



**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 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA  
PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**RODOLFO LINS DA SILVEIRA MACEDO**

---

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

---

---

A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO PORTA DE ENTRADA PARA O SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE

RODOLFO LINS DA SILVEIRA MACEDO

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(a): MARIA BETÂNIA  
MORAIS DE PAIVA

---

## DEDICATÓRIA

Dedico a realização dessa obra exclusivamente ao meu Deus, que sem ele na minha vida nada disso seria possível. Ele que me capacitou para realização de tais feitos e me deu sabedoria para conduzi-los, fazendo com que suas misericórdias se renovassem a cada manhã em minha vida. Fazendo-me entender que o nosso lugar é ao seu lado e ao lado do nosso próximo, amando primeiramente a ele e ao nosso próximo da mesma forma que ele nos amou.

---

---

## AGRADECIMENTOS

Nessas horas grande é a gratidão que sentimos, por mais uma fase superada, mais uma conquista realizada e claro que não poderia deixar de agradecer primeiramente a Deus que me guiou até aqui e a minha família. Ao meu pai que hoje se estivesse vivo com toda certeza estaria contente por mais um feito e a minha mãe que sempre foi a minha maior companheira e pelo seu amor incondicional. A minhas irmãs que dividem o amor que existe em meu peito junto com a nossa preciosa mãe. Irmãs que sempre foram minhas companheiras e minhas motivadoras, sempre me impulsionando a seguir adiante por meio de suas palavras motivadoras. Ao meu irmão que hoje ocupa um grande papel na minha vida como conselheiro e como único homem a quem amo na minha vida. Partindo para outras áreas, gostaria de agradecer a minha namorada por ter tido tanta paciência e compreensão comigo durante todo esse processo árduo de trabalho. A minha equipe de saúde que diariamente durante o período de trabalho se vêem ansiosos em prestar a cada dia um serviço ainda melhor e que entendem que a medicina só pode ser exercida se houver amor pelo próximo. Aos meus colegas médicos que se encontravam nesse mesmo processo e muitas vezes, unirmos forças para prosseguir. Eles que durante esse trabalho honraram o juramento que fizeram quando se formaram em medicina. Aos verdadeiros amigos que sempre estão ao nosso lado como complemento, ajudando a aliviar a nossa jornada. E aos meus pacientes que fizeram parte desse ciclo, me ensinando a ser mais humano sempre. E claro, não poderia deixar de agradecer a minha orientadora, Maria Betânia Moraes de Paiva, que incansavelmente trabalhou me orientando na realização desse trabalho. Sou grato pelo seu grande profissionalismo, sua dedicação e a sua paciência para comigo.

---

---

---

---

## RESUMO

Venho por meio desse trabalho compartilhar a nossa realidade de saúde referente ao nível de Atenção Primária vivida na Unidade Básica de Saúde de São José, no município do Alto do Rodrigues, no Estado do Rio Grande do Norte. No decorrer dessas páginas você encontrará 6 (seis) relatos frutos de 6 (seis) microintervenção realizadas pela nossa Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), tratando dos temas mais frequentes e de grande importância na nossa prática clínica diária, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços disponibilizados em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS). A Metodologia utilizada para realização desse trabalho parte de um princípio de autoavaliação utilizando como referências os critérios avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), pelos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, além de outras obras nacionais e internacionais. Os resultados conquistados se refletem através da melhora da comunicação interna entre os funcionários da unidade, melhora da coordenação do fluxo dos atendimentos, melhora do vínculo com os pacientes através dos programas criados, melhora da prevenção das doenças e do acompanhamento dos pacientes. O desenvolvimento das ações assim elaboradas durante todo esse processo nos permitiu uma nova perspectiva de serviços prestados pela nossa unidade de saúde, tendo o paciente como centro do nosso projeto terapêutico e contando com a colaboração do mesmo nesse processo, dessa forma praticando a medicina de uma forma mais humanizada.

**Palavras-chaves:** Sistema Único de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Estratégia

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
CAPÍTULO 1 - Construindo através do pensamento.....	8
CAPÍTULO 2 - Acesso Adequado :um novo caminho a ser construído.....	27
CAPÍTULO 3 - As Contribuições das Ações Programáticas no Contexto da Saúde da Família.....	33
CAPÍTULO 4 - Compreendendo um mundo invisível.....	44
CAPÍTULO 5 - Criança com saúde, adulto saudável.....	54
CAPÍTULO 6 - A incorporação de hábitos saudáveis para mudança de qualidade de vida.....	67
CAPÍTULO 7 - Plano de continuidade.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES.....	86
ANEXOS.....	87

---

---

## APRESENTAÇÃO

Nesse trabalho você irá se deparar com uma coletânea de 6 (seis) relatos de experiência, construído a partir de microintervenções realizadas no nosso território pela nossa equipe de saúde, demonstrando os problemas iniciais presentes no cotidiano do trabalho com os quais nos defrontamos e as estratégias adotadas para enfrentar os problemas na busca de transformação através das práticas. Dando enfoque nas ações exitosas realizadas e nos resultados que trouxeram mudanças positivas para a nossa comunidade. Enfatizando também, as dificuldades sofridas e os meios adotados para superá-las, juntamente com a elaboração de um plano de continuidade para cada microintervenção, no intuito de fazer com que as ações realizadas se perpetuem e sirvam de modelo para as demais equipes, na perspectiva do melhoramento da qualidade dos atendimentos e serviços realizados na Atenção Primária à Saúde (APS).

Esses eventos se passam na Unidade Básica de São José, localizada na zona rural do município do Alto do Rodrigues, no interior do estado do Rio Grande do Norte – RN, referente aos serviços realizados na APS. Serviços esses que são prestados pela nossa Equipe de Saúde da Família (ESF), que é denominada como equipe volante, em função dos atendimentos não serem realizados todos em uma mesma unidade de saúde, existindo a necessidade de se deslocar durante toda a semana para poder cobrir a área a qual nos foi destinada. Tendo a Unidade de São José como a principal e as demais como postos satélites a ela vinculados. Dessa forma atendemos uma população considerada de extrema pobreza, enfrentando problemas que vão muito além das questões clínicas de saúde, como baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, questões políticas da região, culturais e religiosas. Sou brasileiro, pernambucano e moro no estado do Rio Grande do Norte. Formado em medicina na Rússia, país onde vivi durante os últimos 7 (sete) anos, devido a faculdade e que apresenta um quadro bem diferente em relação a questões de saúde pública do Brasil. Dessa forma me sinto empolgado em trabalhar na APS, aprendendo mais sobre as questões enfrentadas no sistema de saúde pública do meu país e através dessas microintervenções que nos ensinaram a praticar cada vez mais uma medicina humanizada em relação aos nossos pacientes e um olhar mais amplo em relação as formas de lhes garantir saúde.

---



---

As microintervenções se encontram organizadas em 6 (seis) capítulos, tratando-se cada uma delas de uma temática diferente, tendo os seguintes temas como ponto inicial de partida para o seu desenvolvimento: Observação na Unidade de Saúde; Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada; Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério; Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde; Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento; Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. E o sétimo capítulo, que se trata da elaboração de uma matriz a respeito de todas elas. O Objetivo das nossas microintervenções se baseia num processo autoavaliativo, levando a nos confrontar contra os problemas enfrentados por nossa equipe em relação aos serviços disponibilizados pela nossa unidade, utilizando os critérios avaliativos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), como elementos norteadores para garantir um serviço de maior acesso e qualidade aos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS). Buscando também, através de diretrizes nacionais e internacionais, exercer uma medicina de qualidade através de uma equipe multiprofissional e utilizando de metodologias variadas na condução das ações de saúde planejadas, através de palestras, criação de grupos, visitas domiciliares para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na perspectiva de garantir o direito constitucional de saúde a cada cidadão no nosso país, de forma equânime, resolutiva e integral.

Dessa maneira concluo convidando-o a participar dessa leitura de maneira a experimentar através dos relatos descrito nessa obra, as diferentes emoções partilhadas pela equipe a respeito das experiências vivenciadas em nossa realidade local e compartilhar do nosso aprendizado.

