



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

**INTERVENÇÕES EM BUSCA DE MELHORIAS NA QUALIDADE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO
SOCORRO(SE) ATRAVÉS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

RAPHAEL ALMEIDA SANTIAGO DE ARAUJO

NATAL/RN
2018

INTERVENÇÕES EM BUSCA DE MELHORIAS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO(SE) ATRAVÉS
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

RAPHAEL ALMEIDA SANTIAGO DE ARAUJO

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

Dedico esse trabalho a todos os pacientes que tive a honra de atender e de algum modo contribuir com sua saúde, de sua família e da comunidade onde vivem.

Agradecimentos especiais a minha Equipe de Saúde da Família, que me ajudou a construir todo conhecimento aqui relatado, e ao meu Facilitador Pedagógico, Professor Ricardo (UFRN), por todo o apoio científico para conclusão dessa etapa importante do curso.

RESUMO

Introdução: A Atenção Básica (AB) no Brasil baseia-se fundamentalmente no modelo de atenção, promoção e proteção à saúde da população. Nesse sentido, deve-se preconizar a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde prestados à comunidade. Assim, o uso dos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) é grande aliado na busca de um serviço adequado e na implementação efetiva da Saúde da Família e Comunidade. **Objetivo:** relatar o planejamento, execução e resultados das microintervenções realizadas na UBS Otaviana Matos, localizada em Nossa Senhora do Socorro/SE. Essas intervenções derivam do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pelo PEPSUS (UFRN) em parceria com o Programa Mais Médicos. **Metodologia:** Através de reuniões periódicas da equipe de saúde da família, delineou-se a formação de diagnósticos situacionais dos serviços prestados à população. Após discussões e leitura de bibliografia correspondente, foram construídas matrizes de intervenção, e aplicadas ao decorrer das atividades da pós-graduação. **Resultados:** Através da realização das intervenções, pudemos identificar falhas no serviço e atuar de maneira incisiva naquelas passíveis de resolução interna, trazendo resultados positivos nos indicadores de qualidade, e melhorias no acesso aos serviços de saúde. **Considerações Finais:** Apesar dos aspectos particulares de cada intervenção, foi possível identificar alguns pontos comuns no tangente às atribuições da ESF, à extensão de seu impacto na comunidade e aos déficits no processo de gestão. A busca constante pela qualidade e resolutividade no serviço prestado à população deve ser norte, através da atualização, capacitação e monitoramento contínuo.

Palavras-chave: Saúde da Família. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

Dedicatória	03
Agradecimentos	04
Resumo	05
Apresentação	07
Capítulo I: Observação na Unidade de Saúde	08
Capítulo II: Demanda Espontânea: Um Caminho, Um Desafio	14
Capítulo III: Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério no Contexto da UBS	18
Capítulo IV: Linha de Cuidado em Saúde Mental: Relato de Experiência	23
Capítulo V: Atenção à Saúde da Criança: Considerações e Relato	28
Capítulo VI: O Desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS	32
Capítulo VII: Planos de Continuidade	36
Considerações Finais	38
Referências	39
Anexos	40

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho é formado por uma coletânea de seis relatos de experiências, construídos a partir de microintervenções realizadas no território onde atuo como Médico de Família e Comunidade, no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Essas intervenções derivam do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela UFRN em parceria com o Programa Mais Médicos para o Brasil (Ministério da Saúde/DF).

Nossa Senhora do Socorro/SE, onde foram realizadas as atividades de aperfeiçoamento, é um município Localizado na Região Metropolitana de Aracaju (capital do Estado de Sergipe), cidade-dormitório, com mais de 180 mil habitantes (segundo dados do IBGE/2017). A UBS Otaviana Moreira Matos se localiza no Conjunto Marcos Freire 3, uma área distante da região central da cidade e que concentra uma população que sofre com os problemas da marginalização urbana. Devido a isso, lidamos diariamente com pacientes de doenças crônicas que muitas vezes sofrem e queixam-se de familiares envolvidos com a criminalidade e com o uso e venda de drogas ilícitas. Também podemos frisar a alta mortalidade de pacientes jovens envolvidos nas atividades criminosas.

Pretendemos, com a realização dessas intervenções, oferecer aos nossos pacientes uma saúde pública de qualidade, sempre atualizada, e criar mecanismos que mantenham essa qualidade e atualização através do trabalho em equipe e de ações articuladas com a gestão municipal. Essas intervenções foram baseadas nos protocolos mais atualizados do Ministério da Saúde, e nas metas indicadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Por fim, convido a todos para leitura do meu trabalho. Que minhas experiências possam influenciar e propagar boas ideias e iniciativas para melhorias na Atenção Primária em todo Brasil. Desejo uma excelente leitura!

CAPÍTULO I: Utilização da AMAQ como instrumento avaliativo e acompanhamento dos indicadores PMAQ através de dispositivos visuais.

Em 19 de julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1.654 criando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o qual é considerado a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS”, e almeja a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade “das práticas de gestão, cuidado e participação” na Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A criação do PMAQ esteve atrelada ao desenvolvimento de um processo autoavaliativo denominado AMAQ, dispositivo inicial de autoavaliação que auxilia no planejamento das ações da equipe. Esse instrumento facilita a identificação dos pontos críticos que devem ser trabalhados, assim como, as ações de intervenção que devem ser implementadas pela equipe (BRASIL, 2016).

Juntamente com minha Equipe de Saúde da Família, em duas reuniões realizadas na Unidade de Saúde, pudemos preencher o instrumento de autoavaliação do PMAQ. Esses momentos de leitura dos itens avaliados trouxeram discussões calorosas bastante participativas e construtivas. Cada pessoa da equipe conseguiu externar seus pensamentos e suas opiniões sobre o que fazemos e como deveria ser feito. Avaliamos a gestão municipal, a atenção primária, a unidade de saúde que trabalhamos e nossa própria equipe, e percebemos que muita coisa está pendente para alcançarmos um grau de qualidade que a população merece.

No preenchimento do AMAQ e criação das matrizes de intervenção, pudemos classificar problemas que fossem passíveis de mudança somente com ações da equipe, como: melhorias no acolhimento à demanda espontânea, organização e otimização das visitas domiciliares, facilidade de agendamento e marcação de retornos, acesso e ampliação do número de procedimentos preventivos realizados na USF, e busca ativa de recém-nascidos na primeira semana de vida.

