



**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**

**A QUALIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**ATRAVÉS DE INTERVENÇÕES**

**RENATA ALLANA DA COSTA PEREIRA**

---

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

---

---

A QUALIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ATRAVÉS DE  
INTERVENÇÕES

RENATA ALLANA DA COSTA PEREIRA

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.

Orientadora: Profa. Dra. Daniele Vieira Dantas

---

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, por ter me permitido exercer a profissão que tanto amo e ajudar os que mais necessitam; à minha família, meu alicerce e força diária; aos pacientes, que me confiaram tantas queixas e me permitiram entrar em suas vidas nos momentos de maior fragilidade; e à equipe Estratégia de Saúde da Família (ESF) III –

Poço Comprido, do município de Boa Saúde/RN, pelo trabalho multiprofissional desempenhado e pela dinâmica do grupo, permitindo se fazer uma atenção básica de qualidade e humanizada.

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

À minha equipe da ESF III-Poço Comprido e aos pacientes,  
que tanto me apoiaram e serviram como motivação maior para  
realização deste trabalho.

---

---

## **RESUMO**

Esse trabalho é uma coleção de capítulos que relatam as microintervensões realizadas pela especializanda médica do programa Mais Médicos para o Brasil, 14º ciclo, com o apoio de da equipe de estratégia de saúde da família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Boa Saúde, Rio Grande do Norte durante a realização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) ao longo do ano de 2018. Tem como objetivo a exposição das ações e dos seus resultados no território, visando o desenvolvimento de uma atenção à saúde primária de qualidade. Trata-se de um trabalho descritivo e qualitativo, realizada com a população assistida de Poço Comprido. Conseguimos reorganizar o manejo do usuário com transtorno mental e com de doença crônica não transmissível, a saúde da criança e da mulher, identificar fragilidades e nos reaproximamos de outros profissionais da atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Programa Mais Médicos

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	07
CAPÍTULO 01 .....	08
CAPÍTULO 02 .....	12
CAPÍTULO 03 .....	17
CAPÍTULO 04 .....	21
CAPÍTULO 05 .....	25
CAPÍTULO 06 .....	29
CAPÍTULO 07 .....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	47
REFERÊNCIAS .....	48

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho representa uma coletânea de sete capítulos que descrevem as microintervenções realizadas pela especializanda, em conjunto com a sua equipe de saúde da família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Boa Saúde, Rio Grande do Norte (RN), durante o ano de 2018, propostas pelos módulos cursados durante o Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

As microintervenções foram realizadas no território da Estratégia de Saúde da Família (ESF) III Poço Comprido, zona rural. Trata-se de uma área que abrange 2.400 pessoas, divididas em cinco microáreas, atendida por uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população atendida pela equipe é considerada vulnerável e, em sua maioria, analfabetos, com boa parte de indivíduos vivendo em extrema pobreza, tendo como atividade econômica básica a agricultura.

Sou médica formada pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e desde agosto de 2017 desempenho atividades na Unidade de Saúde da Família de Poço Comprido. Sempre tive o desejo de trabalhar na atenção básica, visto a importância da atenção primária e da medicina preventiva para o nosso sistema público de saúde. Fazer atenção básica é desafiador, visto a elevada complexidade de queixas que são atendidas no posto de saúde e a baixa densidade de recursos tecnológicos disponíveis nesse nível de atenção.

Realizar as microintervenções foi extremamente prazeroso, visto que com poucos recursos e trabalho conjunto da equipe foi possível alterar a realidade de atividades da equipe, fornecendo serviços forma mais humana e com de boa qualidade.

Convido a todos para a leitura dos próximos capítulos onde relato como transformei a realidade de trabalho da minha equipe e do território em que atuo.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: A AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (AMAQ) COMO FERRAMENTA DE APERFEIÇOAMENTO DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Iniciei a primeira microintervenção com a convocação de uma reunião com todos os membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) III - Poço Comprido (Boa Saúde/Rio Grande do Norte) para a análise e resposta da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). A mesma ocorreu no dia 23/04/18 e nela pude dimensionar todas as fragilidades que existem na realidade de trabalho da unidade, bem como avaliar as potencialidades para solução das mesmas (Figura 1).



Figura 01. Equipe ESF III – Poço Comprido reunida para resolução e análise do AMAQ.

Após a discussão dos critérios da dimensão “Unidade Básica de Saúde”, vi que a subdimensão “Atenção Integral à Saúde” apresentou uma nota insatisfatória (menor que 5 pontos) no quesito acompanhamento e desenvolvimento de ações voltadas aos usuários de tabaco do território.

O grupo de tabagismo estava sem atividades na unidade há aproximadamente 01 ano. Além de pequenos problemas como a falta insumos por parte da gestão (como folders educativos e o datashow), a equipe não dispunha do suporte do NASF para realizar essa

---



---

atividade e nem de um controle sobre o quantitativo real do número de fumantes ativos na área (apesar desse grupo de pacientes ser uma realidade durante as consultas médica ou de enfermagem).

O tabaco é considerado um grave problema de saúde pública visto que seu uso está associado a diversas doenças (como doença pulmonar obstrutiva crônica, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e câncer) e enorme ônus ao sistema de saúde (estima-se que em 2008 foram gastos aproximadamente R\$ 20,68 bilhões com os problemas relacionados ao tabagismo). Trata-se de uma droga adição capaz de ser evitada, visto a quantidade de medicações e suporte que se pode oferecer ao usuário dependente da nicotina.

Apesar de no último século a prevalência dessa dependência tenha diminuído no nosso país, o tabagismo é hoje a principal causa global de morbimortalidade prevenível. Segundo os últimos estudos epidemiológicos brasileiros realizado pela Fiocruz e IBGE (2014), o paciente tabagista é, em sua maioria, do sexo masculino, morador da zona rural, com poucos anos de estudo (0 a 8 anos) e com renda inferior a 1 salário mínimo. Esse perfil de fumante coincide com o paciente atendido em minha área, o que destaca a importância de se trabalhar o tema na unidade.

Deve-se ter em mente que o paciente tabagista é tanto aquele que faz uso do tabaco fumado (cigarro industrializado, cachimbos, charutos e cigarros de palha) quanto o que utiliza a forma não fumada (mascar fumo).

A interrupção do tabagismo está associada a inúmeros benefícios a longo e curto prazo para o paciente, como: redução do risco relacionado às doenças crônicas; melhora da autoestima e da aparência do paciente; melhora do convívio social com indivíduos não tabagistas e melhora no desempenho das atividades físicas.

Existem estudos que mostram o quanto o apoio ofertado pelos serviços de saúde ao tabagista que deseja interromper o tabagismo é deficiente e insuficiente, apesar do elevado número de fumantes que desejam parar de fumar. Frisa-se dessa forma a importância de se qualificar e preparar a equipe da AB (assistência básica) para acolher e dar seguimento ao seu tratamento.

Visto a importância do tema na minha área de atuação e por se tratar de um problema que a equipe de saúde pode se capacitar e se organizar para corrigir, optou-se por trabalhar essa temática com a elaboração da matriz de intervenção.

---

Espero com essa microintervenção restabelecer o grupo de tabagismo na unidade, contando com o apoio da equipe, utilizando o suporte multiprofissional do NASF e de insumos disponibilizados pela gestão (medicações e datashow).

O grupo terá duas vertentes de atuação: realizando terapia comportamental com os tabagistas ativos (associado ao acompanhamento médico ambulatorial, com uso de medicações quando necessário) e atividades de prevenção recreativas com crianças e adolescentes. A longo prazo, tenho como objetivo, reduzir os números de tabagistas na área.