---

---

## **CAPÍTULO I:**

### **O TÍTULO: CONSTRUINDO ATRAVÉS DO PENSAMENTO**

Nesta primeira etapa estarei relatando as experiências vividas no processo para realização da nossa primeira microintervenção sobre Observação na unidade de Saúde. Dessa maneira, irei inicialmente abordar alguns pontos necessários para maior compreensão a respeito do trabalho realizado. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde no Brasil, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei nº 8.080/90. (Portalms.saude.gov.br, 2013/2018)

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Inicialmente iremos falar sobre os serviços que realizamos através da atenção básica ou Atenção Primária em Saúde (APS) que é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial. Na qual as suas ações estão voltadas para: Promoção da saúde, Prevenção das doenças, Recuperação e Reabilitação da saúde. Tendo também como objetivo solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade, funcionando assim, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (Pensesus.fiocruz.br/atenção-básica). A saúde é direito de todos e dever do Estado, serviços esses que tem como porta de entrada preferencial pelo Sistema Único de Saúde (SUS) as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são o local prioritário de atuação das Equipes de Atenção Básica (EAB). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Dessa forma, teremos como centro do processo de autoavaliação da nossa microintervenção os serviços prestados pela nossa Equipe de Atenção Básica (EAB) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de São José, do município do Alto do Rodrigues/RN. Para a realização da autoavaliação foram utilizados os critérios

monitoramento dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

---

---

O AMAQ é uma ferramenta validada nacional e internacionalmente. Ela é capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades dos profissionais e gestores de saúde no âmbito da atenção básica, visando promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Seguindo esses critérios foi realizado junto com toda a nossa equipe de saúde uma autoavaliação estimulando o processo da autocrítica em relação os serviços que estamos disponibilizando aos usuários da nossa unidade, visando assim reconhecer as nossas debilidades e buscando alcançar melhorias, estabelecendo assim, o nível de qualidade preconizados pelo SUS e pelas políticas nacionais de saúde.

Para realização da autoavaliação baseada nos critérios avaliativos do AMAQ foi utilizado versão impressa do material, ano 2017, uma vez que não disponibilizamos de redes de computadores e internet na UBS de São José. O referido processo avaliativo já havia sido realizado no ano anterior para avaliação do PMAQ, no entanto, vale destacar que no momento da avaliação a equipe se encontrava sem médico. Após repetir todo o processo, agora com a equipe completa, foram avaliados todos os requisitos. A unidade de análise que foi levada em consideração para realização da microintervenção foi a Gestão e Equipe da Atenção Básica por ter apresentado maior alternância em relação aos resultados. Os critérios respondidos foram relativos às dimensões “Gestão da Atenção Básica” e “Unidade Básica de Saúde” e as suas respectivas subdimensões: Apoio Institucional (E); Educação permanente (F); Monitoração e avaliação (G); Infraestrutura e equipamentos (H); Imunobiológicos e medicamentos (I). A pontuação de cada critério foi atribuída em duas etapas. A primeira etapa baseada na resposta individual do questionário de cada membro da equipe e a média estabelecida pela nota que foi dada para cada um desses critérios e a segunda se deu através da reflexão em conjunto dos resultados obtidos e debatidos com a equipe, as falhas e o que se poderia fazer para melhorar.

O resultado da classificação se deu através do percentual das subdimensões em categorias como: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório. Após o resultado final estabelecido pela média estipulada e avaliada pela equipe, foi obtido o resultado a seguir:

---

Tabela 1 – Resultados das classificações dos critérios avaliados

Submersão	Classificação
E-Apoio Institucional	Regular
F-Educação permanente	Regular
G-Monitoração e avaliação	Regular
H-Infraestrutura e equipamentos	Satisfatória
I- Imunobiológicos e medicamentos	Satisfatória

Após realização da autoavaliação foi selecionado um dos problemas levantados pelo questionário para confecção de uma matriz de intervenção. Foi escolhido o problema, considerando os seguintes critérios: nota  $\leq 5$  e a possibilidade de resolução. A microintervenção foi elaborada em cima do problema que obteve nota 5: Unidade de Análise – gestão e equipe de Atenção Básica, Dimensão – gestão da Atenção Básica, Subdimensão- Educação Permanente. Descrição do padrão: 2.6 A gestão da Atenção Básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.

Quadro 1 – Matriz de intervenção

<b>Descrição do padrão:</b> 2.6 A gestão da Atenção Básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.						
<b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:</b> A falta de momentos destinados as reuniões. Falta de elaboração de estratégias para intervir nos problemas referentes a unidade e os serviços prestados por ela. Ausência de respostas e melhorias perante os problemas apresentados pela unidade. Comprometimento do relacionamento do pessoal da equipe. A instabilidade do relacionamento da população com a equipe de saúde da unidade						
<b>Objetivo/meta:</b> Realizar maiores números de encontros entre os membros da equipe de Atenção Básica da nossa UBS.						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Aumentar o número de encontros de 1 vez a cada 3 meses para encontros semanais ou a cada 15 dias.	Rodas de conversas; Debates; Questionários autoavaliativos. Elaborar gráficos para controle dos resultados das medidas adotadas	Auditório; Folhas A4; Caixa em acrílico; Cartolina; Notebook. Quadro Branco; Cadernos.	Diminuição das críticas; Elaboração de intervenções ; Resolução dos problemas.	Médico; Enfermeira; Gestão e coordenação de saúde do município.	30 dias	Exposição das impressões na última reunião do mês. Gráficos do desempenho das ações.

Melhorar a interação entre os membros da equipe	Rodas de conversas; Debates; Questionários autoavaliativos Atividades interação com o grupo; Acompanhamento com psicólogo. Elaborar gráficos para controle dos resultados das medidas adotadas	Auditório; Folhas A4; Caixa em acrílico; Cartolina; Notebook. Quadro Branco; Cadernos.	Melhora da interação dos funcionários da unidade de saúde e do desempenho das suas atividades.	Médico; Enfermeira; Técnica de enfermagem; Agentes de saúde; recepcionista; zeladora; motorista; Gestão e Coordenação de saúde do município .	30 dias	Exposição das impressões na última reunião do mês. Gráficos do desempenho das ações.
Listar os problemas e classificá-los de acordo com a possibilidade de resolução	Rodas de conversas; Debates; Questionários autoavaliativos; Elaborar gráficos para controle dos resultados das medidas adotadas; Palestras	Auditório; Folhas A4; Caixa em acrílico; Cartolina; Notebook. Quadro Branco; Cadernos.	Diminuição das críticas; Elaboração de intervenções ; Resolução dos problemas;	Médico; Enfermeira; Técnica de enfermagem; Agentes de saúde; recepcionista; zeladora; Gestão e coordenação de saúde do município.	60 dias	Exposição das impressões na última reunião do mês; Gráficos do desempenho das ações

#### **Matriz de intervenção (detalhamento da execução)**

##### **Descrição do padrão:**

A gestão da Atenção Básica garante às equipes de saúde momentos destinados às reuniões.

##### **Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:**

A falta de momentos destinados as reuniões onde possamos discutir e analisar os problemas da unidade, que tem contribuído para o aumento da insatisfação dos usuários. A falta de elaboração de estratégias para intervir nos problemas referentes a unidade e os serviços prestados por ela. A ausência de respostas e melhorias perante os problemas apresentados pela unidade. Comprometimento do relacionamento do pessoal da equipe, que acabam criando certa desunião e falta de comunicação entre os membros. A instabilidade do relacionamento da população com a equipe de saúde da unidade devido a algumas condutas inadequadas adotadas por alguns dos membros da Equipe.

##### **Objetivo/meta:**

Realizar maiores números de encontros entre os membros da equipe de Atenção Básica da nossa UBS, no intuito de melhorar a organização do processo de trabalho, desde planejamento ao monitoramento e à análise dos indicadores e informações de saúde, à

---

construção de projetos e à avaliação das suas ações, à integração e troca de conhecimentos entre os profissionais membros da equipe.

### **Estratégias para alcançar os objetivos/ metas**

Receber autorização da gestão e da coordenação de saúde para que aumentar o número de encontros de 1 vez a cada 3 meses para encontros semanais ou a cada 15 dias; Criar um ambiente agradável e confiável para todos, para que assim possamos melhorar a interação entre os membros da equipe e juntos identificar os principais problemas que prejudicam o acesso e a qualidade da atenção na nossa unidade de saúde e tentar contribuir para superá-los; Listar os problemas e classificá-los de acordo com a possibilidade de resolução: 1- problemas com determinantes proximais, ou seja, que poderiam ser resolvidos imediatamente. 2- problemas com determinantes intermediários, que poderiam ser resolvidos, mas que dependem da ajuda de outras pessoas externas à unidade. 3- problemas com determinantes distais que são aqueles que a resolução depende de uma política macro.