Identificamos também problemas mais complexos na unidade e na gestão, que não serão passíveis de mudança somente com nossas ações, mas que

dependem de nossa avaliação, monitorização e cobrança de melhorias. Pudemos priorizar entre eles: dificuldades importantes no acesso a consultas de especialidades e marcações de exames, escassez nas atividades de educação permanente, precariedade na sala de observação e nebulização, falta de segurança na unidade de saúde, falta de espaço físico para realização das atividades dentro da unidade, ausência de sistemas informatizados (prontuário eletrônico), entre outros.

Escolhemos os problemas cuja pontuação foi igual ou inferior a 5, e que fossem passíveis de resolução apenas com ações internas da equipe: baixo percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida (matriz de intervenção em anexo), baixa razão de coleta de material citopatológico do colo do útero e dificuldades no acolhimento à demanda espontânea. Deixamos como meta alcançar os padrões de qualidade definidos pelo PMAQ e pelos Manuais de Acolhimento à Demanda Espontânea do Ministério da Saúde.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão: A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: A equipe realiza poucos atendimentos para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida, causando desassistência.						
Objetivo/meta: Realizar atendimento de todos os recém-nascidos e puérperas na primeira semana após o parto.						
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
Orientações ainda durante o pré-natal para a gestante (comparecer à UBS na primeira semana pós-parto).	Informar importância da consulta com médico ou enfermeiro na primeira semana pós parto.	Panfletos, avisos, anotações em caderneta.	Adesão das gestantes à consulta na primeira semana pós-parto.	Raphael (médico) Agleide (enfermeira)	15 dias	Tabela e gráfico para acompanhamento do índice de atendimento.
Orientar recepção sobre atendimento no mesmo turno que a puérpera se apresentar na unidade, sem agendamento.	Reunião com funcionários da recepção sobre o acolhimento da livre demanda de puérperas.	Aviso em mural, cartaz explicativo.	Melhor acolhimento à demanda de puérperas que tem atendimento negado por não haver agendamento.	Recepcionistas: Creuza Elionai Cleide	30 dias	Tabela e gráfico para acompanhamento do índice de atendimento.
Busca ativa semanal pelos ACS's nos lares das gestantes, a partir de 38 semanas de gestação.	Visitas semanais pelos ACS's informando a necessidade de comparecer à UBS para consulta.	Visita Domiciliar.	Captar puérperas acamadas, ou que não foram informadas da necessidade de atendimento.	ACS's: Dayse, Edilene, Alex, Sueli	30 dias	Tabela e gráfico para acompanhamento do índice de atendimento.

Inicialmente, para atingir a meta de 1,0 atendimento/recém-nascido, exclusivamente na primeira semana de vida, planejamos: orientações ainda durante o pré-natal sobre a importância da consulta com médico ou enfermeiro na Atenção Básica logo após o nascimento do RN; orientar usuários e funcionário da recepção sobre atendimento no mesmo turno que a puérpera se apresentar na

unidade, sem necessitar de agendamento; busca ativa semanal pelos agentes comunitários de saúde nos lares das gestantes, a partir de 36 semanas de gestação, orientando a mãe e o RN a comparecerem na UBS; e criação de planilha/gráfico a fixar no mural do consultório para monitoramento desse indicador.

Em relação à razão de coleta de material citopatológico do colo do útero, para atingir a meta de 0,3 exame por mulher (entre 25 e 64 anos) cadastrada por ano, ou 0,025 exame por mulher (entre 25 e 64 anos) cadastrada por mês, planejamos: orientações sobre importância do exame e marcação de data de exame oportunamente à todas as mulheres entre 25 e 64 anos que se apresentarem na UBS, seja para consulta de cuidado contínuo, agendamento ou sob demanda espontânea, que se incluam nas orientações do Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero; Atividades educativas periódicas para população sobre saúde da mulher e sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis; Capacitação da Equipe através da leitura das diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo de Útero e reuniões para discussão e fixação do conteúdo; e criação de planilha/gráfico a fixar no mural do consultório para monitoramento desse indicador;

Para melhoria no acolhimento à demanda espontânea de nossa população adscrita, estudamos o Manual de Acolhimento à Demanda Espontânea individualmente e em reunião criamos um fluxograma simples interno para organizar e responsabilizar cada indivíduo da equipe nesse processo. Também ampliamos o acesso a agenda médica e da enfermagem para acolher a demanda espontânea.

Tivemos algumas dificuldades em relação a quem iria fazer a triagem da demanda espontânea e definir a necessidade de atendimento no turno, no dia ou por agendamento. Também se criaram muitos questionamentos sobre os critérios clínicos e sociais que seriam utilizados para realizar a triagem. Com isso planejamos novas reuniões para aperfeiçoar o acolhimento à demanda espontânea e quais serão os indivíduos responsáveis.

Por enquanto, ficou-se definido que a auxiliar de enfermagem da equipe iria avaliar o quadro inicialmente e conversaria com o médico ou a enfermeira sobre a necessidade/possibilidade de atendimento, e qual tipo de atendimento esse

paciente necessita. Iremos realizar capacitações sobre o Protocolo de Manchester e adaptar para Atenção Básica, de acordo com os manuais do Ministério da Saúde.