Segue a matriz de intervenção elaborada pela equipe para solução do problema (Quadro 1).

Estratégias para alcançar os objetivos/metasp	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismo e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizar a listagem de todos os fumantes do território	Busca ativa de todos os fumantes para elaboração de lista do público alvo	Insumos para o registro	Listagem de todos os pacientes fumantes que possam se beneficiar do grupo	Agentes comunitários de saúde, médica e enfermeira	60 dias	Lista de todos os fumantes do território que possam participar do grupo de fumantes
Realizar reuniões com os profissionais envolvidos no grupo de tabagismo para pôr ele em prática	Realizar planejamento de ação dentro do grupo, reunir profissionais de diversas áreas que contribuam para o tratamento de usuários de	Profissionais especializados, data show, medicamentos do programa, folders educativos e palestrantes	Retomar o grupo de tabagismo e conseguir maior adesão possível da população afetada	Secretária de saúde, NASF e profissionais da ESF	100 dias	Fichas de atividade coletiva do E-SUS comprovando a adesão ao grupo

	tabaco, a fim de conseguir a adesão ao grupo					
--	--	--	--	--	--	--

Quadro 1. Matriz de intervenção para resolução do problema apontado pela equipe.

Logo em seguida, prosseguiu-se com a atividade em grupo. Relembrou-se os indicadores que são avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e questionei de que forma se poderia acompanhar os números dos nossos atendimentos, de modo a ter um controle da qualidade do trabalho da equipe com base nos indicadores expostos, bem como passar esses dados para a população.

Como o território em que atuo é na zona rural e cobre uma vasta área, totalizando 2.026 pacientes (segundo a última territorialização), optou-se pela elaboração de um painel de indicadores na sala de situação impresso num banner, onde se poderia atualizar o quantitativo de consultas médicas realizadas a cada mês. Assim, ao final de um certo período, seria possível calcular a média consultas médicas por habitante.

As consultas médicas são registradas diariamente na “ficha de atendimento individual e-SUS”. Semanalmente, as fichas são repassadas para um digitador da Secretária Municipal de Saúde, responsável por enviar os dados para o SISAB. Logo, caso seja necessário, torna-se fácil recuperar o quantitativo de consultas médicas dos meses anteriores através de plataformas virtuais. Segue a tabela (Figura 2) que elaboramos para monitoramento do indicador.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA SAÚDE/RN  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA  
ESF III – POÇO COMPRIDO

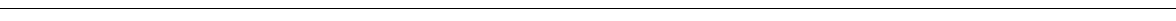


SALA DE SITUAÇÃO

DESCRIÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nº DE PESSOAS NO TERRITÓRIO DA EQUIPE												
Nº DE PESSOAS DE 15 ANOS E MAIS												
Nº DE MULHERES DE 10 A 59 ANOS												
Nº DE GESTANTES CADASTRADAS												
Nº DE GESTANTES ACOMPANHADAS POR MEIO DAS VD PELO ACS NO MÊS												
Nº DE ATENDIMENTOS DE PRÉ-NATAL REALIZADOS PELO ENFERMEIRO NO MÊS												
Nº DE ATENDIMENTOS DE PUERICULTURA REALIZADOS PELO ENFERMEIRO NO MÊS												
Nº DE COLETA DE CITÓLOGIA ONCÓTICA (PREVENTIVO) REALIZADOS NO MÊS												
Nº DE ATENDIMENTOS DOMICILIARES REALIZADO PELO ENFERMEIRO NO MÊS												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS ACOMPANHADAS PELOS ACS NO MÊS												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS PESADAS NO MÊS												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANOS ACOMPANHADAS PELOS ACS NO MÊS												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANOS COM VACINAS EM DIA												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES ACOMPANHADAS PELOS ACS NO MÊS												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES ACOMPANHADAS PELOS ACS NO MÊS												
Nº DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS												
Nº DE CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO												
Nº DE HIPERTENSOS DO TERRITÓRIO												
Nº DE DIABÉTICOS DO TERRITÓRIO												
Nº DE CASOS DE TUBERCULOSE												
Nº DE CASOS DE HANSEÍASE												
Nº DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS												
<b>Nº DE CONSULTAS MÉDICAS</b>	<b>273</b>	<b>136</b>	<b>278</b>									
Nº DE MULHERES DE 10 A 49 ANOS												
Nº DE MULHERES DE 25 A 64 ANOS												
Nº DE MULHERES DE 50 A 69 ANOS												
Nº DE ATIVIDADES COLETIVAS (REUNIÕES DE EQUIPE, ATENDIMENTO EM GRUPO, ETC.)												

Figura 2. Painel de indicadores na sala de situação elaborado pela equipe que permite o monitoramento mensal do número de consultas médicas. Estão expostos os números de consultas médicas já realizadas no ano de 2018.

Terminei essa microintervenção refletindo sobre a importância do trabalho em conjunto da equipe de saúde da família. Apesar de vivermos em uma realidade com carência de estrutura e falta de insumos, a organização e o planejamento de todos os funcionários da própria unidade podem contribuir de forma intensa para uma assistência à saúde de melhor qualidade. Pequenas ações realizadas apenas pelos profissionais podem trazer impactos positivos para a comunidade atendida. A análise do instrumento AMAQ foi apenas um pontapé inicial que nos permitiu avaliar nossas fragilidades e traçar futuras ações por parte da equipe.



---

## **CAPÍTULO II: IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E DO ACESSO AVANÇADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA III, MUNICÍPIO DE BOA SAÚDE, RIO GRANDE DO NORTE**

O acolhimento surge dentro do cenário da atenção primária com a Política Nacional de Humanização e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2004, visando uma garantia de que todos os pacientes que procuram a rede sejam atendidos, porém levando em consideração suas prioridades a partir da avaliação da vulnerabilidade, gravidade e risco. Dessa forma, a unidade de saúde da família consegue realizar uma das suas características fundamentais: a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população da sua área (BRASIL, 2006).

Acolher é uma diretriz operacional que consiste em: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde (garantindo a acessibilidade universal e o primeiro contato); reestruturar o processo de trabalho, retirando a figura do médico como eixo central da unidade e inserindo uma equipe de acolhimento qualificada para realizar a primeira escuta; e qualificar a relação trabalhador-usuário, permitindo a reestruturação do serviço e a qualidade deste (FRANCO et al., 1999).

Com o acolhimento busca-se a otimização do serviço, o fim das longas filas por espera de atendimento, a hierarquização dos riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. Trata-se de uma importante ferramenta para organização do serviço da unidade de saúde que permite o reconhecimento das necessidades de saúde da população atendida (BRASIL, 2004).

O processo do acolhimento inicia-se no primeiro contato entre duas pessoas, onde se estabelece o ouvir e a atenção. Não basta agendar uma consulta, realizar a coleta da anamnese ou de um procedimento técnico, necessita-se demonstrar disponibilidade e interesse, compreensão, e acima de tudo, incluir o próprio paciente na tomada de decisão para resolver seu problema (CAMELO et al., 2000).

Todos os seres humanos merecem ser tratados com respeito e dignidade, independente de sua situação financeira ou classe social. No cuidado com a saúde não seria diferente. Muitas vezes o paciente procura a unidade em um momento de adoecimento e fragilidade, sendo necessário ter atenção no seu cuidado e na forma como é tratado pelos profissionais. Ser chamado como uma ficha ou um número de prontuário ou não ser ouvido

---

---

no momento em que mais precisa de atenção acaba sendo uma atitude desfavorável que impede o bom desenvolvimento de uma relação equipe de saúde-paciente.