### **Atividades a serem desenvolvidas**

Criar uma caixa e deixar de fácil acesso somente para os funcionários da unidade, para que eles possam de maneira pessoal, depositar suas críticas em relação a algo que esteja acontecendo no ambiente de trabalho, para que sejam discutidas nas reuniões; Atividades com o grupo que requeira a participação e a interação de todos os membros da equipe; Acompanhamento com o psicólogo através de sessões em grupo e individuais se necessário;

Criar também uma caixa e deixar de fácil acesso na recepção, onde os usuários possam colocar sua avaliação, em relação a forma de atendimento que estão recebendo e dos serviços que estão sendo disponibilizados na unidade. Para os que não possuem condições de realizar essa avaliação de forma escrita, ser disponibilizados momentos para que se escutem suas opiniões para que, dessa forma possam ser levadas em considerações;

Elaborar gráficos de acordo com a avaliação depositadas pelos usuários e cadernos de controle e de monitorização da unidade, para que assim se possa ter controle dos resultados das medidas adotadas pela equipe para intervenção dos problemas da unidade. Como também para avaliar o nível de satisfação dos funcionários de trabalho da unidade, proporcionado um melhor ambiente para convivência de todos e da realização de suas tarefas.

### **Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades**

---

---

O projeto elaborado conta com duas caixas de acrílico, uma para os usuários e outra para os funcionários da unidade. Disponibilização dos materiais para os preenchimentos das avaliações (Canetas e Folhas A4). Dia e o horário estipulado para se realizar a escuta dos usuários que não possuem condições de realizar essa avaliação de maneira escrita. Matérias para construção dos gráficos e para atualizações dos mesmos (Cartolina; Quadro Branco; Notebook; Cadernos). E o mais importante, a colaboração de todos da equipe para querer participar das reuniões.

### **Resultados esperados**

- 1- Melhorar a interação dos funcionários da unidade de saúde e proporcionar um ambiente agradável para todos para obter um melhor desempenho em relação as suas respectivas atividades.
- 2- Melhorar a relação entre os usuários e os funcionários da unidade.
- 3- Alavancar a qualidade do atendimento e o acesso dos usuários aos serviços disponibilizados na unidade.
- 4- Reduzir o número de críticas e da insatisfação dos usuários e dos funcionários da unidade básica de saúde.

### **Responsáveis**

- 1- Gestão de saúde do município (responsáveis pela fiscalização desses encontros e avaliação dos resultados obtidos pela equipe, além de disponibilizar o material desejado.)
- 2- Coordenação de saúde município (fazer a ligação entre a gestão e a equipe de saúde e facilitar o acesso aos materiais necessários)
- 3- Equipe de saúde da unidade básica, entre eles: o médico, a enfermeira, a técnica da equipe volante e da unidade, as 2 agentes de saúde da unidade, recepcionista e zeladora da unidade. (Tem como obrigação a realização e cumprimento da matriz de intervenção, desde da realização dos encontros, aplicação dos meios de avaliação, coletas dos dados e elaboração dos gráficos e compromisso com as metas estipuladas.)

### **Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados**

- 1- Caixa avaliativa
  - 2- Relatório das escutas dos usuários que não possuem condições de realizar a avaliação por escrito
-

- 
- 3- Gráficos informativos em relação aos resultados obtidos com desempenho do trabalho
  - 4- Exposição das impressões na última reunião do mês.

A segunda parte da reunião consistia em estabelecer uma ferramenta para registrar e monitorar os indicadores de qualidade do PMAQ. Os indicadores rotineiramente avaliados na equipe são:

**Acesso e continuidade do serviço:**

- Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitantes.
- Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea.
- Percentual de atendimentos de consultas agendadas.
- Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
- Razão de coleta de material citopatológico do colo de útero.
- Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

**Coordenação do cuidado:**

- Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.

**Resolutividade da Equipe de Atenção Básica:**

- Percentual de encaminhamento para serviços especializados.
- Razão entre tratamento concluído e primeiras consultas odontológicas programáticas.

**Abrangência da oferta de serviços:**

- Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica.
- Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal.

**Para o NASF foi definido como indicador de desempenho:**

- Índice de atendimentos realizados pelo NASF.

O indicador escolhido pela equipe para monitorar foi o percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida. Uma vez que, atendemos em 4 unidades básicas de saúde, que foram distribuídas em pontos estratégicos para facilitar o acesso dos usuários a unidade e os serviços disponibilizados por ela, apresentamos algumas dificuldades para realizar esses atendimentos. Como somos equipe volante e temos que atender um dia apenas na semana em cada unidade e tendo que realizar as visitas apenas uma vez por mês em cada sítio, através das visitas domiciliares, acabamos que não podendo estar presente na primeira semana de vida daquele recém-nascido, terminamos assim, por realizar a consulta tempos depois do que se fazia necessário ou quando a mãe leva a criança para ser avaliado na UBS em razão de algum agravo. Então, após nos

---



---

reunirmos e analisado a gravidade da situação, a UBS de São José lançou mão de algumas das ferramentas que já utilizava para monitorização dos serviços ofertados pela equipe.

O material utilizado consiste de uma ficha com dados acerca dos atendimentos individualizados realizados no dia do atendimento (FIGURA 1) e outra ficha que será preenchida ao final de cada mês baseado nos dados da equipe em relação ao território adstrito e aos dados de produção médica, através das informações coletadas pelo total de fichas de atendimentos individualizadas no final de cada mês (FIGURA 2). Procuramos utilizar o material que já tínhamos disponíveis e aumentar a fiscalização perante esse assunto, de modo que possamos cumprir com o que se é determinado, ou seja, realizar a consulta ainda na primeira semana de vida do recém-nascido, que é de fundamental importância. Para isso fizemos uma associação com o número de atendimentos de pré-natal e o número de atendimentos de puericultura, de forma ao acompanhar a gestante no seu pré-natal, e assim termos uma ideia da data prevista para o parto, se programando com uma consulta agendada para aquele dia ou aquela semana. E o número de puericultura nos ajudaria a ter esse controle. Escolhemos métodos que já tínhamos utilizado com frequência para nos fornecer esses dados. Através das fichas de atendimentos individuais, vamos poder avaliar o número de atendimentos de pré-natal e puericultura, que será repassado na sua totalidade para preencher a tabela dos dados de produção médica, que junto com os dados do território da equipe servirão de padrão para avaliar os resultados e assim ver se houve uma melhora em relação a esse requisito.

---


SAÚDE  SUS ATENÇÃO BÁSICA		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL				DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____							
CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____													
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*								
CNS DO PROFISSIONAL		CBO	CNES	INE	/ /								
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNIO*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)
Local de atendimento* (ver legenda)													
Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado													
Consulta Agendada													
Escuta Inicial/Orientação													
Consulta no Dia													
Atendimento de Urgência													
Atenção Domiciliar	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Racionalidade em saúde (ver legenda)													
Avaliação antropométrica													
Parâmetro cefálico (cm)													
Peso (kg)													
Altura (cm)													
Vacinação em dia?	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Criança													
Alimentação materno (ver legenda)													
DUM													
Gestante													
Gestidez Planejada	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Idade Gestacional (semanas)													
Gestas Prévia/Partos													
Problemas/Condição Instável*													
Asma													
Desnutrição													
Diabetes													
DPOC													
Hipertensão arterial													
Obesidade													
Pré-natal													
Puericultura													
Puerpério (até 42 dias)													
Saúde sexual e reprodutiva													
Tobagismo													
Usuário de álcool													
Usuário de outras drogas													
Saúde mental													
Reabilitação													

FIGURA 1 – Ficha de atendimento individual

## **PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

### **Dados do território da Equipe**

Número de pessoas no território da equipe	
Número de pessoas de 15 ou mais anos	
Número de mulheres de 10 a 59 anos	
Número de gestantes cadastradas	
Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares pelo ACS no mês	
Número de atendimentos de pré-natal realizados pelo (a) enfermeiro(a) no mês	
Número de crianças menores de 2 anos acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 2 anos pesadas no mês	
Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	
Número de crianças menores de 6 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de crianças menores de 4 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de hipertensos do território	
Número de diabéticos do território	

### **Dados de Produção do Médico**

Número total de atendimentos individuais	
Número de consultas de cuidado continuado	
Número de consultas de demanda agendada	
Número de atendimentos de pré-natal	
Número de atendimentos de puericultura	
Número de atendimentos de hipertensos	
Número de atendimentos de diabéticos	
Número de atendimentos de pessoas com asma	
Número de atendimentos em saúde mental	
Número de atendimentos em álcool e outras drogas	
Número de atendimentos de pessoas com tuberculose	
Número de atendimentos de pessoas com hanseníase	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de útero	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de mama	
Número de visitas domiciliares	
Número de atividades coletivas (reuniões de equipe, atendimento em grupo, etc.)	