Grafico 1: atendimentos de Recém-Nascidos exclusivamente na primeira semana de vida. Ano 2018

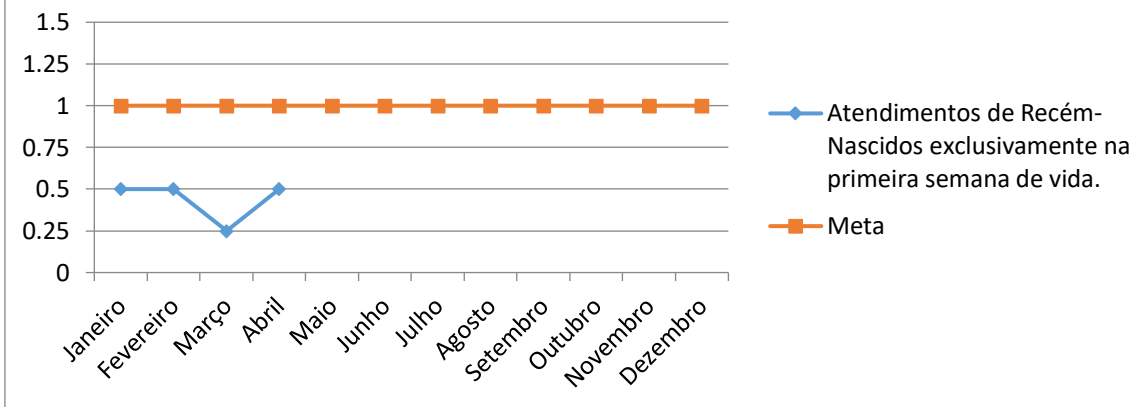


Grafico 2: Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero. Ano 2018

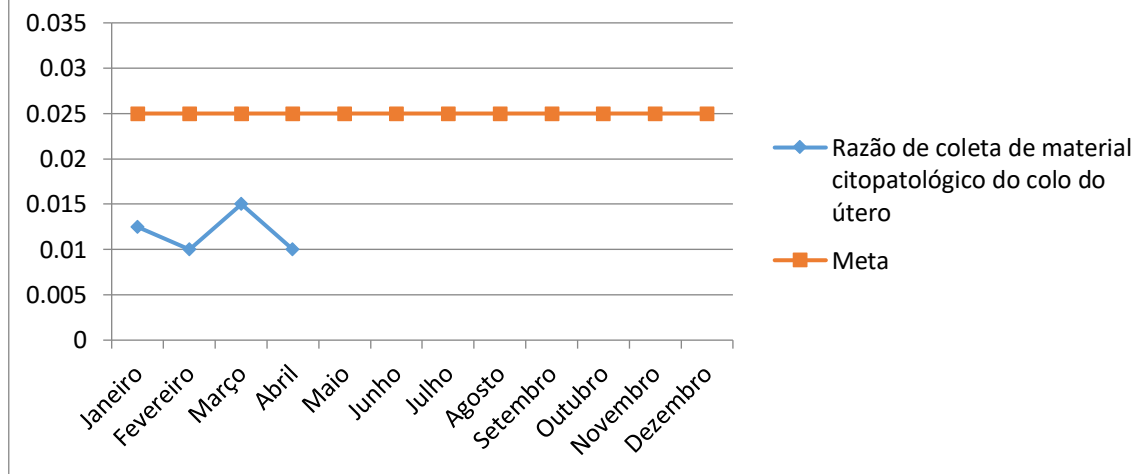


Tabela 1: Atendimentos de Recém-Nascidos

exclusivamente na primeira semana de vida.

Método de cálculo: Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida na equipe / Total de recém-nascidos a serem acompanhados na equipe.

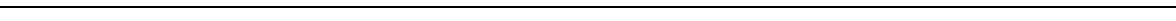
Onde: Recém-nascidos a serem acompanhados = Nascidos vivos – Óbitos neonatal precoce (até 6 dias).

Ano _____	Meta: 1,0
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	
Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	

Tabela 2: Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero

Método de cálculo: Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero no mês/ População feminina cadastrada entre 25 e 64 anos de idade.

Ano _____	Meta: 0,025
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	
Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	



CAPÍTULO II: Demanda Espontânea: Um Caminho, Um Desafio.

Demanda espontânea é todo atendimento não agendado, é uma demanda momentânea do paciente e perpassa de uma simples informação ao atendimento de urgência e emergência. Configura também, um desafio para a gestão da clínica médica, da saúde da família, da comunidade e dos órgãos gestores da saúde pública.

Não existe a possibilidade de ordenar o atendimento a demanda espontânea sem que antes ocorra o controle dos fatores limitantes tais fatores são: demanda das consultas agendadas, acolhimento eficiente dos pacientes vide demanda espontânea, compreensão do espaço de trabalho pela equipe de saúde do Posto de atendimento.

É necessário compreender que o acolhimento está além da triagem e ele tem como função a humanização do atendimento ao paciente, dialogando com um conceito ampliado de saúde, não apenas focado no conceito arcaico de doente versus não doente, trata-se da promoção da saúde mental e social de cidadão e reverbera na comunidade com um acolhimento mais humanizado (BRASIL, 2013).

Ficou evidente, após muitas reuniões com a equipe de saúde, que tanto o espaço físico quanto a não determinação de um modelo de triagem eficiente corroboram para a manutenção da situação indesejada. Conversamos em reunião como difícil é a gestão da demanda espontânea sem antes estabelecer nosso modelo de gestão dos pacientes e o quanto ouvir os pacientes integrantes da comunidade facilita a criação de um modelo conscientizador de profilaxia, tendo como resultado a prevenção de problemas que resultariam no surgimento de demanda espontânea.

Foi pedido para avaliarmos a formatação atual e percebemos que nessa formatação a equipe de saúde ficava impossibilitada de acolher a demanda espontânea em detrimento da demanda agendada de pacientes, além disso, ficou evidente após observação que o acolhimento à demanda espontânea tem função primordial para o bom funcionamento da UBS, e que a classificação de risco, da demanda espontânea, no momento da triagem, é de grande valia para a mudança dessa conjuntura.

Por fim, observamos em uma dinâmica de grupo a necessidade do atendimento domiciliar. O atendimento domiciliar reduz e previne o surgimento de demanda espontânea, pois problemas que envolvem profilaxia simples e conscientização são feitos *in loco* sem necessariamente a participação da equipe de saúde diuturnamente na comunidade.

Em síntese, a compreensão do quadro geral que impossibilita e retarda a possibilidade de acolhimento à demanda espontânea nos desafia como equipe de saúde e nos mostra alguns caminhos para reduzir essa problemática. Sendo assim, é necessário saber quais medidas interventivas devem ser tomadas, são elas: reestruturação do atendimento domiciliar, estabelecer um modelo de acolhimento eficiente que se comunica com os problemas espaciais da UBS e estabelecer diálogo entre demanda agendada e demanda espontânea.