Iniciei minhas atividades na Estratégia de Saúde da Família (ESF) III em Poço Comprido, município de Boa Saúde, Rio Grande do Norte (RN), em agosto de 2017. Trata-se de uma unidade básica de saúde (UBS) porte I, localizada na zona rural do município, com uma população adscrita de aproximadamente 2.300 pessoas.

Nos primeiros dias, enfrentei uma grande demanda reprimida por parte da população visto que a região estava sem atendimento médico há 06 meses. Eu chegava a unidade e me deparava com uma fila gigantesca de pacientes, nos quais muitos não eram ouvidos ou sequer atendidos, visto a limitação humana da equipe. Na época, foi chocante saber que alguns pacientes chegavam à unidade às 4h30 da madrugada para conseguir ficha para consulta médica.

Dessa forma, me reuni com a equipe e propus mudanças na nossa forma de atendimento: dividimos os dias de atendimento da unidade por área e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A cada dia da semana atendemos uma região distinta que é responsabilidade de um ACS. Propusemos a construção de uma agenda médica para marcação de consultas, porém sem agendamentos de programas definidos, ou seja, no mesmo dia poderia haver atendimento de pré-natal, puericultura, hipertenso/diabético e de pacientes que agendaram a consulta.

Com a implantação da mudança, percebi que, em alguns dias, não era possível atender todas as pessoas que procuravam a unidade. Normalmente, eram pacientes que procuravam à equipe, sem estarem agendados, na condição de demanda espontânea, por adoecimento naquele dia. Além disso, notei que alguns pacientes que agendavam a consulta, acabavam faltando por motivo de “esquecimento” ou “por não necessitarem mais do atendimento” (cerca de 20% a 30%).

Durante as reuniões do programa Mais Médicos da V região de saúde do estado do RN, os tutores sempre frisavam a importância de se estabelecer o acesso avançado e a importância do acolhimento para um atendimento de qualidade. Cientes dessas orientações, eu e a enfermeira da ESF optamos pelo estabelecimento do acolhimento no posto de saúde.

Desde março de 2018, implantamos o acolhimento na ESF III - Poço Comprido. A agenda médica continua a existir, porém foi diminuído o número de consultas agendadas (para 70% do total de atendimentos realizados no dia). Dessa forma, sempre existem vagas para atender os pacientes que procuram a unidade na demanda espontânea.

---

---

O ACS, por ser o primeiro funcionário a chegar à unidade, é responsável por abri-la e receber os pacientes que serão atendidos no dia. Além de checar quais destes estão agendados, ele recebe àqueles que por ventura procuram o posto sem estar agendados, sejam eles atendimentos de urgências ou não.

Todo esse processo é realizado em uma sala reservada (Figura 3), para que se possa criar um ambiente de conforto e tranquilidade, de modo que o paciente se sinta seguro e amparado a revelar o motivo de sua busca por atendimento. Nesse mesmo momento, o ACS aproveita para traçar qual o perfil de vulnerabilidade e risco do paciente, com base na escala de Coelho-Savassi (Figura 4).



Figura 3. Sala de triagem: local onde o ACS acolhe o paciente e aplica a escala de risco e vulnerabilidade de Coelho-Savassi.

---





ESCALA DE VULNERABILIDADE E RISCO DE COELHO-SAVASSI

ESF III – POÇO COMPRIDO

BOA SAÚDE – RN

DADOS		ESCORE
Acamado		03 pontos
Deficiência física		03 pontos
Deficiência mental		03 pontos
Baixas condições de saneamento e/ou higiene		03 pontos
Risco para desnutrição		02 pontos
Risco de drogas lícitas e/ou ilícitas		02 pontos
Desemprego		02 pontos
Doença crônica		02 pontos
Violência familiar		02 pontos
Analfabetismo		01 ponto
< 01 ano		01 ponto
> 70 anos		01 ponto
Relação morador/cômodo	Maior que 01	03 pontos
	Se igual a 01	02 pontos
	Se menor que 01	0 pontos
<b>ESCORE TOTAL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>	
Escore $\geq 1$	R1	
Escore de 7 a 8	R2	
Escore $\geq 9$	R3	

Figura 4. Instrumento para avaliação do risco do paciente, elaborado pela equipe baseado na escala de vulnerabilidade de Coelho-Savassi para ser utilizado pelo ACS durante o acolhimento e nas visitas domiciliares dos pacientes da área.

Quando a equipe multiprofissional chega à unidade, o ACS repassa as informações colhidas, e a enfermeira da unidade inicia o processo de triagem dos pacientes baseado no sistema de Manchester modificado (dessa forma, classifica-se os pacientes em emergentes, muito urgentes, urgentes, pouco urgentes e não urgentes), permitindo decidir quais pacientes precisam ser atendidos no mesmo dia, quais são candidatos a um agendamento de consulta com racionalidade e a referência de pacientes ao hospital do município seguindo protocolos clínicos.

Além disso, o acolhimento realizado pela enfermagem busca avaliar qual profissional da unidade melhor se adequa para atender a queixa do paciente (médico, enfermeiro, dentista ou técnico de enfermagem).

O acolhimento foi um processo instalado em nossa unidade há poucos meses. Toda mudança, em seu início, apresenta dificuldades. No momento, estamos capacitando os ACS no uso da escala de vulnerabilidade de Coelho-Savassi. Estimulamos o uso dessa ferramenta tanto no acolhimento dos pacientes e quanto nas próprias visitas domiciliares dos pacientes da área realizadas diariamente por esses profissionais.

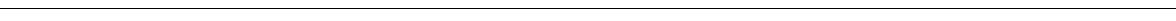
---

Outra dificuldade que encontramos foi o recebimento da mudança pela própria população. A maioria viu a mudança como positiva, visto que facilitou o acesso à unidade sem a marcação de consultas. Porém, boa parcela de população não entende a triagem e a estratificação de risco realizada pela equipe no manejo dos pacientes da demanda espontânea.

Por fim, vejo o acolhimento como uma importante ferramenta para qualificação do atendimento na ESF III. Toda mudança em seu início é acompanhada de dificuldades, mas toda a equipe está empenhada em implantar essa ferramenta de trabalho por completo nos próximos meses.

---

---



---

### **CAPÍTULO III: A PRÁTICA DA SALA DE ESPERA ENTRE AS GESTANTES COMO FORMA DE EDUCAÇÃO COLETIVA SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL**

Após a análise da lista de reflexões da microintervenção do mês, a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) III Poço Comprido, município de Boa Saúde, Rio Grande do Norte (RN), constatou que consegue realizar boa parte das ações relacionadas ao planejamento reprodutivo, e ao acompanhamento do pré-natal e puerpério.

Sobre a realização do pré-natal e puerpério, existe um controle mensal de todas as gestantes da área, incluindo às que realizam pré-natal particular ou no alto risco; além disso, busca-se capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a realizarem a busca ativa de gestantes no território, de forma que esses possam estimular as mulheres em idade fértil com sintomas presumíveis de gestação a procurarem a unidade para consulta com a médica ou a enfermeira.

Todas as consultas do pré-natal são registradas no prontuário da paciente e no seu cartão da gestante, e são solicitados todos os exames preconizados pelos cadernos de atenção básica do pré-natal de baixo risco. Durante a consulta, busca-se estabelecer um ambiente amistoso, em que a paciente possa sentir-se à vontade para expor suas dúvidas e seus medos. Além do acompanhamento da gestação, orientamos sobre nutrição saudável, prática de atividade física de leve intensidade e sobre a importância do aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses.

Durante a primeira semana pós-parto, toda puérpera da área recebe uma visita domiciliar multiprofissional (médico, enfermeira e técnico de enfermagem), na qual se realiza a avaliação do recém-nascido, bem como o exame da mulher, visando o desenvolvimento de um puerpério fisiológico. Além disso, aproveitamos o momento para orientar sobre amamentação, dieta materna e cuidados gerais com a criança, bem como agendar a primeira consulta de puericultura.