Figura 2 – Ficha de dados do território da equipe e de dados de produção médica

Sabendo que, para um trabalho funcionar de maneira homogênea, os integrantes que contribuem para realização do mesmo, tem que estar em sincronia e para isso tem que haver entendimentos das partes. Procuramos realizar reuniões com toda a equipe e avaliar

---

a frequência com a qual estávamos nos reunindo, tanto para avaliar as questões relacionadas a nossa unidade básica de saúde, mas também para avaliar a nossa interação, como equipe da estratégia da família. Percebemos que era necessário aumentar a frequência das mesmas, que antes, estavam acontecendo a cada 3 meses, para a cada 15 dias levando em consideração os critérios de recomendações e indicadores dos portais de busca recomendados pelo curso.

Ao adotar tal conduta, buscamos assim aumentar o tempo de interação dos membros da equipe, procurando estreitar os laços através de momentos comemorativos e na criação de diálogos no intuito de diminuir as diferenças, criar maior compreensão e melhorar o trabalho de equipe; pois para a realização de uma microintervenção onde requer a colaboração de todos, se faz necessário o diálogos entre os membros participantes de maneira que haja maior cobertura dos serviços a serem implementados.

Nessa direção, já foram dados os primeiros passos no processo de realização da microintervenção abordando e discutindo a cerca de um dos problemas que pode ser visto como ponto de partida para o desencadeamento de todos os problemas subsequentes. Na reunião foi percebido que ao melhorar a interação da equipe e grau de confiança entre os membros, seria possível criar um ambiente de trabalho com menos atrito, mais propício à realização das atividades com maior satisfação dos trabalhadores ampliando a receptividade para com os usuários e melhorando a harmonia do local.

Foi observado também, uma maior preocupação dos funcionários em manter um ambiente mais seguro, organizado, com melhor distribuição das informações e do acesso a comunidade. Após esclarecimentos dos problemas através do diálogo foi percebido, desde da semana seguinte a primeira reunião, uma melhora no fluxo das atividades da unidade, em busca de um propósito maior na busca da satisfação pessoal e profissional.

Como potencialidades advindas da intervenção destaca-se alguns procedimentos como calendário e a criação de um cronograma em cima das datas estabelecidas, realização de chamadas através de um caderno de chamadas, a utilização de caixa de acrílico, utilizada para servi como meio de se estabelecer os pontos que serão abordados nas reuniões, através de bilhetes de relatos, opiniões, sugestões, críticas e avaliações ali depositadas pelos funcionários da unidade, em relação ao ambiente de trabalho, gráfico informativo em relação ao grau de humor e satisfação dos funcionários da unidade.

Uma vez iniciada a intervenção com a equipe de saúde da unidade e estabelecida os pontos a serem trabalhados internamente, foi iniciado o segundo passo da

---

---

microintervenção, que seria melhorar o acesso a unidade e os serviços estabelecidos por ela e o grau de satisfação dos seus usuários. Foi adotado um sistema de avaliação semelhante para os usuários da unidade, que também dispuseram de uma caixa de acrílico, onde passaram a realizar suas sugestões em relação aos atendimentos, como também suas opiniões, críticas e avaliações sobre a forma como estão sendo assistidos e dos serviços disponibilizados.

Em cima disso foram estudados nas reuniões os problemas e classificados de acordo com a possibilidade de resolução, com isso, adotadas as medidas cabíveis e possíveis de resolução. Para o controle desses procedimentos foram adotadas medidas de supervisão através de relatório quinzenais de acordo com as reuniões estabelecidas e repassados para a gestão e a coordenação de saúde do município. Nas reuniões foi também aberto em uma, da duas reuniões do mês, para a participação da associação dos moradores colaborarem, trazendo informações importantes acerca da unidade. Gráficos também foram utilizados para avaliar, se está tendo ou não, diminuição de reclamações e avaliar também o nível de satisfação, adotando maior controle sobre os serviços que tem relação com a unidade, a gestão e a coordenação, como o caso de encaminhamentos e exames solicitados através de cadernos de anotações.

Através dessas intervenções estamos ansiosos por resultados cada vez melhores em relação aos serviços oferecidos pela nossa unidade, aprendendo que o foco não pode estar na unidade de trabalho em si, mas principalmente nas pessoas, nos usuários que a buscam. Lidar com a dor do próximo requer o máximo de humanidade por parte dos prestadores de serviço. Tendo em mente que não podemos ser moldados e influenciados pelos fatores externos que podem vir a surgir, mas sim, que temos que adotar a postura de mudar e influenciar para melhor o meio e aqueles que se encontram ao nosso redor, como referências para aqueles que buscam por solução para suas dores e aflições. Entender que podemos atenuar ou abrandar tais sentimentos desde da primeira interação para com os pacientes.

Claro que dificuldades foram apresentadas na execução de tais intervenções, como fatores culturais, socioeconômicos e políticos, tendo em vista que como seres humanos temos formas diferentes de pensar, hábitos diferentes e que nem todos possuem os mesmo benefícios e acessos, como a educação por exemplo. Vivemos em uma sociedade onde as influências políticas e partidárias são muito fortes, o que levam as pessoas a não visualizarem um serviço em si, mas associarem a ele uma manifestação política. Mas na

---



---

expectativa de vislumbrar novas caminhos com intuito de um futuro melhor, foi encontrado forças para superar as barreiras e pôr em pratica as atividades, tendo como resposta uma melhor interação da comunidade com a unidade básica de saúde, quebrando assim alguns paradigmas estabelecidas por serviços anteriores prestados e mostrando uma nova perspectiva de saúde para população, fazendo da unidade uma ambiente não de dor, mais de esperança.

---

---



---

## **CAPÍTULO II:**

### **TÍTULO: ACESSO ADEQUADO :UM NOVO CAMINHO A SER CONSTRUÍDO**

A parte mais importante para se frequentar um estabelecimento, é a forma como você é recebido no local e a impressão que este lugar lhe passa. Relatarei os fatores que contribuíram para a construção desse quadro.

Entre eles, critérios como: limpeza, iluminação, ventilação e acústica, tem importância fundamental, por se tratar de um ambiente adequado e seguro para atendimento na área de saúde.

A organização do local, desde a arquitetura em meio a distribuição do espaço interno, das portas, assentos e mesas, contribui para propiciar um ambiente adequado para atendimento, como também, para uma melhor comodidade.

O acesso e a distribuição das informações que ali se encontram, servem para proporcionar assim maior interação com o estabelecimento. A harmonia do local, que está implicitamente ligada à relação entre os funcionários e a forma como cada um desempenha o seu trabalho e a maneira como eles funcionam harmonicamente. E claro, a forma como somos recebidos pelos mesmos que prestam serviços. Uma vez que tínhamos esses fatores estabelecidos, criamos o ambiente perfeito para o acolhimento das pessoas que ali frequentam.

O segundo ponto, trata-se de focar nas pessoas que irão frequentar o estabelecimento, de maneira a buscar entender suas necessidades e o que elas ali procuram, tentando assim, lhes proporcionar maior satisfação através de um serviço de qualidade; criando formas de demonstrar preocupação em manter um padrão de qualidade baseadas em opiniões, críticas e sugestões fornecidas pelos próprios usuários.

Baseado nisso, trazendo agora para o nosso contexto em relação a nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), levando em consideração os problemas que temos sofrido em relação à insatisfação de alguns usuários quanto à questão da insuficiência de fichas, marcação das mesmas, receptividade e tratamento por parte de alguns funcionários e também, pelas situações presenciadas quanto à relação da equipe, e com isso o desenvolvimento de suas tarefas e como elas têm repercutido na qualidade do serviço fornecido pela unidade.

Buscamos fazer uma autoavaliação para tentar montar ou reutilizar estratégias de maneira mais eficiente, que contribuam para solucionar tais problemas e ir mais além,

---



---

tentando implementar formas e sistemas de garantir que qualquer cidadão, independente da sua nacionalidade, etnia, classe social, sexo e sua condição física, possa ter acesso a um Sistema Único de Saúde (SUS) de forma equânime e universal para que mais do que nunca o atendimento público esteja no mesmo patamar do ofertado na rede privada fazendo que não haja distinção entre os serviços disponibilizados pelos sistemas de saúde.

Como atendo em zona rural, minha equipe é volante, ou seja, todos os dias atendemos em uma unidade diferente. Desse modo, o processo de trabalho é descentralizado, pois é mais fácil deslocar a equipe, do que os pacientes. A nossa estratégia é voltada para as consultas agendadas, o que nos ajuda a ter um controle melhor do fluxo de pacientes na unidade no dia em que haverá atendimento.

