma planilha (APENDICE 4), com o intuito de registrar o acompanhamento de pacientes. O instrumento foi criado com base nos requisitos do PMAQ e intitula-se “SAÚDE MENTAL- PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO” e todos os integrantes da equipe receberam orientações de como preencher essas informações, sendo a médica ou enfermeira responsável pela revisão e consolidar os dados ao fim do mês.

No decorrer de um mês utilizando a planilha, tivemos melhora na organização do cuidado que já vinha sendo prestado, sendo o tempo de retorno fiel ao que estava sendo traçado na planilha, ou seja, o paciente já sai da consulta sabendo que deve retornar no dia já marcado, isso facilitou a adesão e recebemos feedbacks positivos por parte de familiares.

Também tive contato com a psicóloga do NASF e acordamos em conseguir atendimento psicológico para os pacientes da mesma semana da primeira consulta médica e tentar em conjunto com esta equipe multiprofissionais, conduzir casos como depressão, transtorno de ansiedade e síndrome do pânico com mais eficiência, buscando sempre a resolutividade.

A partir dos dados, conseguimos elaborar uma roda de conversa com os pacientes diagnosticados com transtorno depressivo, respondendo as dúvidas sobre a doença e as medicações usadas, gostaríamos de tornar mensal esse grupo, porem estamos com um problema de espaço, o auditório esta ocupado por outra equipe, porem assim que a reforma finalizar pretendemos fortalecer esse grupo e aumentar o numero de participantes que ainda é baixo para que assim consiga excelência no atendimento e cuidado a esta área tão importante e negligenciada da medicina no nosso país.

---

---

---

## **CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**

A taxa de mortalidade infantil (óbitos de crianças menores de um ano) diminuiu na última década no Brasil. Isso se deve às ações de diminuição da pobreza, com melhora do saneamento básico, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e do Programa de Imunização. Os óbitos infantis diminuíram de 29,7 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010, ou seja, um decréscimo de 47,6% (IBGE, 2010).

Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária de nosso País (BRASIL, 2012).

Devido aos dados acima, entende-se a importância de uma assistência de qualidade a criança durante a primeira infância, então a microintervenção do módulo de atenção a saúde da criança iniciou juntamente com a nossa reunião mensal, apresentei o questionário para microintervenção (ANEXO 1), à equipe e respondemos juntos para que chegássemos as conclusões e ideias de como melhorar nossa assistência. Foram percebidas muitas falhas, irei discorrer sobre elas.

Primeiramente no que diz respeito à busca ativa, percebi que ela não era realizada assim como a busca ativa aos hipertensos, diabéticos, pacientes do programa de tuberculose e hanseníase, também percebi um número baixo de crianças cadastradas em determinadas micro áreas, logo convoquei os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), e colocamos como meta realizar o recadastramento e a busca ativa por essas crianças, tendo assim dados atualizados.

Quando iniciei os atendimentos na UBS Rubim Brito organizei os dias de atendimento voltado para os grupos prioritários, separamos as quartas feiras no turno da tarde para atendimento a criança e adolescente, porém há flexibilidade, esse horário reservado foi para guiar a equipe e organizar as nossas prioridades. Também já havia um modelo de ficha de atendimento de consultas de puericultura, nesse prontuário constam informações como vacinação em dia, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional e desenvolvimento neuropsicomotor, faltam informações acerca do teste do pezinho,

---

---

violência familiar e acidentes, porém em minhas consultas sempre questiono essas situações a anoto no prontuário. Apesar de utilizarmos a caderneta da criança, não há espelho destas na unidade, entramos com essa solicitação de impressos a prefeitura, pois não temos impressora em nossa equipe. Estamos aguardando retorno.

No tópico: “A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?” percebi que era a minha principal falha, pois deixava a desejar nessa parte de orientação, logo além de estabelecer um momento de orientação verbal em todos os atendimentos sobre a introdução alimentar e a importância do aleitamento, a equipe 026 do município de Macapá elaborou um impresso (APÊNDICE 5), com orientações gerais de como realizar a alimentação complementar, sendo ele disponibilizado durante a consulta.

Após essa intervenção percebi que corrigimos muitos erros, como por exemplo, uma grande parcela de mães relatava que estavam fazendo papas batidas em liquidificador e não amassadas, assim como muitas desconheciam a contra indicação do mel para menores de 1 ano. Então, espero que essa mudança seja permanente e que todas as equipes da ESF do estado tenham essa preocupação não só com a alimentação, mas também com a importância da puericultura na atenção básica.

---

---



---

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

As doenças crônicas não transmissíveis, consideradas uma epidemia na atualidade, constituem um sério problema de Saúde Pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nesta lista incluem-se as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus (DM), além das desordens mentais e neurológicas, bucais, oculares, auditivas, ósseas e articulares e as alterações genéticas, por se considerar que exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral (CARVALHO FILHA et al, 2014).