No tocante ao planejamento reprodutivo, busca-se através de palestras e ações educativas a disseminação de métodos contraceptivos e a importância do casal comparecer a unidade de saúde para discussão do planejamento familiar e, caso seja da vontade de ambos, receber orientações pré-concepção; respeitamos a diversidade sexual dos pacientes do território e propagamos as campanhas do Ministério da Saúde sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), sobretudo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis (visto a existência de casos no território).

---

---

Todos os casos de IST diagnosticados na área são tratados seguindo os recentes protocolos do Ministério da Saúde, e quando necessário, referenciados para maiores níveis de complexidade. Por exemplo, os pacientes com HIV são encaminhados ao serviço de atenção especializada (SAE), em São Paulo do Potengi/ RN.

O grupo de suporte a gestantes do município foi reativado nos últimos meses sobre a coordenação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Porém, a equipe da ESF III possui pouca participação dentro das atividades desse grupo, sobretudo na temática saúde sexual. Dessa forma, a equipe optou pela implantação de uma ação conjunta ao NASF e o grupo de gestantes, sobre a forma de sala de espera, com a temática saúde sexual da mulher durante a gestação.

A escolha desse tema foi realizada após o estudo do módulo Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério, e devido as constantes dúvidas que as gestantes mostram sobre esse tema dentro das consultas de pré-natal.

Optou-se pela realização de uma sala de espera (Figuras 5 e 6), visando aumentar o público alvo da ação e contemplar mais gestantes do território da equipe, visto que se realizou a atividade em um dia de consultas de pré-natal da médica e da enfermeira. Por ser no período da manhã, a atividade foi realizada sobre a forma de uma roda de conversa enquanto era ofertado um café da manhã.



Figura 5. Médica da ESF III Poço Comprido ministrando aula com tema Saúde sexual da mulher na gestação.

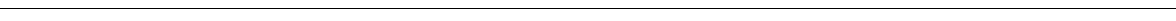
---



Figura 6. Equipe multiprofissional da ESF III Poço Comprido e NASF do município de Boa Saúde/RN reunida com gestantes na ação.

Alguns dos temas discutidos nesta ação foram: as mudanças fisiológicas do corpo da mulher sobre a gestação; como as pacientes encaram essas alterações corporais na perspectiva de sua imagem enquanto mulher; a prática da atividade sexual durante a gestação e a importância do uso de métodos contraceptivos de barreira (como o condom masculino); a prática da atividade sexual durante o puerpério; e métodos contraceptivos que podem ser utilizados em lactantes. Na ocasião, aproveitamos para distribuir preservativos masculinos e tirar dúvidas sobre o uso.

Ao final da atividade, toda a equipe julgou-a como satisfatória e nos dispomos a repeti-la em conjunto com o NASF mensalmente, sendo o próximo tema a importância da presença paterna durante o pré-natal e parto. O público alvo serão as gestantes da área e seus companheiros, frisando o papel do homem, enquanto pai, durante a gestação, parto e pós-parto.



## CAPÍTULO IV: ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL OFERTADA PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA III POÇO COMPRIDO

A microintervenção foi iniciada através da convocação de uma reunião em equipe para discussão sobre a linha de cuidado em saúde mental ofertada aos pacientes do território pela Estratégia de Saúde da Família III (ESF III) Poço Comprido, do município de Boa Saúde, Rio Grande do Norte (RN). Foi utilizado como base para avaliação da qualidade desse serviço em saúde mental os requisitos mínimos exigidos pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A avaliação externa da nossa unidade pelo PMAQ ocorreu no mês de setembro de 2017. Em razão disso, após discussão em reunião, chegou-se à conclusão de que a equipe cumpre por completo os requisitos exigidos nessa avaliação.

A unidade possui um livro de registro dos pacientes que fazem uso de psicotrópicos intitulado “Controle de Medicação – Psicotrópicos” (Figura 7), que foi elaborado em março de 2014, e desde o ano passado, está sendo atualizado a cada consulta que o usuário desse tipo de medicamento realiza. Neste livro consta informações gerais do paciente (data, número de prontuário, nome, idade e endereço); a medicação que utiliza e se esta é de uso diário ou não; observações gerais (no qual se cita o diagnóstico e se o paciente recebe algum tipo de suporte psiquiátrico da Rede de Atenção em Saúde - RAS); e qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área daquele usuário.

DATA	N° SERVIDOR	NOME	Idade	Medicação	Uso diário	OBSERVAÇÃO	ENDEREÇO	ACS
26/09/17	0006		40 anos	Fluoxetina 20mg Clonazepam 0,5mg Risperidona 2mg/dia	Sim	Atendimento por psicólogo	Sítio Poço Comprido	Dorcas
15/09/2017	0026		50 anos	Fluoxetina 20mg Risperidona 2mg/dia	Sim	Atendimento psiquiátrico não compareceu a consulta	Sítio Marquinhos	Tony
18/08/2014	-		51 anos	Fluoxetina 20mg Risperidona 2mg	Sim	Atendimento psiquiátrico	Sítio Pedro Branco	ACS
01/07/2017	-		62 anos	Fluoxetina 20mg Haloperidol 5mg	Sim	Atendimento psiquiátrico	Ruacha das Flores	Edmilson
01/09/2017	-		55 anos	Fluoxetina 20mg	Sim	Atendimento psiquiátrico	Ruacha das Flores	Edmilson

Figura 7. Livro “Controle de Medicação – Psicotrópicos” ilustrando o controle que a equipe faz sobre os pacientes usuários de psicotrópicos da ESF III Poço Comprido.

Além disso, existe uma lista de pacientes da equipe (Figura 8), divididos por área de abrangência dos ACS, que passam por algum sofrimento psíquico ou que são usuários de drogas (lícitas ou não), bem como a classe farmacológica do psicotrópico que o paciente faz uso (se benzodiazepínico, anti-psicótico, estabilizador do humor ou antidepressivo).



USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL E NEUROLÓGICA - ACS: DOMINGOS AVELINO			DEFICIÊNCIA							
NOME DO PACIENTE	DN	IDADE	SOFRIMENTO PSÍQUICO	USO DE CRACK	USO DE OUTRAS DROGAS	USO DE BENZODIAZEPÍNICOS	USO DE ANTI-PSICÓTICOS	USO DE ANTI-CONVULSIVANTES	USO DE ESTABILIZADORES DE HUMOR	USO DE ANTI-DEPRESSIVOS
	03/08/1966	51					X	X		
	01/08/1977	40				X	X			X

Figura 8. Lista de pacientes usuários de saúde mental por território de ACS da ESF III Poço Comprido.

Os pacientes com diagnóstico de saúde mental são acompanhados pela ESF III seguindo uma linha de cuidado longitudinal (ou seja, continuado). Os usuários, uma vez diagnosticados, realizam consultas periódicas a cada 60 dias para acompanhamento, avaliação dos sintomas, necessidade de ajuste de dose de medicações, e, caso necessário, encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Caso seja identificado um paciente em sofrimento psíquico, na área, o qual ainda não possui acompanhamento pela equipe, seja através do ACS ou seja através da demanda espontânea, este é prontamente acolhido na unidade e agendado consulta médica dentro de 48 horas.

Durante a última reunião locorregional do programa Mais Médicos, realizado em Santa Cruz/RN, no dia 04 de julho de 2018, foi exibido um gráfico da RAPS da V região de saúde do estado do Rio Grande do Norte.