Para resolução dessa problemática, ficou clara a necessidade de mudança na postura da equipe de saúde, observamos o problema e criamos um modelo de gestão mais eficiente para o acolhimento e para lidar com a demanda espontânea, desde a recepção à triagem propriamente dita, tendo como resultado um acolhimento à demanda espontânea eficaz sem comprometimento do atendimento agendado e como subproduto a redução deste. Para isso em primeiro plano, criamos um modelo de acolhimento na forma de fluxograma como se pode observar abaixo.

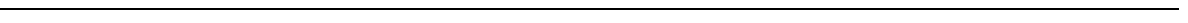
Após a criação do fluxograma fizemos uma capacitação interna, usando-o como referência, e conseguimos reduzir a quantidade de consultas agendadas, aumentamos tanto a qualidade do acolhimento quanto a qualidade das consultas por demanda espontânea.

Em segundo plano, determinamos reuniões recorrentes com os ACS, visando compreender os problemas locais, tendo em vista contemplar a demanda sobre conscientização tocante às medidas profiláticas simples que previnem e reduzem a demanda espontânea, todo esse processo perpassa pela conscientização e responsabilização da equipe saúde e comunidade.

Referente a isso o controle e a revisão dos prontuários se mostrou importante ferramenta para reduzir ainda mais essa problemática, o uso da classificação S. O. A. P. guia e facilita a compreensão do paciente pela equipe e deve ser usado como ferramenta. Sendo assim, ficou ainda mais claro que precisamos ouvir com mais frequência o paciente, compreender suas mazelas e aliviar o sofrimento. Dessa forma, compreendemos que o comprometimento da equipe de saúde em tornar-se e tornar o paciente agente ativo na comunidade e percebemos que é de grande valia o uso do prontuário e a escuta atenta ao paciente para a sua criação.

É válido ressaltar que a mudança, mesmo que lenta e gradual, a qual as equipes de saúde passam após a compreensão desse tema, é relevante, no que se trata a gestão da clínica e gestão dos problemas da comunidade assistida. Dessa forma, a tríade: gestão da

UBS, comunicação com a comunidade e modelo de gerenciamento que se comunica com os órgãos competentes, tem forte possibilidade de otimizar, humanizar e prosperar o acolhimento da demanda espontânea, cumprindo o anseio de promoção de saúde.



CAPÍTULO III: Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal E Puerpério No Contexto Da UBS.

O relato em questão constitui uma breve análise acerca das estratégias utilizadas pela equipe de saúde básica no que tange às práticas de acolhimento e acompanhamento em termos de planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério. Através de reuniões semanais, a equipe de saúde da família destacou alguns aspectos positivos e a necessidade de melhoria em determinadas abordagens.

Como descrito por Luiz et al (2015), a assistência ao planejamento reprodutivo fundamenta-se em ações de promoção, prevenção, informação e educação em saúde de modo que sejam consideradas as particularidades e os direitos reprodutivos e sexuais dos homens e mulheres no contexto da comunidade. Nesse sentido, um conjunto de práticas são adotadas no serviço de saúde básica visando à consolidação do indivíduo enquanto detentor da capacidade de escolha reprodutiva.

A Unidade Básica de Saúde através da qual se baseia a experiência aqui relatada conta com algumas políticas de assistência reprodutiva, embora encontre alguns déficits na consolidação integral das práticas. Em meio às discussões realizadas pela equipe, foi acordada a organização de diretrizes em três eixos. No primeiro, foi discutido o papel da UBS na divulgação da informação sexual e reprodutiva, perpassando pelo caráter educativo do processo. Já no segundo, foram observadas as ações preventivas e de promoção em saúde. Diante das observações de tais eixos foi realizado, por fim, um debate acerca das possibilidades de melhoria dos serviços ofertados através de intervenções efetivamente práticas.

Constatamos um déficit preocupante no que tange à divulgação da informação e estruturação de grupos de discussão sobre reprodução e sexualidade. Ações educativas sobre a decisão de ter ou não filhos não são promovidas no contexto da comunidade, e o diálogo com a população é segmentado. Conteúdos relacionados às questões de gênero e sexualidade, prevenção de HIV/AIDS e outras DST's não são discutidos com a comunidade, embora haja um programa satisfatório de prevenção. Quanto aos assuntos intrínsecos à saúde sexual, o debate é restrito ao público jovem; gestantes e idosos não contam com o serviço de aconselhamento.

Métodos contraceptivos básicos, tais quais preservativos (masculino e feminino), anticoncepcionais oral e injetável, pílula do dia seguinte e dispositivo intrauterino (DIU), são ofertados à população. Contudo, foi detectada uma necessidade de melhorar a

abordagem de modo que a comunidade tome conhecimento da disponibilidade, das implicações e da adequação dos métodos a cada particularidade.

Quanto ao tratamento das DST's diagnosticadas, o serviço conta com algumas limitações. Dentre elas, o fator que se sobressai é a falta de algumas medicações na farmácia da Unidade. Quanto aos casos diagnosticados de HIV, a equipe realiza notificação e encaminhamento adequados.

O pré-natal consiste no acompanhamento e na orientação da mulher durante todo o período gestacional. A conjugação desses fatores visam, de tal modo, promover e sustentar o bem-estar físico e emocional da gestante durante os estágios de gravidez, parto e nascimento. Para garantir o direito da mulher a uma gestação tranquila e saudável, a equipe de saúde básica deve dispor de uma infraestrutura adequada que potencialize uma ação multiprofissional de qualidade. Importante destacar, ainda, a necessidade de um acompanhamento especial no período que sucede o parto. Chamado de puerpério, é definido como o tempo que decorre até que o estado geral da mulher retorne aos padrões anteriores à gestação.

De acordo com o estudo de Andrade et al (2015),

“A atenção de saúde no puerpério consiste em momento oportuno e necessário para prestar assistência à criança desde o nascimento, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. Esse também é o momento ideal para realizar a captação precoce das crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF).” (ANDRADE et al, 2015, p.182).

Nesse período, cabe à equipe de saúde extrapolar sua ação para além dos fatores biológicos da saúde de modo a considerar os aspectos socioeconômicos e culturais os quais também influem no processo de manutenção do bem-estar da gestante e da criança.

Ao longo das reuniões, a equipe destacou alguns pontos imprescindíveis na adequação dos serviços de acompanhamento pré-natal e atenção puerperal. De forma geral, a atuação da UBS caracteriza-se satisfatória dentro das perspectivas básicas de promoção e orientação em saúde da gestante.