Realizamos 26 atendimentos durante as oito (8) horas de trabalho destinadas aos atendimentos em cada unidade, sendo dez (10) atendimentos destinados as fichas de consultas agendadas e três (3) para urgências no turno da manhã e o mesmo esquema se repete no turno da tarde. Não adotamos os atendimentos de demanda espontânea de maneira oficial, pois por ser apenas um dia de consulta destinado a cada comunidade, o número de consultas de demanda espontânea seria muito alto e os usuários que não conseguissem ter acesso as 10 fichas destinadas as consultas agendadas, iriam querer ser atendidos na demanda espontânea, fazendo assim com que houvesse uma aglomeração de pacientes dentro da unidade. Essa situação não seria viável por vários motivos, entre eles temos: um aumento do risco de infecção e de transmissão de doenças de um paciente em virtude da aglomeração de pacientes, aumento da poluição sonora dentro do estabelecimento, aumento do risco de acidentes, sem falar que, os pacientes não iriam querer vir até a unidade para agendar a consulta, pois entraria na demanda espontânea do dia.

Dessa maneira, por saber também que nem sempre é possível pegar fichas devido a limitação dos horários e diante da necessidade de alguns pacientes de passar pela consulta médica, as fichas de urgências não preenchidas, são direcionadas a esses pacientes. Na indisponibilidade de fichas, o caso do paciente é relatado ao médico, que após o término dos atendimentos irá avaliar se a condição do usuário permite que seja solucionado numa consulta naquele momento ou se fará necessário marcar uma ficha para retornar para uma consulta mais detalhada dentro de um tempo oportuno.

---

---

Assim, os pacientes atendidos no dia são encaixados como demanda espontânea fazendo com que o número de atendimentos entre a demanda programada, espontânea e urgências variem em torno de 35 a 40 pacientes por dia de trabalho.

Dessa maneira, com base nas experiências vividas no processo dos atendimentos cotidianos e visando sempre um melhor acolhimento da população, a estratégia adotada pela equipe procura diminuir as filas de espera e implantar o acolhimento que melhor se enquadre no ambiente de trabalho.

Na perspectiva de se tentar ampliar o acesso dos pacientes às consultas realizadas na unidade, foram estudados outros meios de se disponibilizar ofertas para atendimento sem seguir a forma convencional. Entre elas, procuramos explorar as consultas através do Acesso Avançado (AA).

Acesso Avançado (AA) - é um sistema moderno de agendamento médico que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelo médico no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde. O Acesso Avançado tem como objetivos diminuir o tempo de espera por uma consulta médica, diminuir o número de faltas às consultas médicas e aumentar o número de atendimentos médicos da população. (BRASIL, 2013)

Nessa direção, foi realizado uma reunião com a equipe para avaliar a viabilidade de implementação do Acesso Avançado em nossa realidade local. No primeiro momento foi colocado em pauta o funcionamento da estratégia para equipe. De início, surgiram questionamentos acerca de sua aplicabilidade, uma vez que preconiza o atendimento do paciente no mesmo dia ou até 48 horas da data em que buscou os serviços na unidade. Outro ponto levantado foi com relação à subjetividade do paciente no que diz respeito a necessidade pessoal de ter o problema resolvido, além da operacionalização dessa ferramenta levando em consideração a frequência semanal dos atendimentos e o fluxo de pacientes.

Ficou claro para a equipe que a adoção do acesso avançado, assim como, a organização do fluxo oriunda da demanda espontânea, requerem mais de um dia de atendimento naquele local, o que dificulta a operacionalização do AA em sua totalidade.

Desse modo foi pensado no coletivo a melhor maneira de conciliar as quatro (4) estratégias, que seriam: demanda agendada, atendimentos de urgência, demanda espontânea e acesso avançado. Foi criado assim, o Acesso Adequado com a finalidade de atender a realidade e necessidade do serviço, qualificando os profissionais para

---

---

disponibilizar o acesso aos usuários de maneira tal que eles não saiam da unidade sem orientação acerca do seu problema e de como e quando ele será resolvido, ao mesmo tempo em que promova orientações aos usuários de maneira que eles possam desfrutar plenamente das ofertas disponibilizadas da UBS.

O acesso Adequado visa melhorar a distribuição das fichas para o atendimento daquele dia, trabalhando com as consultas agendadas, sendo disponibilizado um total de 10 fichas, conforme descrito anteriormente. Nessa lógica de reorganização do processo de trabalho foi pactuado que os pacientes previamente agendados seriam atendidos com horários marcados, pois antes os atendimentos eram realizados por hora de chegada o que ocasionava um longo tempo de espera para o atendimento clínico.

De acordo com a ordem de distribuição das fichas é estabelecido um horário para o atendimento e, desse modo, os pacientes adquirem uma maior flexibilidade ficando a seu critério esperar na unidade ou em casa, uma vez que já está garantido a consulta, podendo inclusive trocar os horários entre si de acordo com suas necessidades.

Dentro do acesso adequado são contemplados os casos de urgência, sendo destinadas três (3) fichas para aqueles pacientes que necessitam passar pelo atendimento imediato, uma vez que na unidade não se tem um grande fluxo de pacientes com urgências. Os casos são avaliados pelo médico ou pela enfermeira, pois são os únicos qualificados para realização de tal procedimento, pois o técnico ou auxiliar de enfermagem não pode realizar triagem ou classificação de risco em unidades de saúde, uma vez que esta é uma atribuição de profissionais de nível superior (COREN-SP, 2009). Vale ressaltar que esse limite pode ser ultrapassado, ficando em aberto o número de atendimentos nessa categoria durante o expediente da unidade a depender da necessidade.

Das fichas disponibilizadas no dia, três (3) são destinadas ao acesso avançado, que terão seus atendimentos realizados alternando-se entre uma consulta agendada e outra. E para finalizar os atendimentos daquele turno, três (3) fichas são destinadas as consultas espontâneas que serão realizadas no final do atendimento, sendo disponibilizadas, teoricamente, 1 hora para esses pacientes antes de encerrar o atendimento, sendo que esse tempo pode sofrer alterações em função do número de urgências e do tempo disponibilizados para o acesso avançado.

Desse modo, foram ampliadas seis (6) fichas em cada turno com a distribuição de 18 fichas no turno da manhã e 18 fichas no turno da tarde, perfazendo um total de 36 atendimentos diários. A ampliação da oferta só foi possível depois de se otimizar ao

---

---

máximo o tempo operacional, levando em conta as oito horas diárias de funcionamento da unidade e a flexibilidade do tempo de consulta.

Para a implementação do acesso adequado se fez necessário a qualificação da equipe, entre eles: enfermeira, técnica de enfermagem e Agente Comunitários de Saúde (ACS). Nesse sentido, foi estabelecido uma reunião quinzenal para avaliação dos serviços prestados, identificação de problemas, planejamento das ações para realização do acolhimento, classificação e orientações aos usuários.

Trata-se de uma construção coletiva em prol da transformação de práticas, na perspectiva de se promover um atendimento integral, equânime e humanizado.

---



---

### **CAPÍTULO III:**

#### **TÍTULO: AS CONTRIBUIÇÕES DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Ao se deparar com o desafio de prestar o melhor atendimento possível para todos os usuários que procuram a nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), temos a necessidade de procurar aprender e saber mais sobre os mais diversos assuntos dentro da área médica.

Um dos temas que tem importância fundamental na nossa prática do dia a dia nas unidades é a respeito da saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, orientações e prescrições de métodos contraceptivos, pré-natal, puerpério, prevenção e tratamentos contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Temas esses, que nos levam a estar constantemente se questionando e autoavaliando sobre os serviços que estamos prestando na nossa unidade de saúde e as estratégias que temos utilizado para abordar cada assunto com o nosso público alvo e para qualquer um que queira se informar e aprender mais acerca do assunto. Com isso, levamos em consideração uma lista de perguntas, que segue abaixo:

1. Discutimos saúde sexual em grupos (jovens, gestantes, idosos)?
  2. Promovemos ações educativas, para homens e mulheres, sobre a decisão de ter filhos ou não?
  3. Ofertamos métodos contraceptivos básicos à população?
  4. Abordamos adequadamente a necessidade de utilizá-los?
  5. Fazemos busca ativa das gestantes da Unidade? Inclusive adolescentes?
  6. Fazemos levantamento periódico das gestantes do bairro, incluindo as que fazem pré-natal em serviço privado?
  7. Preenchemos adequadamente a caderneta da gestante?
  8. Solicitamos TODOS os exames complementares recomendados?
  9. Orientamos quanto aos cuidados nutricionais na gestação?
  10. Estimulamos hábitos de vida saudáveis?
  11. Tratamos as DSTs, quando diagnosticadas durante a gestação?
  12. Tem sido realizado a visita domiciliar ainda na primeira semana de vida das crianças?
  13. Orientamos sobre a importância de retornar para a consulta de puerpério?
  14. Orientamos sobre amamentação?
-

- 
15. Discutimos conteúdos sobre diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs?
  16. A equipe realiza notificação e encaminhamento adequados dos casos diagnosticados de HIV?
  17. Tratamos adequadamente as DSTs diagnosticadas?