Na ocasião, foi relatado a existência de três Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I nessa regional, sendo dois localizados em municípios vizinhos a Boa Saúde (Tangará e São José do Campestre). Tentei contato com esses centros, porém não obtive sucesso. Em um deles, não consegui ter acesso ao número de telefone (apesar de pesquisa em internet), e em outro não houve resposta às ligações feitas. Consegui contato com o CAPS I de São Paulo do Potengi, tendo conversado com Luana (psicóloga do centro) que não soube me responder sobre a situação do funcionamento dos outros CAPS I da V região, visto que foram recentemente inaugurados, porém afirmou que o CAPS de seu município possui pactuação com o município de Boa Saúde.

Logo, além do suporte desse CAPS, Boa Saúde dispõe de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), localizado na própria cidade, constituído por um fisioterapeuta,

---

uma fonoaudióloga, uma assistente social e um médico psiquiatra. Dado a dificuldade de transporte de pacientes para atendimento em outros municípios, o NASF desempenha uma função fundamental no suporte à atenção básica no manejo dos pacientes psiquiátricos, seja através de visitas domiciliares com planos terapêuticos singulares ou através de ações como grupos de caminhada ou oficinas de recreação.

Na minha realidade de trabalho, enquanto médica de posto de saúde da família, acompanho vários casos de pacientes em sofrimento psíquico ou em situação de abuso de medicações psicotrópicas. Escolhi para relatar nessa microintervenção o acompanhamento que a equipe realiza com o paciente X.

X, 40 anos, é acompanhado na unidade por transtorno bipolar + obesidade grau III. Era acompanhado por psiquiatra particular em cidade vizinha ao município de Boa Saúde (Santo Antônio/RN), porém em razão de dificuldades financeiras familiares, estava fazendo seu acompanhamento nos últimos meses apenas na Unidade Básica de Saúde (UBS). Faz uso de várias medicações psicotrópicas, sendo elas: carbolitio 300 mg 01 – 00 – 01 comprimidos, clorpromazina 100 mg 00 – 00 – 02 comprimidos, quetiapina 25 mg 00 – 00 – 01 comprimido, fluoxetina 20 mg 01 – 00 – 00 comprimido e bromazepam 06 mg 00 – 00 – 01 comprimido.

SR. X compareceu à unidade em 26 de junho de 2018 para renovação de receitas e avaliação bimensal realizada em consulta médica. Na ocasião, apresentava alterações comportamentais descritas como linguagem inapropriada e agressividade, bem como privação de sono. A família do paciente, por conta própria, tentou aumentar a dose do benzodiazepínico visando tranquilizar o paciente, sem melhora. Devido a esse comportamento alterado, o paciente é visto com preconceito por alguns membros de sua família e da comunidade em que vive.

O paciente foi acolhido, avaliado na unidade e encaminhado para acompanhamento multidisciplinar pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município, tanto para avaliação por psiquiatra (para ajuste de medicações visto que se trata de um paciente complexo em uso de polifármacos), quanto para participar das atividades recreativas e de ressocialização realizada pelos demais profissionais do núcleo buscando a reintegração do paciente à sua família e comunidade.

Por estar em descompensação aguda de sua doença psiquiátrica e fazer uso de várias medicações (muitas das quais apresentam interação medicamentosa), encaminhei o paciente para o CAPS I de São Paulo de Potengi, uma vez que o paciente possui perfil para

---

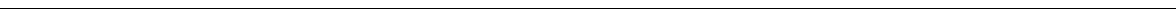
---

acompanhamento longitudinal e multiprofissional de sua doença de base nessa instituição. Entretanto, até o final do mês de julho de 2018, o encaminhamento ainda não havia sido realizado por falta de transporte para o paciente e acompanhante.

A saúde mental é uma das grandes demandas nos serviços públicos de saúde na atualidade. O sofrimento psíquico sobre a ótica das mais diversas doenças mentais, o abuso de substância psicotrópicos e uso de drogas é uma realidade do território de atuação da equipe. Concluí com essa microintervenção a importância de se conhecer à RAPS do território para, dessa forma, fornecer um atendimento multiprofissional adequado.

---

---



---

## **CAPÍTULO V: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO COMO FORMA DE QUALIFICAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

A infância é um dos períodos mais importantes durante o desenvolvimento humano visto que grande parte das nossas potencialidades enquanto espécie são desenvolvidas durante essa fase da vida. Doenças que acometem a criança, sobretudo nos primeiros dois anos de vida, podem levar a graves consequências na idade adulta (BRASL, 2009). Dessa forma, promover e recuperar a saúde e o bem-estar das crianças é um dos pilares dos programas ofertados pela atenção básica, na modalidade de atenção chamada Crescimento e Desenvolvimento (CD).

A puericultura possui como objetivos básicos a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e sua família, através de orientações que antecedem os riscos de agravos à saúde, sendo capaz, dessa forma, de oferecer medidas de proteção mais eficazes (RICCO et al., 2005).

Os profissionais envolvidos nessa modalidade de atenção são considerados educadores em saúde e devem vislumbrar o cuidado com a criança muito além de uma vertente clínica. Eles têm que levar em consideração o contexto psicossocial e ambiental em que aquela criança e sua família estão inseridas, de modo a fornecer uma atenção em saúde de qualidade (ISSLER; LEONE; MARCONDES, 1999).

A consulta de CD engloba alguns objetivos principais, dentre os quais destacam-se: acompanhar o crescimento físico e desenvolvimento neuropsicomotor da criança no primeiros dois anos e vida; ampliar a cobertura vacinal; realizar educação alimentar e nutricional; assegurar a prevenção de acidentes e prevenção de lesões intencionais no ambiente doméstico; e estimular a promoção de saúde e prevenção de doenças mais prevalentes na comunidade (DEL CIAMPO et al., 2006).

A Estratégia de Saúde da Família III (ESF III) Poço Comprido, do município de Boa Saúde, Rio Grande do Norte (RN), iniciou a microintervenção através da convocação de uma reunião (Figura 9) para análise e resposta dos questionamentos realizados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), no tocante à saúde da criança. A reunião ocorreu no dia 07 de agosto de 2018 e nela foi possível ver que contemplamos todos os pontos interrogados nas nossas atividades de trabalho.

---



Figura 9. Registro da reunião em equipe da ESF III Poço Comprido.

Na ESF, existe um registro das crianças do território que possuem menos de cinco anos, divididas por Agente Comunitários de Saúde (ACS), que são constantemente atualizadas por esses profissionais e pela enfermeira da unidade. Os ACS realizam essa atividade através da busca ativa desses pacientes nas visitas domiciliares do território. Na ocasião dessa atividade, colhem dados importantes sobre o estado de saúde da criança (se foram prematuras; qual o peso ao nascimento; se estão realizando acompanhamento regular de CD e se estão com calendário vacinal desatualizado). Todos os dados são repassados para a enfermeira, que atualiza as planilhas (Figura 10) e cruza as informações com as gestantes que eram acompanhadas na unidade no pré-natal.

Estratégia de Saúde da Família III – Poço Comprido

Crianças menores de 5 anos - ACS: Domingos Viana

NOME DA CRIANÇA	DN	IDADE
	06/05/2017	4 meses
	20/07/2014	3 anos e 2 m
	06/10/2015	1 ano e 11 m
	12/10/2014	2 anos e 11 m
	30/04/2016	1 ano e 5 m
	30/08/2016	1 ano e 1 m
	12/03/2013	4 anos e 6 m
	20/04/2014	3 anos e 5 m
	11/01/2016	1 ano e 8 m
	06/05/2015	2 anos e 4 m
	29/01/2015	2 anos e 8 m
	01/02/2016	1 ano e 7 m
	06/03/2013	4 anos e 6 m
	03/04/2017	5 meses
	27/02/2014	3 anos e 7 m
	17/03/2017	6 meses

Figura 10. Registro da planilha que a equipe utiliza como forma de monitorar o quantitativo de crianças no território por ACS.