No que compete ao contato com as gestantes da Unidade e do bairro, há a estruturação de duas ações principais. Os agentes comunitários de saúde são responsáveis

pela busca ativa das gestantes, inclusive adolescentes, da Unidade. Além disso, é feito um levantamento mensal das gestantes do bairro, independente do caráter privado ou público do serviço pré-natal ao qual a mulher está submetida.

De acordo com o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), para traçar as estratégias de cuidado da gestante, são solicitados todos os exames complementares recomendados - tais como tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito, urocultura, citopatologia uterina, ultrassonografia, VDRL, anti-HIV, HBsAg, protoparasitológico, bacterioscopia da secreção vaginal, além de investigação sorológica de toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus. Alguns exames, no entanto, não são cobertos pela prefeitura; assim, é solicitado que sejam realizados no meio privado.

Além disso, as gestantes são orientadas sobre a importância dos cuidados nutricionais e da manutenção de hábitos de vida saudáveis. Nesse contexto, as consultas e orientações são registradas na caderneta da gestante. Isso permite um controle adequado da progressão do acompanhamento pré-natal em sua completude. A regularização dessas abordagens de promoção, de tal modo, encabeçam a possibilidade de prevenir possíveis danos à saúde da mãe e/ou do feto. Em caso de diagnóstico de DST's, por exemplo, o tratamento é realizado em paralelo. Quanto ao período que sucede o parto, há orientações acerca da importância da amamentação e do retorno para a consulta de puerpério.

Diante das observações destacadas ao longo das reuniões com a equipe, entendemos que há um déficit maior em termos educação/orientação em planejamento reprodutivo e educação sexual. Assim, cabe a elaboração de um plano de ação o qual integre um aumento no fluxo de informação por parte da Unidade com um maior contato com a população. Dentro das limitações estruturais e organizacionais, é possível desenvolver um projeto comunitário de educação reprodutiva, sexual e de gênero. Duas vezes ao ano, a equipe da Unidade poderia realizar na circunvizinhança a Semana do Planejamento e do Debate: Orientações e Perspectivas em Saúde Sexual e Reprodutiva.

Os debates em saúde sexual da gestante, do adolescente e do idoso seriam organizados em nichos. Além do compartilhamento de relatos e experiências, seriam introduzidas nas discussões algumas orientações e possíveis encaminhamentos. Para homens e mulheres, seria fomentada uma palestra sobre a importância do planejamento familiar, pontuando ainda métodos de prevenção de concepção. Para reforçar o objetivo educativo dos grupos de discussão e da palestra, seriam distribuídos panfletos simples e ilustrativos para a população.

Uma discussão aberta sobre gênero e sexualidade, com a participação de profissionais da saúde convidados, também poderia ser implementada. Necessário também aproveitar cada oportunidade de contato com a população para, além de educar, demonstrar que a Unidade é um espaço de acolhimento, prevenção e promoção de saúde. O estreitamento dos laços com a comunidade, nesse sentido, permite maior assertividade no pleno funcionamento da UBS, uma vez que possibilita o desenvolvimento de um sentimento de confiança e credibilidade dos usuários perante a equipe e aos serviços ofertados.



CAPÍTULO IV: Linha De Cuidado Em Saúde Mental: Relato de Experiência.

O relato de experiência em questão aborda, através da perspectiva da microintervenção realizada pela equipe de saúde da família, uma descrição dos mecanismos organizacionais e serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde em termos de saúde mental. A partir da compilação de informações intrínsecas à Linha de Cuidado estruturada, a atividade possibilitou uma análise a respeito de suas fragilidades e potencialidades.

A fim de exercer o seu papel integral enquanto porta de entrada na Saúde Mental, o serviço de atenção primária deve contar com alguns requisitos de atuação avaliados externamente segundo as diretrizes do PMAQ. Dessa forma, a UBS deve contar com um sistema de registro para as informações solicitadas na entrevista.

Através de diversas reuniões, a equipe organizou-se para registrar informações acerca dos usuários e do processo de agendamento de consulta para o paciente com sofrimento psíquico. Uma vez montada a planilha, foram discutidas as implicações dos serviços ofertados para a dinâmica de trabalho da equipe e para o paciente.

Não existe registro dos pacientes usuários de crack, álcool e outras drogas, tampouco daqueles em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos de um modo geral - nesse último caso, a única fonte de informação é através do prontuário individual. Além disso, não há registro ou controle sobre os casos graves, estando as ações limitadas ao acompanhamento regular/frequente e ao encaminhamento para a psiquiatria e a psicoterapia.

A unidade conta com um déficit no registro sistemático das informações dos usuários. Além de comprometer a efetivação de ações em prevenção e promoção de saúde pela falta de mecanismos objetivos de controle, a carência de uma compartimentalização dos registros acarreta alguns obstáculos na elaboração de planos de ações por grupos de indivíduos. Afinal, o conhecimento das condições dos usuários no contexto da comunidade é de fundamental importância para a estruturação de uma linha de ação direcionada e efetiva.

Em adição, a elaboração de registros e mecanismos de controle pode contribuir como fonte de dados reais acerca dos serviços da UBS e sua extensão perante a população da região na projeção de políticas públicas.

Apesar de não existir um plano de ação da equipe para o acompanhamento e redução de doses nos casos de pacientes em uso crônico de medicamentos, o médico conversa, individualmente, sobre as implicações a longo prazo e orienta o desmame, nos casos indicados. Existem, inclusive, vários casos de pacientes que hoje não mais utilizam a medicação que outrora fora administrada cronicamente.

Em relação às consultas para pessoas com sofrimento psíquico, existe um sistema de agendamento semanal realizado por parte da equipe (enfermeira, ACS e recepcionista), de acordo com a necessidade. Os casos agudos são atendidos no mesmo dia através da demanda espontânea. A primeira consulta, por sua vez, apresenta um tempo máximo de uma semana de espera. Tal procedimento possibilita uma adequação na relação entre capacidade de atendimento e demanda. Além de considerar os aspectos individuais a fim de categorizar a necessidade, possibilita a formulação de uma dinâmica de ação justa e organizada.