Fonte: AVASUS.UFRN.BR, 2018, Modulo – Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.

Utilizamos essas perguntas para nortear a nossa reflexão a respeito dos assuntos e contamos com a ajuda dos seguintes profissionais da área da saúde que prestam serviços na nossa unidade, para responder essas perguntas: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista, dentista e os agentes comunitários de saúde. Após ter respondido todas as perguntas destacamos algumas que consideramos que necessitam de maiores intervenções para suas melhorias, entre elas temos:

- 1- A necessidade de disponibilizar tempo para se discutir saúde sexual em grupos (adolescentes, gestantes, idosos).
- 2- Promover maiores ações educativas, para homens e mulheres, sobre a decisão de ter filhos ou não e estimular, incentivar a presença do pai nas consultas de pré-natal e a diferença que tal atitude pode causar durante a gestação e pós-parto.
- 3- A necessidade de se realizar a visita domiciliar ainda na primeira semana de vida da crianças, assunto esse já mencionado na primeira microintervenção sendo colocado em prática.

Ao analisar essas 3 questões foi percebido um elemento crucial que existe em comum em todas elas; o tempo. Por motivos já explicados nas microintervensões anteriores, o fato de trabalharmos como equipe volante atendendo em quatro (04) unidades, sendo uma média de um dia em cada uma, faz com que esse dia seja destinado mais aos atendimentos do que as ações de educação e prevenção, sendo estas práticas muitas vezes, trabalhadas durante as consultas.

A falta de tempo durante o dia de atendimento, contribui também na dificuldade para se disponibilizar espaço para criação e realização de trabalhos em grupos. Uma vez que existiu a necessidade de aumentar o número de fichas para os atendimentos devido a adoção de outros métodos de acesso além de consultas agendadas, por meio das consultas

---

---

espontâneas e as disponibilizadas para o acesso avançado, acabando que criando um certo impasse em relação ao assunto.

Diante desse impasse emerge as seguintes indagações: como diminuir o número de fichas e com isso estabelecer um horário para realização de práticas relacionadas a promover a saúde e de prevenção contra as doenças? Será viável separar um dos quatros atendimentos realizados no mês destinados a cada unidade, para realização de trabalho de promoção a saúde e de prevenção contra as doenças? Como lidar com esses grupos que necessitam desse trabalho de acompanhamento já que é grande a variedades de temas que se faz necessário abordar dentro das unidades?

Com base nos questionamentos acima e sabendo que o principal trabalho que se a ser realizado dentro das unidades de atenção básica é a promoção da saúde e a prevenção das doenças, pois é melhor evitar que o paciente adoeça, do que ter que tratar depois as suas enfermidades, que montamos a nossa estratégia de trabalho.

Avaliando as nossas condições, tomamos a iniciativa de criar grupos de acordo com a sua faixa etária e trabalhar, discutir com eles, desde a prática sexual em diferentes fases da vida e até que tipo de influências essas práticas pode ter em suas vidas.

Nas reuniões, se tem aproveitado também para falar dentro do tema sobre planejamento familiar, métodos contraceptivos, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e formas de se prevenir contra as mesmas. Procuramos disponibilizar exame de citopatológico, testes rápidos para sífilis e para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), para realização na própria unidade também no dia das reuniões, para os que estivessem interessados e consultas por parte do médico e da enfermeira para questões relacionadas aos assuntos.

Foi estabelecido um cronograma de palestras a serem realizadas pelos próprios membros da equipe (médico, enfermeira, técnica de saúde e os agentes comunitários de saúde) mensalmente, sendo realizado uma escala onde cada um será responsável por elaborar e dar a palestra sobre o tema a qual foi designado. O Material da palestra passará por supervisão do médico da equipe.

Em relação a promoção de maiores atividades educativas, para homens e mulheres, sobre a decisão de ter filhos ou não e de incentivo a presença do pai nas consultas de pré-natal. Foi solicitado a presença do pai da criança na consulta quando possível e para aqueles que, devido ao trabalho não podem comparecer as consultas, foi combinado a realização de eventos na unidade destinadas as consultas de pré-natal e ao planejamento

---



---

familiar, criando atividades que possibilitem maior interação dos pais com os futuros bebês e assistências as mães durante a gestação.

Partindo agora para os cuidados contínuos referente ao pós-parto, ao puerpério seguindo com as práticas do projeto da nossa primeira microintervenção, através das fichas de atendimento individual onde nos baseamos para ter o controle de quantos atendimentos de pré-natal foram realizados dentro do mês, junto com os dados de produção do médico e os dados do território da equipe.

Fazendo o acompanhamento da data provável do parto, através da data da última menstruação – DUM e através do acompanhamento da data provável do parto – DPP, estipulada pela ultrassonografia realizada no primeiro trimestre. Através desses dados conseguimos nos organizar em relação aos atendimentos, para marca com antecedência um horário para ser realizada ainda na primeira semana de vida da crianças a visita puerperal. Trabalho esse que além de estar nos ajudando a se programar para a visita puerperal domiciliar, nos tem ajudado através do número de gestante no nosso território baseados nos dados territoriais da equipe fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a relação dos atendimentos de pré-natal realizados durante o mês, a ter controle sobre aquelas gestantes que não tem comparecido para fazer o acompanhamento do pré-natal, para poder fazer a busca ativa.

A única dificuldade enfrentada pela equipe foi em relação em que momento iríamos disponibilizar tempo para realizar esses trabalhos e ficou acordado que iríamos realizar palestras mensais realizadas por membros da equipe de acordo com a escala, de duração máxima de 1 hora.

Ficou acertado reuniões mensais, sendo disponibilizado um dia dos quatros destinados ao atendimento no mês para cada unidade, para os trabalhos com os grupos. Assuntos como esses que foram destacados nessa microintervenção, tiveram o seu conteúdo discutidos e repassados para os pacientes através de palestras, discursões abertas em rodas de conversas, nas reuniões com os grupos e em eventos realizados dentro da unidade acerca dos temas.

O resultado foi percebido ainda nas primeiras duas semanas após o início das atividades e da aplicação das estratégias de saúde. Foi percebido entusiasmo por parte dos participantes em poder falar e discutir sobre assuntos que antes lhes geravam dúvidas. Foi obtido maior esclarecimentos sobre assuntos de seus interesses e orientações sobre questões práticas do dia a dia de cada cidadão referentes aos assuntos tratados.

---

Ao se tratar de assuntos muitas vezes considerados íntimos, proporcionou maior confiança por parte dos pacientes e aproximação com a equipe de saúde. Notado também alterações comportamentais positivas para os que estavam participando das ações, adquirindo maior confiança em suas decisões, mudança de expectativa de vida e de humor. Aumento da procura por métodos anticoncepcionais e de cuidados com a saúde. Acompanhamento mais de perto dos Recém-nascidos da área e fortalecimento dos vínculos mãe-bebê e participação paterna no novo projeto de vida e de cuidados com a criança.