Todas as crianças menores de dois anos são estimuladas a comparecer à unidade junto de seus familiares para a realização das consultas de puericultura. Os atendimentos são intercalados entre enfermeira e médica, e seguem os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde expostos no Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento (2012). A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para registro e acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, fazendo registro simultâneo da consulta nas folhas de atendimento individual que compõe o prontuário.

Em todas as consultas, registramos tanto na caderneta da criança quanto no prontuário se o calendário vacinal está atualizado; as medições para acompanhamento do crescimento; os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor; o estado nutricional; o resultado do teste do pezinho; os sinais suspeitos de violência doméstica; e a ocorrência de acidentes.

Frisa-se à família, inclusive, a importância de zelar e trazer a caderneta da criança para unidade toda vez que a criança procura atendimento, seja dentro da consulta de CD ou na forma de demanda espontânea.

Até o presente momento, não possuímos casos de violência contra a criança confirmadas em nosso território. Porém, possuímos uma boa interação com a assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diante de qualquer suspeita clínica,

---

repassamos o caso e agendamos uma visita domiciliar multiprofissional para avaliar de modo profundo.

A equipe estimula o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e à introdução de alimentos saudáveis à dieta da criança a partir dos seis meses em todas as consultas de puericultura, bem como nas visitas domiciliares realizadas às puérperas na primeira semana de vida dos recém-nascidos, e em ações coletivas conjuntas com o NASF, seja no grupo da gestante ou através de atividades lúdicas no Programa Saúde na Escola (PSE), conforme Figura 11.



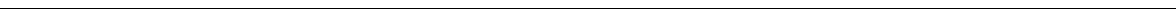
Figura 11. Ação conjunta realizada pela equipe com colaboração do NASF no PSE em uma escola do território, tendo como temática “Alimentação Saudável na Infância”.

Concluiu após essa microintervenção que a equipe da ESF III Poço Comprido é capaz de fornecer uma atenção à saúde da criança de qualidade, tendo como pilar base para esse feito uma boa consulta de CD realizado por médica e enfermeira, além de ações conjuntas e apoio dado pelo NASF do município de Boa Saúde.

---

---





---

## **CAPÍTULO VI: O CUIDADO AO USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA III - POÇO COMPRIDO**

Há cerca de algumas décadas, o Brasil vive um processo de transição demográfica e, por consequência, de transição epidemiológica. A queda das taxas de fecundidade, a melhora das condições de saúde e o aumento da expectativa de vida, média de 76 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018), estão fazendo a população brasileira envelhecer cada vez mais, em detrimento aos demais segmentos da pirâmide etária. Devido a essas mudanças, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas complicações surgem como uma das principais causas de mortalidade e morbidade na atualidade, comparado às doenças infecto-parasitárias que eram a principal causa de óbito nas décadas do século XX.

Segundo o plano de ação 2008-13 da Organização Mundial de Saúde (OMS) para DCNT, entende-se por essas as seguintes doenças: doenças cardiovasculares (com destaque a hipertensão arterial sistêmica), diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas. Por se tratarem de doenças de longa duração, são responsáveis por grande ônus de gastos diretos (cuidados ambulatoriais e hospitalares). Além disso, somam-se os gastos indiretos decorrentes do absenteísmo, aposentadorias precoces e perda de produtividade (BRASIL, 2005).

Dessa forma, frisa-se a importância de se realizar uma assistência básica em saúde de qualidade, focando na prevenção de fatores de risco modificáveis (alimentação, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e consumo de drogas) e promoção a um modo de viver mais favorável e com melhor qualidade de vida, visto que são abordagens que previnem as complicações das DCNT e demandam um menor custo (BRASIL, 2005).

Diante dessa exposição, iniciei a sexta microintervenção com a convocação de uma reunião de equipe com os membros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) III - Poço Comprido (Figura 12). Essa foi realizada no dia 13 de setembro de 2018 e na ocasião respondemos os questionamentos propostos ao término do módulo “Controle das doenças crônicas não transmissíveis na minha unidade de saúde”.

---

---



Figura 12. Registro da reunião em equipe da ESF III - Poço Comprido.

A equipe realiza o acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos da área através de consultas médicas e de enfermagem, que ocorrem trimestralmente com cada profissional, de forma intercalada. Nas consultas são realizadas: medidas antropométricas (peso, altura e cálculo de índice de massa corpórea-IMC); avaliação de sinais vitais (pressão arterial e frequência cardíaca); aferição de glicemia (em caso de pacientes com diagnóstico de diabetes); registro de medicações que o paciente faz uso e a forma como o mesmo administra as mesmas; solicitação e checagem de exames laboratoriais anuais para controle de complicações dessas doenças (como eletrocardiograma, bioquímica e fundoscopia com especialista); além de exame físico detalhado buscando alterações que podem surgir em razão dessas doenças (como pesquisa de pé diabético).

Normalmente, os usuários que procuram a unidade com diagnóstico prévio de hipertensão ou/e diabetes ou com suspeita clínica conseguem agendar consulta com algum dos profissionais da equipe em tempo hábil, aguardando no máximo sete dias, visto que cada dia da semana destina-se a atendimento de uma área rural de determinado Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Na primeira consulta, é realizada a anamnese completa do paciente com registro no seu prontuário, sempre buscando fatores de risco cardiovasculares maiores (como eventos cardiovasculares adversos anteriores) e outras complicações que direta ou indiretamente se desenvolveram pelas DCNT (como insuficiência cardíaca), a fim de estratificar esses



RISCO CARDIOVASCULAR			
NOME DO PACIENTE	DN	IDADE	RISCO
	19/07/1919	98	ALTO
	10/07/1950	67	ALTO
	04/12/1940	76	ALTO
	18/04/1936	81	MODERADO
	14/05/1939	78	MODERADO
	20/03/1935	82	ALTO
	08/03/1957	60	ALTO
	20/08/1956	61	ALTO
	14/04/1959	58	ALTO
	22/12/1941	75	ALTO
	20/04/1954	63	ALTO
	15/05/1947	70	ALTO
	06/10/1953	63	MODERADO
	12/05/1935	82	ALTO
	08/09/1943	74	ALTO
	08/02/1953	64	ALTO
	08/06/1967	50	MODERADO
	24/05/1944	73	ALTO
	06/03/1967	50	ALTO
	28/10/1946	70	MODERADO
	18/06/1955	62	MODERADO
	15/05/1964	53	MODERADO
	03/10/1949	67	ALTO
	30/09/1977	39	ALTO
	26/05/1955	62	MODERADO
	06/08/1941	76	MODERADO
	25/11/1924	92	ALTO
	12/06/1936	81	ALTO
	06/07/1960	57	MODERADO
	12/08/1949	68	ALTO
	15/06/1930	87	ALTO
	23/01/1943	74	ALTO
	07/01/1934	83	MODERADO
	18/09/1954	63	MODERADO

Figura 14. Lista dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da ESF III - Poço Comprido estratificados com risco cardiovascular alto ou moderado.

Todos os pacientes que necessitem de consulta com especialista, devido a complicações das DCNT ou doenças de base de difícil manejo clínico, são encaminhados via secretaria municipal de saúde para atenção secundária e/ou terciária. A equipe dispõe de um livro no qual registra todos os encaminhamentos dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos para outros níveis de atenção (Figura 15).