As principais doenças crônicas que lidamos no dia-a-dia da nossa equipe são HAS, DM e obesidade, vendo isso, realizamos a reunião para respondermos o questionário que está no ANEXO 2, percebemos que nossa maior falha encontra-se no que diz respeito ao registro dos pacientes de maior gravidade e no tópico de realização da fundoscopia e do exame do pé diabético, porém também refletimos acerca das boas ações que já realizamos, como por exemplo, a carteirinha do HIPERDIA, que pertence ao paciente e nela constam as informações acerca da medicação utilizada, dos valores de glicemia capilar e pressão arterial assim como, a data da próxima consulta que respeita o espaço máximo de 2 meses, sendo intercaladas entre o profissional médico e de enfermagem, para que não haja perda do vínculo equipe-paciente.

Em nossa equipe, não realizamos o exame de fundo de olho assim como não realizamos o teste do olhinho, pois estamos sem oftalmoscópio desde o início do ano e até o presente momento ainda não foi entregue, sendo necessário encaminhar o paciente para realizar o exame em outro local.

O exame do pé diabético também fica comprometido, pois não possuímos o monofilamento de 10g para pesquisa de perda da sensibilidade protetora, também não possuímos diapasão para avaliar a sensibilidade vibratória, porém nas consultas dos diabéticos sempre há um momento para avaliação de pulsos distais, calosidades, temperatura, úlceras e deformidades ósseas ou ungueais.

Em relação ao acompanhamento do paciente com obesidade, notamos que em todas as consultas é realizada a antropometria, cálculo do IMC e classificação de acordo com o resultado. Sempre procuro explicar para os pacientes os graus de obesidade e em qual ele

---

---

se encontra, orientando acerca das comorbidades que podem existir para que neste momento ele perceba que a obesidade não é apenas estar acima do peso.

Na primeira consulta já são solicitados exames laboratoriais de glicemia e o perfil lipídico para buscar se o paciente se enquadra no quadro de síndrome metabólica e acionando o NASF para avaliação dos profissionais de nutrição com prescrição de dieta específica para o paciente, ele já sai da consulta com seu retorno estabelecido. Porém se o paciente após esse acompanhamento não obtiver resultados, ou em casos de obesidade mórbida encaminhado diretamente ao serviço de endocrinologia.

Outra atividade que consideramos exitosa é o nosso vínculo com nossos pacientes do programa HIPERDIA. Começamos o ano estabelecendo esse programa como uma das prioridades, para isto organizou-se um dia específico, manhãs de terça-feira, para atendimento prioritário dos usuários cadastrados, assim como se estabeleceu que a falta em duas consultas fosse realizada busca ativa por meio dos agentes comunitários para justificativa da ausência, sendo realizado atendimento domiciliar, se necessário.

Então, concluímos que muitas melhorias já foram alcançadas, entretanto ainda há muito trabalho a ser realizado para que alcancemos os resultados esperados, como por exemplo, a diminuição de internações por infarto, AVE e crises hipertensivas. Além da diminuição dos casos de retinopatias e amputações secundárias ao diabetes, e isso só será possível com um controle rigoroso destas doenças crônicas na atenção primária.

---

---

## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>Observação na Unidade de Saúde</b>	Não havia registro de percentual de atendimentos de demanda espontânea, então foi estabelecido: registrar os atendimentos de demanda espontânea, utilizar critérios para agendamentos de consultas e utilizar os dados para planejar melhorias.	Organização do fluxo de atendimento e criação de um parâmetro com o consolidado mensal.	Manter em nossos registros na agenda a sigla DE, para o que for demanda espontânea e elaborar um perfil do que é mais prevalente nestes atendimentos para perceber onde estão as possíveis falhas na prevenção.
<b>Acolhimento à Demanda Espontânea Programada</b>	Implantação do protocolo de Manchester modificado com orientações de como aplica-lo	Acolhimento e triagem organizados por prioridades de atendimento.	Realizar mais atualizações sobre os temas que mais necessários, ou seja, os mais fragilizados para que haja domínio de conhecimento por toda a equipe, para evitar também informações repassadas de maneira errada a população no primeiro contato que é o acolhimento.
<b>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.</b>	Implantou-se a Carta convite ao parceiro, se necessário para seu comparecimento no acompanhamento pré-natal da gestante	Mais engajamento do homem na vivência da gestação assim como foi aproveitado seu comparecimento para realizar triagens de diabetes, infecções sexualmente transmissíveis e outros.	Permanecer com as alterações no programa de pré-natal. Entre elas, o preenchimento completo de todas as informações do pré-natal para que a gestante tenha informação de todo seu quadro assim como o médico (a) que realizará a parto na maternidade de referencia, havendo sempre essa comunicação entre os profissionais e o paciente.
<b>Atenção à Saúde</b>	Criação de Tabela de	Organizar a	Manter a organização e criar