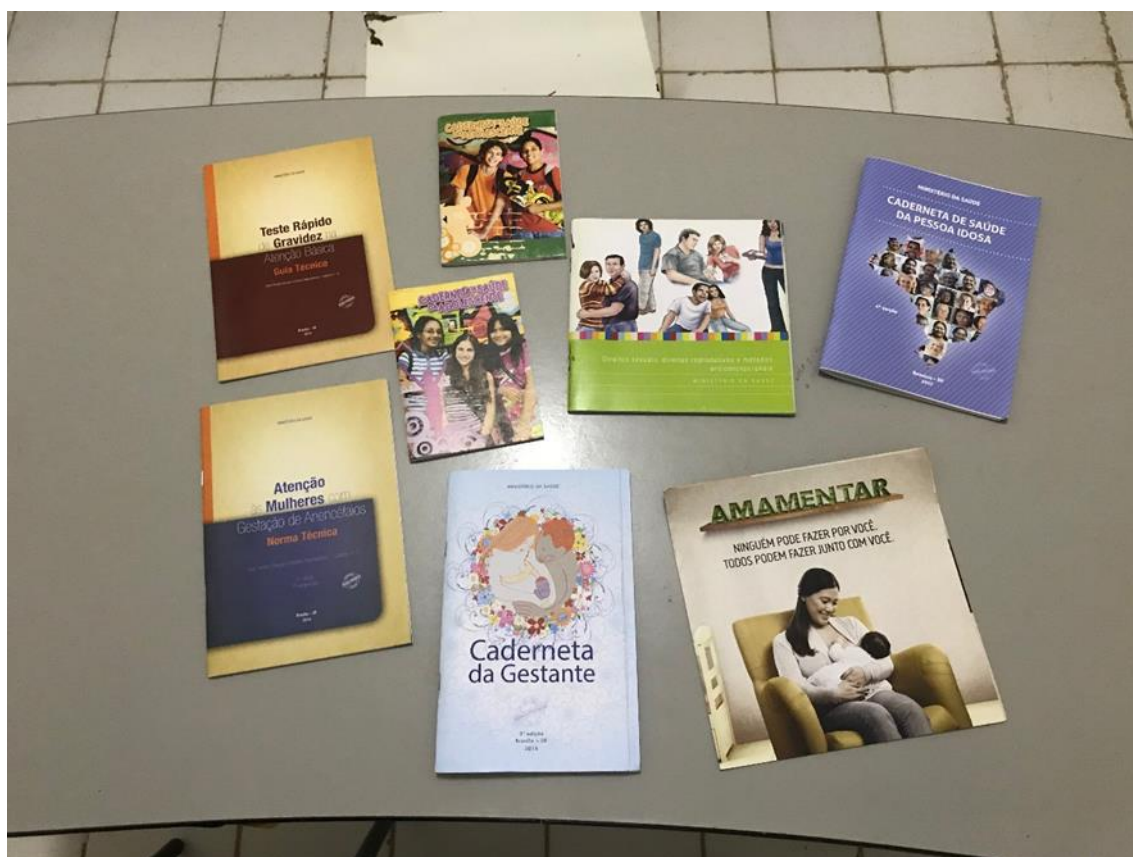


Figura 1 - Material de Apoio das ações programática



---

## **CAPÍTULO IV:**

### **TÍTULO: COMPREENDENDO UM MUNDO INVISÍVEL**

Em saúde, temos que ampliar a nossa visão para uma esfera muito maior do que apenas a esfera física com a qual trabalhamos. Sempre tentamos quantificar as coisas, seja a dor do paciente através de uma escala de números que vão de 1 até 10, como a forma de medir aquilo que não podemos ver ou se basear na expressão de dor que o paciente deixa transparecer em sua face, para assim avaliarmos o quão grande é o problema.

Procuramos sempre tentar explicar isso de maneira que possamos estabelecer uma maior conexão com aquilo que geralmente acreditamos ser real, pelo fato de podermos ver, ouvir, sentir e tocar. Temos que ter em mente que a dor é uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada ao dano real ou em potencial, ou descrita em termos de tal dano” (GUSSO; LOPES, 2012).

Se tratando de psiquiatria teremos que procurar ir mais além e aceitar que existem ainda muitas informações sobre o corpo humano que não sabemos e reconhecer que as que possuímos são ainda insuficientes para entendermos como ele funciona completamente. E é aí que entra a psiquiatria, como uma ciência que estuda um mundo diferente do qual estamos acostumados, um mundo de poucos, ou até mesmo, mundos. Mundos esses que são fascinantes, complexos, desafiadores e ao mesmo tempo, vazios, sombrios e bem solitários. Solidão essa que pode ser ainda mais acentuada, se mal interpretada, não compreendida e ignorada.

Pacientes em sofrimento mental precisam lidar com a ignorância de uma sociedade que não sabem conviver com o diferente, querendo em muitas situações, os excluir de seu meio por considerarem perigosos, improdutivos, um peso para sociedade. Como se tudo isso não fosse suficiente, alguns deles ainda tem que lidar com esses mesmos problemas dentro de suas próprias casas, ambiente onde deveriam encontrar maior apoio, sendo vítimas de agressões verbais, físicas ou de alguns outros tipos de maus-tratos.

Infelizmente nos deparamos com situações como essas em relação ao tratamento de alguns idosos, visto como uma fonte de renda e provedora da sustentação daqueles que deveriam ser os seus cuidadores, utilizando dessa renda para benefícios próprios. Por essas e outras razões é que nos deparamos com o alto nível de depressão nessa faixa etária da vida.

---

---

Desta forma iniciamos uma intervenção através dos grupos das ações programáticas procurando mudar esse pensamento à medida que realizamos convites para esses grupos de pacientes e seus familiares para participarem de reuniões onde essas doenças são estudadas, ajudando a esclarecer alguns fatores que levam ao seu surgimento, como ela atua e seu desenvolvimento, dando forma para aquilo que antes lhes eram invisível e de difícil compreensão.

A metodologia utilizada procurou apresentar de forma clara o funcionamento e os mecanismos dos transtornos mentais para uma maior compreensão. Evidenciando cada vez mais a importância do meio à qual a pessoa está inserida, o apoio da família e da sociedade que vem a contribuir para melhora ou piora do quadro, se fazendo necessário construir um ambiente saudável para reabilitação desses pacientes, retirando os agentes responsáveis pela iniciação do quadro clínico do paciente. Dessa maneira, propondo uma possibilidade de tratamento em sua própria comunidade, descobrindo assim a necessidade de não apenas lidar com as raízes biológicas dos problemas mentais, mas também com os fatores sociais. (VIETTA et al., 2001).

A equipe procurou estudar uma maneira de ajudar a população psiquiátrica da nossa área de uma forma a buscar grandes benefícios com um baixo custo, através do entusiasmo em elaborar um instrumento que nos revelasse mais do que apenas os pacientes que fazem uso de psicofármacos. Dessa maneira, procuramos criar uma ficha espelho, onde iríamos iniciar com dados pessoais acerca do paciente, como: nome, data de nascimento, sexo, endereço, número para contato, escolaridade, renda familiar, nome da pessoa responsável pelo paciente se houver e a Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela sua área (FIGURA 1).

Em seguida, demos início a entrevista em forma de questionário através de respostas curtas como “SIM” e “NÃO” para obter informações importantes a partir da consulta.

Perguntas como: se era a primeira vez que buscava ajuda para seu problema; se já tinha procurado por um especialista; se já passou por um processo de internação hospitalar ou procurou outros pontos de apoio como o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) ou Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); se já fez ou faz uso de drogas como

---

---

cigarro, bebidas alcoólicas e outras; se possui enfermidades crônicas e quais medicamentos utiliza para se avaliar a questão da interação medicamentosa; se está com alguma queixa de ordem biológica que necessite de intervenção antes de iniciar a abordagem terapêutica do problema mental; se já fez ou faz uso de algum psicofármaco e como foi a sua resposta em relação ao tratamento: pra que e quem o receitou; Enfim procurou-se realizar uma anamnese minuciosa, afim de que se possa dar uma assistência integral e escolher a melhor abordagem a ser aplicada.

Essas fichas serão armazenadas em pastas, podendo ser anexadas folhas com novas informações a respeito do paciente, organizadas em ordem alfabéticas. Dessa maneira, temos maior controle sobre os pacientes que fazem uso de psicofármacos na nossa área, assim como, podemos avaliar se o tratamento é o mais adequado para seu problema.

Ao mesmo tempo, podemos avaliar o tempo de uso da medicação e a possibilidade de troca para evitar a dependência, sem prejudicar o quadro do paciente.

A dificuldade enfrentada pela equipe no primeiro momento foi conseguir atualizar a lista de pessoas com uso de psicofármacos na área e preencher os requisitos para a ficha espelho de atendimento de saúde mental. Seria um trabalho difícil e a longo prazo, mas a equipe se propôs a realizar a atividade com entusiasmo, a fim de se corrigir possíveis equívocos, fornecer um melhor acompanhamento e ter maior controle a respeito dos atendimentos relacionados à saúde mental

---

---

Alto do Rodrigues/RN  
Ficha Espelho  
Atendimento de Saúde Mental  
PSF-1

**DADOS PESSOAIS**

1- Nome: \_\_\_\_\_

2- Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

3- Sexo: \_\_\_\_\_

4- Endereço: \_\_\_\_\_

5- Telefone: \_\_\_\_\_

6- Nome da pessoa responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

7- Escolaridade: \_\_\_\_\_

8- Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

9- ACS: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS DA CONSULTA**

1- Primeira consulta Psiquiátrica? Sim ( ) Não ( )

2- Passou por consulta com Psiquiatra? Sim ( ) Não ( )

3- É acompanhada por um Psiquiatra? Sim ( ) Não ( )

4- Já passou por internação? Sim ( ) Não ( )

5- Faz acompanhamento com a equipe do NASF? Sim ( ) Não ( )

6- Realizou acompanhamento com a equipe do NASF? Sim ( ) Não ( )

7- Faz acompanhamento com CAPS? Sim ( ) Não ( )

8- Faz acompanhamento com CAPS? Sim ( ) Não ( )

9- Faz uso de Drogas? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

A quanto tempo? \_\_\_\_\_

10- Já fez uso de Drogas? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

11- Já fez uso de Psicofármaco? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

Tempo de uso? \_\_\_\_\_

Quem receitou? \_\_\_\_\_

12- Faz uso de Psicofármaco? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

Tempo de uso? \_\_\_\_\_

Quem receitou? \_\_\_\_\_

13- É portador de alguma doença crônica? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

14- Utiliza algum medicamento? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

15- Está realizando algum tratamento no momento? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

16- Está fazendo uso de algum medicamento no momento? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIGURA 1 – Ficha espelho elaborada pela nossa equipe, para os atendimentos de saúde mental.