Data	Nº de prontuário	Nome do paciente e idade	Comorbidades	ACS da área	Encaminhado para
06/11/11	-		HAS + DM + DLP + HBP + ou mais	Domingos	Psiquiatria
06/11/11	-		HAS + DM	Domingos	Cirurgião vascular
5/12/11	-		HAS + DM + DRC estágio II	Pedro	Neurologista
12/11	-		HAS + DM + DRC estágio II	Pedro	Nutricionista
12/11	-		HAS + DM + DRC estágio II	Pedro	Fisioterapia
12/11	-		HAS	Tony	Ortopedista
12/11	-		HAS	Tony	Fisioterapia
10/5/12	0012		Rash urticariz. crônico	Domingos	Gastroenterologia
1/05/12	0041		Hipotireoidismo + DLP	Edmilson	ORL
1/05/12	0401		-	Edmilson	Cirurg. Pediatría
1/05/12	-		HAS	Edmilson	Dermatologia

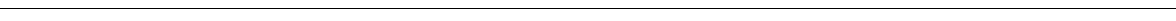
Figura 15. Livro de encaminhamentos da ESF III – Poço Comprido.

Nas consultas individuais sempre estimulamos a importância das mudanças de estilo de vida como um importante alicerce associado ao tratamento farmacológico e, quando possível, contamos com o auxílio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) no desenvolvimento de ações que fomentem a discussão sobre essas doenças, esclarecimento de dúvidas e maneiras para que os pacientes tenham uma melhor qualidade de vida (Figura 16).



Figura 16. Oficina conjunta realizada pela equipe ESF III – Poço Comprido com o NASF com o tema “como utilizar o sal de ervas para controle da pressão arterial”.

Concluimos esta microintervenção enfatizando que a nossa equipe realiza um trabalho proveitoso no controle dos pacientes hipertensos e diabéticos da área, tanto no tocante ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso, sempre estimulando mudanças de estilo de vida, conseguindo controle da doença e evitando complicações cardiovasculares futuras.



**CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS  
MICROINTERVENÇÕES**

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
<p><b>A AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (AMAQ) COMO FERRAMENTA DE APERFEIÇOAMENTO DO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.</b></p>	<p>Realizada reunião com a equipe da estratégia de saúde da família (ESF) III – Poço Comprido em 23/04/2018, onde foi analisado e respondido o questionário AMAQ, visando dimensionar as fragilidades que existem na realidade de trabalho da unidade, bem como traçar metas para resolução das mesmas. A equipe obteve nota insatisfatória no quesito <u>acompanhamento e desenvolvimento de ações voltadas aos usuários de tabaco do território.</u> O grupo de tabagismo estava sem atividades no município há 01 ano devido a diversos fatores (falta de insumos por parte da gestão, desarticulação das</p>	<p>Para realização da microintervenção e retomada do grupo do tabagismo, foram tomadas as seguintes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listagem de todos os fumantes do território da ESF III através das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde (ACS);</li> <li>• Reuniões mensais entre profissionais do NASF e das estratégias de saúde de família do município, com o propósito de retomar as atividades do grupo de tabagismo;</li> <li>• Articulação com a secretaria de saúde do município para que o mesmo tenha adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), de modo que o mesmo receba insumos e medicamentos do governo federal para o combate ao tabagismo. A resposta a essa intervenção não foi formalmente emitida pela gestão do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrado em reuniões as listas do quantitativo de fumantes no território da ESF III e estimulado que as outras equipes do município também realizem esse controle dos fumantes de suas áreas. Apesar de um não posicionamento oficial do município quanto à sua adesão ao PNCT, as primeiras reuniões do grupo de tabagismo já estão sendo realizadas na ESF III com a temática “os malefícios do fumo para a saúde”, visando a conscientização da população e contemplação dos pacientes quanto ao problema, visando no próximo ano evoluir para a preparação e ação do plano de combate ao tabagismo.</li> </ul>



	equipes de ESF com o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e falta do quantitativo real de fumantes do município).	município.	
<b>IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E DO ACESSO AVANÇADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA III, MUNICÍPIO DE BOA SAÚDE, RIO GRANDE DO NORTE</b>	Relato sobre o processo de implantação do acolhimento e do acesso avançado na ESF III, realizado desde março de 2018. Existe uma agenda médica para marcação de atendimentos divididos por dias entre 04 microáreas distintas, com o objetivo de atender demandas de programas já bem definidos na atenção primária (puericultura, pré-natal e hiperdia). Entretanto, todo paciente que procura a unidade é acolhido pela técnica de enfermagem e/ou pelos ACS, avaliado pela escala de vulnerabilidade de Coelho-Savassi e pelo sistema Manchester modificado, e de acordo com sua	Com a implantação do acesso avançado e acolhimento na unidade, a equipe está conseguindo atender a maior parte da demanda espontânea que procura ESF durante o dia. A equipe avalia a microintervenção com grande êxito, assim como a própria população atendida, que vê a unidade de saúde sempre de portas abertas às suas queixas.	Foi proposto em reunião com as demais equipes de ESF a implantação do acolhimento e do acesso avançado em suas unidades, visto o êxito obtido no território de Poço Comprido, tendo como base o uso da escala de vulnerabilidade de Coelho-Savassi e o sistema Manchester modificado.

	queixa tem seu atendimento médico realizado no mesmo dia na unidade ou no hospital, ou agendado como consulta eletiva.		
<b>A PRÁTICA DA SALA DE ESPERA ENTRE AS GESTANTES COMO FORMA DE EDUCAÇÃO COLETIVA SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL</b>	<p>A equipe da ESF III realiza um acompanhamento adequado do pré-natal e puerpério, bem como realiza boa parte das ações relacionadas a um bom planejamento reprodutivo para as mulheres do território. Nessa microintervenção, buscamos interagir com o grupo de gestantes do município, coordenado pelo NASF, de modo a fazer a equipe (médica e enfermeira) mais próximo dele. Com o objetivo de atingir a maior parte de mulheres do território, realizamos uma sala de espera em um dia de atendimentos de pré-natal, visando atingir o maior número de gestantes, com um tema pouco</p>	<p>Na ocasião, fizemos uma roda de conversa com as gestantes, em conjunto com os profissionais do NASF, onde foi servido um café da manhã, fornecido pela gestão municipal. Além de dúvidas feitas pelas próprias pacientes, foi realizada apresentações sobre o assunto em PowerPoint e distribuição de folders sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) durante a gestação. A microintervenção foi realizada com êxito e hoje é realizada com frequência pela equipe e pelo NASF com outras temáticas.</p>	<p>Dado o sucesso da microintervenção, foi elaborado um calendário de atividades do grupo das gestantes realizado pelos profissionais ESF III e o NASF, com diferentes temáticas (cuidados com o recém-nascido nos primeiros dias de vida, importância do aleitamento materno, prevenção do diabetes gestacional e desenvolvimento neuropsicomotor normal nos primeiros 02 anos de vida da criança). A cada mês, uma sala de espera é realizada. Divulgação da atividade com as demais equipes de ESF, estimulando que os mesmos também façam essas atividades com suas gestantes do território.</p>

	discutido: saúde sexual da mulher durante a gestação.		
<b>ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL OFERTADA PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA III POÇO COMPRIDO</b>	<p>A avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi realizada na ESF III – Poço Comprido em setembro/2017.</p> <p>Desde então a equipe organizou a linha de cuidado dos pacientes de saúde mental do território, de modo que os mesmos pudessem ter um seguimento longitudinal (e não apenas pontual para renovação de receitas médicas). Nessa microintervenção expus a linha de cuidado realizada ao paciente portador de transtorno psiquiátrico na unidade de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento dos pacientes de saúde mental através de registro em prontuário médico e um livro intitulado “controle de medicação - psicotrópicos”, elaborado em março de 2014 e atualizado a cada consulta do paciente na unidade para renovação de receita. Nele consta informações gerais do paciente (nome, número de prontuário, idade e endereço), a medicação que utiliza, o diagnóstico do paciente e a data da renovação da prescrição médica.</li> <li>• Lista de pacientes do território por microárea de abrangência do ACS de acordo com a medicação utilizada (se benzodiazepínico, anti-psicótico, estabilizador do humor ou antidepressivo). Referenciamento de casos complexos para matriciamento e avaliação com</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe segue realizando os resultados apresentados na microintervenção no seu dia-a-dia de trabalho.</li> <li>• Muitos pacientes referenciados ao CAPS das cidades vizinhas apresentam dificuldade em ter acesso a esse órgão por indisponibilidade de carros ofertados pelo município. No último mês, foi incorporado a figura de um psicólogo aos NASF do município, fortalecendo assim a rede de atenção psicossocial a que os pacientes são submetidos.</li> </ul>