<b>Mental Atenção Primária Saúde</b>	<b>na à</b> controle de usuários de medicações psicotrópicas	periodicidade das consultas, para os pacientes não ficarem sem medicação ou acompanhamento medico.	rodas de conversas periódicas com pacientes da saúde mental para discutir medos e apreensões dos mesmos. Muitas vezes os pacientes tem cuidadores que também necessitam de atendimento psicológico ou psiquiátrico, então buscaremos também grupos de apoio aos cuidadores de pacientes autistas, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, entre outros.
<b>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</b>	Elaboração de impresso para mães com orientações sobre a alimentação complementar.	Mais informação é repassada para uma alimentação adequada nessa fase importante de crescimento.	Consolidar as mudanças e ampliar os impressos informativos. Buscar feedbacks por parte da população de temas que mais interessam as famílias e assim elaborar periodicamente panfletos de orientação.
Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	Distribuição da caderneta do HIPERDIA	Atualizar os dados da caderneta e pacientes mais informados acerca da doença crônica que possuem.	Buscar ativamente quem são os pacientes hipertensos e tabagistas que serão prioridades no próximo grupo de tabagismo e ampliar nosso grupo de controle ao tabagismo que é tido como fator de risco para desenvolvimento de comorbidades cardiovasculares.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Especialização em Saúde da família foi de suma importância para minha vida profissional. Médica formada há menos de 1 mês quando aceitei esse desafio que foi atuar na Estratégia Saúde da Família. Apesar da inexperiência e da pouca idade, fui muito bem recebida pela equipe e pelos pacientes, pois a minha vontade era dar o meu máximo e ouvir sempre, isso fez a diferença. A partir da especialização pude nortear meu trabalho como médica e atualizar conhecimentos acerca de acolhimento, estrutura e programas da atenção primária.

O que todas as microintervenções têm em comum é que foram baseadas em dificuldades percebidas pela equipe em conjunto, isso melhora a relação interpessoal e o conhecimento das nossas fragilidades como um time. O primeiro relato está intimamente ligado com o segundo, pois ambos se referem a demanda espontânea e acolhimento, visando sempre a importância do primeiro contato com o usuário. Já os demais se referiam aos respectivos programas de atuação.

A realidade que encontrei foi de que médico ainda era visto como autoridade maior, e que o que é falado por um médico não pode ser discutido, quando na verdade meu desafio era esse: diálogo. Seja ele no atendimento domiciliar, no atendimento na unidade ou nas reuniões de equipe. Sempre perguntar como o paciente espera ser ajudado, explicar o tratamento e mostrar para ele as diferentes formas de conduzir sua situação clínica para que em conjunto, médico-paciente-equipe, se alcance nosso objetivo de resolutividade. Por fim, este é um processo de crescimento profissional e de autoconhecimento que está apenas começando e que conseguimos potencializar nossos resultados como equipe que somos.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005

CAMELO, Marina Shinzato et al . Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 4, p. 463-468, Aug. 2016 .

CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko; MEDINA, Maria Guadalupe. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 265-278, Oct. 2014 .

GARUZI, Miriane; ACHITTI Maria; SATO Cintia; ROCHA Suelen; SPAGNUOLO Regina. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144–9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14209-asi-censo-2010-escolaridade-e-rendimento-aumentam-e-cai-mortalidade-infantil>.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 165-179, Mar. 2015

TEIXEIRA, Carmen Fontes, SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula series, nº3

---

---

## APÊNDICES

---

---

## APENDICE 1

**Descrição do padrão:** Acolhimento da demanda espontânea. DIMENSAO: educação permanente, processo de trabalho e atenção integral a saúde, SUBDIMENSÃO: organização do processo do trabalho.

**Descrição da situação problema para o alcance do padrão:** Não há registro e percentual de atendimentos de demanda espontânea, não há protocolos e definições de critérios para agendamento das consultas. A equipe não utiliza dados de acolhimento para orientar planejamento de ações.

**Objetivo/meta:** Registrar os atendimentos de demanda espontânea, utilizar critérios para agendamentos de consultas e utilizar os dados para planejar melhorias.