O matriciamento, no viés da organização da saúde mental no município, favorece a corresponsabilização pelo usuário, por meio da interlocução entre a saúde mental e as equipes de ESF, atuando como uma retaguarda especializada de assistência, evitando, dessa forma, os encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atendimento e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe de referência (BRASIL, 2011). Todavia, essa articulação preconizada entre a atenção primária e a Saúde Mental conta com alguns empecilhos, tal qual a falta de diálogo entre os agentes do cuidado, a precariedade na capacitação dos profissionais e o desrespeito para com as responsabilidades atribuídas a cada profissional.

Nesse sentido, dispõe de ambulatórios de psiquiatria e psicoterapia (através de encaminhamento), NASF com serviço social, psicólogo, e CAPS. A referência e contra referência com o NASF acontecem através de ficha de matriciamento criada pela secretaria de saúde, na qual os profissionais registram suas impressões e solicitam avaliação de outros profissionais através de consulta conjunta, visita domiciliar ou reunião com equipe para discussão de caso. O CAPS recebe pacientes da Unidade através de encaminhamento, porém não há diálogo frequente entre a UBS e CAPS. A contra referência dos especialistas, por sua vez, somente é enviada caso haja solicitação explícita do médico de família.

Tendo em vista a organização da rede de saúde e de pessoas no município, foi selecionado um paciente com necessidade de cuidados integrais em saúde mental a fim de construir uma linha de cuidado. Abaixo segue o caso.

Paciente mulher, jovem, com dois filhos, trabalha em uma empresa exercendo atividade de gerência. Encontra-se em um quadro de ansiedade generalizada há duas semanas, com idas frequentes à urgência apresentando tremores, dores do peito e sudorese excessiva. Ao ser questionada sobre assuntos e problemas familiares, a paciente referiu que após mudança de função na empresa, seu horário também alterou e ela não estava conseguindo mais ficar com seus dois filhos. Nessa atual situação, os filhos tiveram que ir morar com o pai em outra casa. Inicialmente a situação do trabalho interferiu na sua situação familiar a qual, neste momento, está afetando sua vida profissional, de modo que a paciente não consegue realizar suas atividades.

Diante do quadro, destaca-se a influência de fatores externos sobre as condições de saúde mental da paciente. Somada ao elemento base de desestruturação da conjuntura familiar, a falta de atividades físicas também interfere em sua saúde física e mental. O primeiro elemento, no entanto, poderia ser superado caso houvesse um algum serviço de creche no bairro. Se existisse algum serviço municipal de creche no bairro, talvez não houvesse a necessidade de se afastar dos filhos. Dessa forma, é imprescindível considerar os fatores de vida cotidiana na construção de uma linha de cuidado integral.

Tal processo, contudo, ultrapassa a aplicação de um conhecimento técnico. O cuidado integral da paciente em questão deve ser condicionado pela estruturação de uma conjuntura que agregue uma equipe multiprofissional capacitada, ações de prevenção e promoção de saúde mental e mecanismos que efetivem de forma prática a necessidade de manutenção da saúde física e mental, considerando as particularidades a níveis comunitário e individual.

A microintervenção possibilitou a construção de um alicerce para o desenvolvimento de futuros planos de ações os quais tenham a capacidade de potencializar o papel da Unidade Básica de Saúde no acolhimento, prevenção e promoção de saúde mental na comunidade. Ainda que tenha constituído uma experiência enriquecedora em termos práticos e teóricos, não houve o seguimento de algumas ações, como o registro das informações para a avaliação do PMAQ. Por fim, cabe ressaltar - apesar da inegável existência de alguns mecanismos positivos de trabalho - que temos um longo caminho a

percorrer a fim de criar uma Linha de Atenção em Saúde Mental integral, funcional e coerente com as particularidades da comunidade.



CAPÍTULO V: Atenção À Saúde Da Criança: Considerações E Relato.

A atenção primária à saúde (APS) no contexto da Unidade Básica de Saúde constitui um fator prioritário em termos de atenção, prevenção e promoção do bem-estar da criança. A APS deve preconizar, nesse sentido, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde prestados na comunidade. Para tal, deve estar estruturada de acordo com os chamados atributos ordenadores - essenciais e derivados.

Os atributos essenciais englobam aspectos relacionados ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Aos atributos derivados, por outro lado, competem processos relacionados à orientação comunitária e familiar, considerando os fatores sociais, culturais e econômicos. Em harmonia, tais eixos possibilitam a consolidação da UBS enquanto elemento central da efetivação de políticas municipais e estaduais a partir de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde através de determinados programas, tais quais o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e sua interação com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

Diante da breve introdução aos aspectos gerais acerca do papel da ESF no processo de saúde da criança, é cabível dar início ao relato em questão. Com base no eixo estratégico de promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da criança, o texto estrutura-se em dois momentos principais. O primeiro consiste na exposição objetiva, através de um questionário, das ações realizadas pela equipe na Unidade - levando em consideração a extensão dos serviços no contexto da comunidade. O segundo momento, todavia, configura-se como uma análise subjetiva do trabalho da equipe. A partir das considerações acerca dos aspectos positivos e negativos e das particularidades dos serviços providos, o texto constrói-se em um relato analítico enriquecedor e pragmático.

A partir de reuniões, foram realizados debates acerca dos principais componentes de atuação da Equipe de Saúde Familiar (ESF). A fim de atender a um propósito inicial mais direto, foi preenchido em conjunto um questionário acerca das ações preconizadas para o PMAQ/AB no contexto do núcleo de saúde da criança. Abaixo, segue a resolução do questionário disponibilizado pela biblioteca do módulo *O crescimento e desenvolvimento: proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência*.

Através das observações destacadas mediante reuniões da equipe foi considerado que, apesar de contarmos com ações efetivas direcionadas ao acompanhamento, busca ativa e registro de mecanismos relacionados à promoção e à manutenção do bem-estar da criança, dispomos de alguns déficits.

Dentre eles, podemos destacar a carência no acompanhamento de crianças em situações de violência familiar em parceria com profissionais de outros serviços caracteristicamente psicossociais, tais como o CRAS e o Conselho Tutelar. Nesse âmbito, a atenção básica falha em sua missão de integralizar o bem-estar físico ao contexto geral de todos os vieses que compõem a efetivação da saúde da criança.