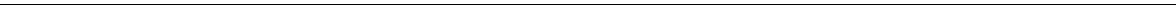
		psiquiatra do NASF do município ou aos CAPS I localizados em municípios da mesma regional de saúde.	
<b>CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO COMO FORMA DE QUALIFICAR A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>	<p>A infância é um dos períodos mais importantes do desenvolvimento humano visto que é nos dois primeiros anos de vida que desenvolve-se grande parte de nossas potencialidades cognitivas e motoras enquanto espécie.</p> <p>Dessa forma, promover e recuperar a saúde e o bem-estar das crianças é um dos pilares dos programas ofertados pela atenção básica, na modalidade de atenção chamada Crescimento e Desenvolvimento (CD).</p> <p>Nas consultas de CD busca-se: acompanhar o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança nos seus primeiros anos de vida; ampliar cobertura vacinal; realizar educação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro das crianças menores que 05 anos dentro do território, segundo microárea e ACS, que são constantemente atualizadas por esses últimos nas visitas domiciliares e pela enfermeira, complementando os dados com as pacientes do pré-natal que já evoluíram com resolução da gestação. Nesse registro constam informações importantes, como: idade gestacional ao parto, peso da criança ao nascimento, atualização do cartão vacinal e se estão realizando acompanhamento regular de CD na unidade.</li> <li>• Consultas de puericultura realizadas de forma alternada entre médica e enfermeira seguindo as orientações do Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança do</li> </ul>	<p>A equipe concluiu que oferece uma atenção à saúde da criança com qualidade. Dessa forma, mantém o acompanhamento ambulatorial dos pacientes na forma de CD, referenciamento de casos complexos para NASF e/ou pediatra e possui lista de controle de crianças do território.</p>

	<p>alimentar; e prevenção de acidentes. Nessa microintervenção, descrevo a linha de cuidado de saúde à criança realizada pela equipe de ESF III - Poço Comprido.</p>	<p>Ministério da Saúde, realizando registro das mesmas em prontuário e no cartão da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Íntima relação da equipe de saúde da ESF III Poço Comprido com o NASF do município, permitindo a realização de ações conjuntas (como o projeto saúde na escola) e avaliação de casos na suspeita de maus tratos, déficit no desenvolvimento linguístico ou se obesidade infantil. Referenciamento de crianças que possuam alterações no desenvolvimento ou crescimento para avaliação com pediatra na cidade regional de saúde (Santa Cruz/RN).</li> </ul>	
<p><b>O CUIDADO AO USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA III - POÇO COMPRIDO</b></p>	<p>Atualmente o Brasil vive um processo de transição demográfica e epidemiológica. A queda das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida e melhora das condições de saúde estão fazendo a população viver por mais anos e, nesse contexto, as</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe realiza acompanhamento regular de hipertensos e diabéticos a cada 03 meses, de forma alternada entre médica e enfermeira. Na ocasião da consulta, realiza-se aferição de medidas antropométricas, sinais vitais, aferição de glicemia, registro de medicações em uso,</li> </ul>	<p>Todas as ações descritas na microintervenção são realizadas pela equipe. Compreendemos, dessa forma, que a equipe realiza um cuidado longitudinal ao portador de DCNT de qualidade.</p>

	<p>doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) surgem como principais causas de mortalidade e morbidade. Nesse contexto, frisa-se a importância de uma atenção primária de qualidade, visando a prevenção de fatores de risco modificáveis e promoção de um modo de vida com mais qualidade, evitando complicações cardiovasculares dessas doenças.</p>	<p>checagem e solicitação de exames laboratoriais, além de exame físico completo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na primeira consulta, realiza-se anamnese completa dirigida buscando-se fatores de risco cardiovasculares maiores e complicações das DCNT para estratificação do risco cardiovascular global do paciente (escore de Framingham)</li> <li>• Registro no prontuário do paciente e em uma folha espelho elaborada pela equipe de enfermagem do município específica para o cuidado contínuo do paciente hipertenso e diabético.</li> <li>• Lista dos pacientes diabéticos e hipertensos do território, por microárea de ACS, com risco cardiovascular moderado e alto.</li> <li>• Livro de encaminhamentos citando os pacientes hipertensos e diabéticos que necessitam de consulta com especialista médicos</li> </ul>	
--	--	---	--



		<p>ou não em outros níveis de atenção.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ações educativas realizadas em conjunto com o NASF visando discutir a doença, tirar dúvidas da população, compartilhamento de vivências e estratégias para desenvolvimento de um estilo de vida ativo e saudável.</li></ul>	
--	--	--	--



---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse trabalho, concluo o quanto as microintervenções foram capazes de modificar a realidade de trabalho da minha equipe de saúde, no tocante à qualidade do serviço prestado.

Conseguimos reorganizar os programas horizontais de saúde da família, como o manejo do paciente portador de transtorno mental, saúde da criança e saúde do portador de doença crônica não transmissível. Além disso, diante das nossas fragilidades verificadas através da análise e resposta do questionário AMAQ, pudemos escrever o esboço do grupo dos tabagistas, e tenta-lo reimplantá-lo no município com o apoio de outros profissionais da atenção básica. Nos reaproximamos de outros profissionais da atenção primária, com destaque àqueles do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), integrando-o ao dia-a-dia da unidade através de ações com foco na saúde da criança, na saúde da mulher e da gestante e no manejo dos pacientes portadores de doenças crônicas.

Ao término das ações, conheci com muito mais clareza meu território, bem como as redes de apoio à saúde da família que estão à disposição na minha área. Vislumbro como grande desafio a manutenção de todas essas ações ao longo dos anos, visto a rotatividade de profissionais que circulam pela atenção básica, mas otimista que as mudanças e sementes por mim plantadas sejam apenas o início de uma atenção primária à saúde com qualidade no município em que trabalho.

---

---



---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis** – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: O cuidado da pessoa tabagista**. Ministério da Saúde: Brasília, 2015.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30-7, 2000.

DEL CIAMPO, L.A. et al. O programa de saúde da família e a puericultura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-43, 2006.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, abr-jun, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2018. **Projeção da População 2018**: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de->

---

---

noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 20 de out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Tratamento do Tabagismo**. Disponível em: <[www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo)>. Acesso em: 24 abr. 2018.

ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária**. 1. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 1999.

RICCO, R.G. et al. **Puericultura**: temas de pediatria 80. São Paulo: Nestlé, 2005.

TEODORO, W. R. **Manejo do tabagismo na atenção básica**. 2012. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, 2012.

---

---

---

## APÊNDICES

---

---

---

## ANEXOS

---

---