Estratégia para alcançar os objetivos	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Anotar na agenda com a sigla DE (demanda espontânea)	Iniciar a mudança na estrutura da agenda de atendimentos, instrução utilizar caneta vermelha para destaque de DE.	Necessário recurso material, como caneta, agenda, e recurso pessoal para anotação	Conhecimento de qual percentual de atendimento da nossa área.	Técnicos enfermagem	11/05/18	Análise de dados adquiridos no período
Agrupar os dados ao fim do mês em uma planilha e apresentá-los na reunião mensal para planejamento	Criar planilha no EXCEL, com o número total de atendimentos mensais e quantos destes foram de DE.	Computador com o programa Microsoft Excel	Espera-se um percentual de 40% em média	Medica	30/05	Avaliar o percentual/indicador de atendimentos
Utilizar classificação de risco no primeiro contato	Instruir a equipe técnica de enfermagem sobre a classificação de Manchester e adaptá-la a nossa realidade	Impressora para imprimir e fixar em local visível na sala.	Espera-se um acolhimento organizado e com critérios.	Tec. enfermagem, medica, enfermeira	08/05/18	Espera-se a melhora do indicador de atendimento de demanda espontânea com o início das atividades de protocolo.



---

**APENDICE 2**

	Número total de atendimentos	Atendimentos médicos	Atendimentos enfermagem	Demanda espontanea
Abril				
Maio				
Junho				
Julho				
Agosto				
Setembro				
Outubro				
Novembro				
Dezembro				
TOTAL				

---

---

## APENDICE 3

### ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTANEA

#### PERGUNTAS:

1)Qual o meu papel nessa nova estratégia? (enfermagem)

- É responsável pelo primeiro contato clínico.
- Deve avaliar e decidir rapidamente
- Gerir sala de espera.
- Iniciar ou auxiliar nos primeiros socorros.
- Identificar vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, garantindo o fluxo segundo a necessidade de cada um.

#### 2) O QUE TENHO QUE AVALIAR?

- Queixa principal: Início – evolução – tempo de doença
- comprometimento de vias aéreas, choque ou crises hipertensivas( aferir Pressão arterial);
- Dor: classificar em severa, moderada e leve
- Hemorragia;
- Estado de consciência;
- Temperatura.
- saturação de O2
- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios

#### 3) COMO CLASSIFICAR?

	<b>Prioridade</b>	<b>COR</b>	<b>TEMPO</b>
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Adaptando a nossa realidade:

“não urgentes”= agendar uma consulta eletiva

“pouco urgentes”= poderão ser atendidos num outro turno, de acordo com cada situação e com o volume da demanda espontânea do dia.

---

---

APENDICE 4

SAÚDE MENTAL- PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO  
EQUIPE 026

NOME	IDADE	DIAGNOSTICO	MEDICAÇÕES	DOSE	ULTIMO SURTO	RETORNO

---

## APÊNDICE 5

### **Orientações sobre a Alimentação Complementar**

- Até o 6 mês: LEITE MATERNO EXCLUSIVO
- Mel é contra indicado em menores de 1 ano
- Não utilizar açúcar ou sal no preparo dos alimentos

**6 mês:** Papas de frutas amassadas, servidas em colheradas.

Manter aleitamento

O leite ordenhado, dura: 2 horas em temperatura ambiente, 12 horas na geladeira e 15 dias se congelado abaixo de 10 graus negativos.

**7-8 meses:** introduzir papa salgada, fazendo 2 papas principais (almoço e jantar) intercaladas com frutas e leite materno, totalizando por volta de 5 refeições.

**9-11 meses:** a criança poderá receber alimentação da família de acordo com seu desenvolvimento.

**12 meses:** alimentação da família, desde que seja correta e tenha os grupos essenciais.

#### **- Como preparar as papas?**

As papas devem conter:

1. Cereal ou tubérculo: Arroz ou milho ou macarrão ou batata
2. Proteína animal: carne bovina ou carne de aves ou carne de peixe ou ovos
3. Leguminosas: feijão ou soja ou grão de bico ou ervilha
4. Legumes: cenoura, beterraba, abobora/jerimum, chuchu, vagem
5. Verduras : couve, alface, repolho

**NÃO BATER NO LIQUIDIFICADOR!** Apenas amassar os alimentos...

Referência: Tratado de Pediatria SBP, 3 Edição, 2014.

---

---

---

## ANEXOS

---

---

ANEXO 1

**Questionário para Microintervenção**

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

--	--	--

## ANEXO 2

### Questionário para microintervenção

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		x	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	1		1	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	x			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	x			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				x
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	x		x	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão	x			

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?	x			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		x		
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		x		
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		x		
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			x	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				x
A equipe realiza exame de				x



fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				
<b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	<b>x</b>			
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?	<b>x</b>			
<b>Se SIM no item anterior, quais ações?</b>				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>x</b>			
Oferta ações voltadas à atividade física		<b>x</b>		
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	<b>x</b>			
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>x</b>			
Encaminha para serviço especializado	<b>x</b>			
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		<b>x</b>		

]