Adicionalmente, constatamos uma deficiência na busca ativa de crianças que nasceram prematuras ou apresentam consulta de puericultura atrasada. Além das implicações diretas do processo de saúde das crianças descritas nesses dois grupos, existem alguns fatores socialmente mais abrangentes a serem considerados. Por contribuir com a formulação de uma imagem distorcida do contexto epidemiológico da comunidade, a falha no registro de tais casos pode apresentar como consequência um modelo de gestão inadequado.

Embora seja necessária a elaboração de ações práticas as quais tenham por intuito suprir as limitações supracitadas, vale destacar também duas ações de impacto positivo realizadas pela nossa equipe. Dessa forma, proporcionamos o acesso facilitado à primeira consulta a crianças nascidas em uma semana, de modo que seja realizado o atendimento no dia e horário em que as mesmas se encontram na UBS. Também contamos com a busca ativa de recém-nascidos na primeira semana de vida como o objetivo de solicitar o comparecimento à UBS para iniciar a puericultura.

A partir da experiência relatada, conclui-se que há alguns obstáculos a serem superados no caminho da integralização da saúde da criança. Para tal, faz-se necessária a comunicação entre a prática médica e a dimensionalização do cuidado a partir da elaboração de mecanismos que direcionam a gestão e organização do trabalho da ESF ao aspecto holístico do acolhimento no contexto da interação do profissional da saúde com a comunidade e a criança.

Quadro 1: Questionário da Microintervenção, 2018.

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	

Fonte: elaboração própria, 2018.



CAPÍTULO VI: O Desafio Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis Na UBS.

O relato de experiência em questão constitui um breve compilado das práticas e estratégias utilizadas pela UBS no controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Responsável pela elaboração de um plano de saúde local e pela execução de ações de vigilância em saúde, a Equipe de Saúde da Família tem papel de destaque no controle e na redução da morbimortalidade das DCNT.

Nesse sentido, através de diversas reuniões em equipe, foi possível delinear algumas limitações e potencialidades no que tange às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT. Sob a perspectiva da microintervenção, segue uma breve discussão acerca dos pontos levantados sobre os casos de hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade.

A equipe realiza consultas para pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus com um tempo médio de espera de sete dias para a primeira consulta. Em tais casos, o acompanhamento é realizado através do preenchimento de uma ficha de cadastro que conta com os dados do paciente. Além disso, tendo em vista a estratificação dos casos e os elementos considerados na gestão do cuidado, há a programação de consultas e exames pela equipe.

No entanto, a UBS não conta com um sistema de coordenação da fila de espera e acompanhamento dos usuários que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção, tampouco possui um registro dos casos de maior risco/gravidade também encaminhados para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Pode-se observar, nesse sentido, uma falha da coordenação do cuidado feito pela UBS em relação ao monitoramento de usuários especiais. A manutenção de registros dessa natureza poderia contribuir para a elaboração de práticas que visassem melhor auxiliar e orientar os usuários da localidade, bem como constituir um espelho de ações da UBS, tendo em vista a sua extensão e limitação.

Em relação aos usuários hipertensos, há uma avaliação acerca da existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular, sendo realizado o acompanhamento de usuários com doença cardíaca. Todavia, não há um registro específico para os usuários em situação de maior risco/gravidade e tampouco existe um protocolo para estratificação de risco dos hipertensos.

Os usuários com diabetes mellitus, por sua vez, dispõem de um registro para aqueles com maior risco/gravidade. Contudo, a falta de capacitação da equipe e a ausência

de oftalmoscópio na Unidade impedem, respectivamente, a realização periódica dos exames de pé diabético e de fundo de olho.

Pacientes diabéticos devem realizar anualmente o exame do pé diabético - uma vez que ele permite a verificação de alterações na sensibilidade, pisada e circulação do pé - a fim de prevenir casos de gangrena, úlcera e amputação tão recorrentes na população brasileira. Sobremaneira, o exame de fundo de olho tem extrema importância na prevenção da cegueira ocasionada pela diabetes.

Além do impacto na saúde, tais agravos podem comprometer as condições socioeconômicas dos usuários, uma vez que estão diretamente relacionados à possibilidade de realização das atividades de vida cotidiana. Dessa forma, faz-se necessária uma intervenção pública que facilite a capacitação dos profissionais da Unidade, bem como a aquisição dos materiais necessários à efetivação dos exames básicos.

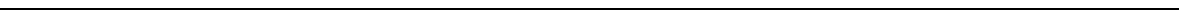
A obesidade é uma doença crônica de caráter multifatorial que pode atuar como fator de risco para doenças cardiovasculares e diabetes (BRASIL, 2013a). Dessa forma, cabe à UBS - no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) - acolher e orientar o usuário obeso, bem como desenvolver ações e práticas de prevenção à obesidade de modo a conscientizar a população da localidade em relação às suas causas, riscos e implicações.

A nível da APS, a atenção à pessoa com obesidade se inicia pela avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos. Após a identificação daqueles com Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m² - o que caracteriza obesidade - a equipe passa a realizar seu acompanhamento na UBS. Assim, são promovidas ações voltadas para a promoção de um estilo de vida mais saudável, tais como: a prática de atividade física e a manutenção de uma alimentação saudável (BRASIL, 2013b).

Caso haja necessidade, é acionada a Equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) a fim de apoiar o acompanhamento do usuário obeso. Além disso, há encaminhamento dos casos mais graves para o serviço de atendimento especializado. Apesar da estruturação de uma rede de apoio promissora ao usuário com obesidade, a Unidade não conta com a oferta de um grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso. Assim, apesar de fornecer uma porta de entrada para o cuidado e controle da obesidade, não fornece meios para a manutenção de uma estratégia de ação mais integral.

Diante da microintervenção realizada, concluímos que a atuação da Unidade Básica de Saúde no controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis conta com inúmeros desafios para efetivação de práticas e estratégias de prevenção e controle da

morbimortalidade atrelada às DCNT. Desse modo, foram constatadas algumas falhas em termos gestão e registro do atendimento aos usuários, bem como limitações imputadas à capacitação da Equipe de Saúde da Família na integralização das ações voltadas à comunidade. Todavia, é válido ressaltar as estratégias positivas supracitadas, as quais, dentro das possibilidades de alcance, preenchem um espectro de atuação promissor em suas qualidades, com pertinência e relevância.



CAPÍTULO VII: Planos de Continuidade.

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Utilização da AMAQ como instrumento avaliativo e acompanhamento dos indicadores PMAQ através de dispositivos visuais.	Com o preenchimento do dispositivo autoavaliativo do PMAQ (AMAQ) a equipe identificou alguns problemas em relação aos serviços prestados. Ao direcionar ações àqueles com nota inferior a 5e de possível resolução interna, foi estabelecida a meta de se adequar aos padrões preconizados pelo PMAQ.	Elaboração de sistemas de registro: para atendimento dos recém-nascidos na primeira semana de vida; e para coleta de material citopatológico do colo do útero. Organização da demanda espontânea e triagem.	Manter o painel com os indicadores atualizados pela equipe; Deliberar as funções de cada membro da equipe para que esse acompanhamento seja eficiente; Registro completo dos dados avaliados para cálculos posteriores; Manter capacitações periódicas para os profissionais, além de envolver toda a equipe nas ações futuras. Manter o monitoramento das atividades propostas e uma postura mais assertiva por parte da Equipe na busca ativa.
A demanda espontânea: um caminho, um desafio.	A fim de solucionar a problemática da demanda espontânea, de modo a conciliar com as consultas agendadas, foi desenvolvido um modelo de gestão mais eficiente com posterior capacitação da equipe.	Melhora na qualidade do acolhimento à demanda espontânea, sem prejudicar os atendimentos agendados, e uma redução destes últimos.	Planejar encontros para conscientização de medidas profiláticas e preventivas simples com o intuito de reduzir a demanda espontânea; Monitorar e Analisar com mais profundidade esses aspectos a fim de se estruturar um projeto de gestão mais efetivo.
Práticas de acolhimento e acompanhamento em termos de	Verificou-se, no contexto da UBS, uma dificuldade em se programar ações que visem educar e orientar os usuários	Estruturação da “Semana do Planejamento e do Debate: Orientações e Perspectivas em	Realização periódica do evento para possibilitar uma maior integração entre a ESF e a população através de palestras, minicursos, grupos de debate e outras

planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.	da comunidade em termos de planejamento reprodutivo e educação sexual.	Saúde Sexual e Reprodutiva”.	ações em prevenção e manutenção da saúde sexual de jovens, adultos e idosos.
Linha de Cuidado em Saúde Mental: Relato de experiência.	A microintervenção foi caracterizada pelo desenvolvimento de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental de um paciente e pelo registro de dados a serem avaliados pelo PMAQ. Apesar de exitosas, não foi dada continuidade às ações.	Melhoria no registro sistemático das informações dos usuários; Maior acesso dos profissionais de saúde aos dados, de forma rápida e efetiva.	Reforçar a necessidade de matriciamento em seus diferentes níveis e atribuições; Desenvolver e manter um sistema de gestão e registro de dados adequado.
Atenção à Saúde da Criança: considerações e relato.	Apesar de dispor de um modelo de acolhimento, promoção e manutenção de saúde abrangente, a UBS não contava com um protocolo de acompanhamento de crianças em situações de violência familiar em parceria com profissionais de outros serviços (CRAS e o Conselho Tutelar).	Maior integração entre a ESF e os serviços psicossociais; Melhoria nas ações de busca ativa pelos ACS.	Manter as ações promovidas pela equipe para a prestação adequada de serviços de puericultura e o acompanhamento, através de registros e de uma ficha espelho, das crianças da comunidade; A busca ativa, ainda, contribui com o estreitamento de laços entre a UBS e os usuários.
O desafio das doenças crônicas não transmissíveis na UBS: Relato de Experiência.	Após a resolução de um questionário, discutiu-se sobre algumas ações realizadas pela ESF voltadas ao atendimento de pacientes portadores de DCNT.	Promoção de ações voltadas a um estilo de vida saudável.	Superar as limitações características da gestão; Promover ações periódicas voltadas à prevenção das DCNTs em parceria com a comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos aspectos particulares de cada microintervenção, foi possível identificar alguns pontos comuns no tangente às atribuições da ESF, à extensão de seu impacto na comunidade e aos déficits no processo de gestão. Podemos destacar a importância do trabalho em equipe para o funcionamento adequado, a necessidade de constante capacitação dos profissionais, e a realização contínua de atividades de intervenção e monitoramento dos indicadores contidos no PMAQ.

Em relação à promoção em saúde, a divulgação de informações e estruturação de grupos de discussão e/ou apoio são práticas extraordinárias que carecem, ainda, de uma integração maior entre a comunidade e a equipe de saúde. Para isso, a necessidade de maior consulta e uma escuta qualificada da comunidade através dos profissionais envolvidos na APS.

Apesar do sucesso na realização das intervenções, a falta de equipamentos simples e de capacitação adequada, bem como um modelo organizacional de registros e atendimentos ultrapassado limitam a efetivação de alguns projetos e impossibilitam a implementação de outros. É importante que a gestão busque sempre fornecer meios adequados para que a Equipe de Saúde da Família possa oferecer um atendimento de qualidade e a efetivação da saúde integral de toda comunidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery**.v.19, n.1, p.181-186, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

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

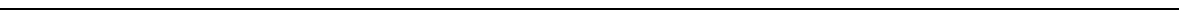
BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal:** manual técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. SPS/Ministério da Saúde, 2000.

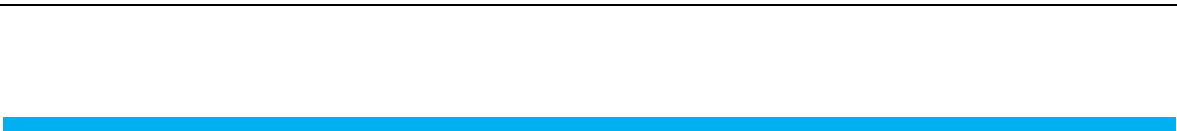
LUIZ, M. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.671-682, 2015.



APÊNDICES



ANEXOS





Anexo 1: Coletânea de Fotos: Atividades de Intervenção em Grupo