Nessa direção, procuramos ajuda de outros pontos de apoio disponíveis em nosso município e com isso contar com a colaboração de outros atores. Como o município tem uma população inferior a 20.000 habitantes, não temos em nosso território CAPS. Dessa maneira, procuramos elaborar em parceria com os profissionais do NASF e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) um protocolo de forma a ofertar uma melhor assistência aos pacientes psiquiátricos.

Nessa direção foi utilizados de ferramentas de abordagens diferenciadas como a psicoterapia, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, destacando as cooperativas de trabalho e dando ênfase a trabalhos de grupos de apoio religioso, contando desta forma com ajuda de um trabalho multidisciplinar, buscando centralização do trabalho terapêutico na vida do próprio paciente.

Na construção de uma rede de atenção em saúde mental do município é importante destacar que todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte) econômicos

---

(dinheiro, previdência), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Para isso, buscamos a integralidade do cuidado através de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) envolvendo a UBS, o NASF, atuando no suporte terapêutico com profissionais da psicologia, terapia ocupacional, farmácia e a assistência social; A SMS realizando as articulações com a rede de saúde mental em nível secundário e hospitalar.

Dessa maneira, se faz necessário um sistema de referência e contrareferência efetivo que permita a articulação e pactuação de informações entre os diferentes níveis de atenção ajudando a estabelecer a consolidação do trabalho. Dessa rede assistencial segue a imagem do instrumento de referência utilizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), (Figura 2)





Prefeitura Municipal de Alto do Rodrigues  
Secretaria Municipal de Saúde  
CNPJ: 08.184.111/0001-07  
Endereço: Av. Ângelo Varela, 295 - Centro, CEP 59.507-000  
Alto do Rodrigues

FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO			
UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE		ESPECIALIDADE	
NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO M ( ) F ( )	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM
RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM			
RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		CID	PRIORIDADE 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO		MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	
PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO			
UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO	
ENCAMINHAMENTO DR.	DIA	HORA	
FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA			
RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA			
NOME DO PACIENTE		CÓDIGO DO ATENDIMENTO	
DIAGNÓSTICO		CID	
CONDUTA ADOTADA			
MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)		LOCAL E DATA	
A ficha de Contra-Referência deverá acompanhar o paciente, visto que este é a sua garantia de retorno.			

FIGURA 2 – Ficha de referência e encaminhamento disponibilizada pela secretaria.

O fluxo do paciente na rede de saúde mental inicia na UBS e dependendo do quadro apresentado são adicionados outros pontos de atenção.

---

Os agentes fazem a pesquisa de campo coletando informações que venham a ser úteis para elaboração de um plano de tratamento, onde são inseridos os trabalhos em grupo contando com a colaboração da família. No caso de agravamento do quadro se busca a articulação com outros profissionais da rede assistencial.

Na nossa intervenção escolhemos um caso de uma paciente da nossa área, cujo o nome será ocultado, por uma questão de sigilo médico, a qual foi elaborado uma linha de cuidado integral, para ser relatado na nossa microintervenção. A paciente tem 47 anos de idade, casada e mãe de 4 filhos, hipertensa, com histórico familiar de cardiopatia, fumante há 17 anos, nega ingerir bebidas alcoólicas. Procurou a unidade para passar por uma consulta na primeira semana de julho com o médico da equipe, a pedido do cardiologista. A paciente refere dor no peito, falta de ar e coração acelerado, que associou ao seu problema cardíaco, após a consulta foi constatado que não tinha nenhuma alteração além da hipertensão. Durante a entrevista relatou estar desempregada há 3 meses e com isso tem tido problemas financeiros em sua casa. Além dos sintomas já relatados, a mesma relata não estar conseguindo dormir e com isso tem estado muito estressada, estresse esse que relata descontar nos filhos e no marido, afetando assim o seu relacionamento familiar. A paciente se mostra muito abalada emocionalmente, vindo a chorar durante a consulta, pois relatou também que há 15 dias o marido saiu de casa para ir viver com outra mulher, o que agravou ainda mais o seu caso, pois relata está passando muito tempo em casa chorando e que já não tem vontade de realizar suas tarefas diárias, não refere pensamentos suicidas. Após concluir a consulta, a paciente recebeu diagnóstico inicial de depressão moderada e de ter problema de ansiedade generalizada, sendo aberto uma nova linha de cuidado para com a paciente, tendo como primeiro passo preencher a ficha espelho. A paciente recebeu orientações sobre alguns hábitos saudáveis, a respeito de sua alimentação, práticas de exercícios e abandono de alguns maus hábitos, sendo orientada a parar de fumar. A paciente relatou já ter tentando parar de fumar por conta própria mais não conseguiu e pediu ajuda profissional para poder abandonar o fumo. A paciente foi orientada sobre a existência de um grupo criado na unidade com a iniciativa de ajudar as pessoas com problemas parecidos com os dela e foi convidada a participar desse grupo que conta com a presença de alguns profissionais do NASF, que junto com a equipe da unidade trabalha no tratamento e acompanhamento desses pacientes. E que dentro do próprio NASF existe um trabalho que auxilia aquelas pessoas que tem problema para parar de fumar. Foi informada

---

---

que esses serviços também são realizados de forma individual com os pacientes, caso necessário e garantindo dessa forma uma linha de cuidado contínuo. A paciente está em tratamento e no seu plano de tratamento buscou inserir a participação da família, buscando trabalhar as relações, criando um ambiente familiar mais saudável.

Grande foram as dificuldades de se realizar esse trabalho devido muitas vezes a falta de registro a respeito desses pacientes, além de convencer alguns pacientes a abandonarem os medicamentos que estavam utilizando, através do desmame, pelo fato de o mesmo já ter concluído o tratamento, mas seguiu utilizando de maneira inadequada ou que a medicação a qual tem feito uso não é considerada como a de primeira linha no tratamento para o seu problema apresentado, tendo mesmo os riscos superados os benefícios. Foram encontradas certas resistências em fazê-los compreender a importância de procurar optar inicialmente por começar por um tratamento não medicamentoso, dando ênfase da importância dos trabalhos em grupos através dos relatos de outros pacientes participantes, trabalhos manuais através das oficinas de trabalho e os trabalhos como os de grupos de apoio religioso. Além, claro de lidar com os problemas com os quais eles têm que lidar diariamente, sejam eles sociais, econômicos, afetivos, entre outros.

Esperamos que com as práticas adotadas possamos diminuir o consumo inadequado dos psicofármacos, ter maior controle do número de pacientes psiquiátricos da nossa área, lhes fornecer uma linha de cuidado mais humanizada, que não envolvam apenas um tratamento medicamentoso, mas buscando o tratamento através de outras práticas não medicamentosas, como as descritas nessa microintervenção. E procurar ajudá-los a lidar melhor com os problemas ambientais, externos ao qual estão expostos, de maneira que eles possam adquirir maior controle sobre seu estado físico, emocional e mental.

---



---

## **CAPÍTULO V:**

### **TÍTULO: CRIANÇA COM SAÚDE, ADULTO SAUDÁVEL**

Para um desenvolvimento saudável de qualquer ser vivo temos que avaliar vários fatores que tem influência direta na contribuição de seu desenvolvimento, alguns de maneira indispensáveis e outras de maneira secundária. No que diz respeito ao ser humano, devem ser considerados as condições da concepção, do parto e das fases subsequentes do ciclo da vida, levando em consideração o meio familiar e social o qual está inserido.

Fatores como uma boa alimentação, práticas de exercícios e nível educacional são indispensáveis para que a criança possa passar por todas as etapas da vida até chegar à fase adulta de maneira saudável. Os profissionais de saúde desempenham importante papel no alcance dessa meta, realizando um excelente trabalho de orientação e prevenção destinadas a cada ciclo vital e ajudando-os a diagnosticar e a tentar corrigir ou minimizar os efeitos causados pela alteração de algumas delas, seja por qual for o motivo.

Como profissional atuante na Atenção Primária de Saúde (APS), exercendo meu trabalho como médico através de Unidade Básica de Saúde (UBS) ocupamos uma posição estratégica de grande importância, pois nos aproximamos mais dos pacientes, facilitando o acesso aos cuidados de saúde, conhecendo o meio onde estão inseridos e a realidade social daquela região, permitindo assim, elaborar trabalhos que tenham maior impacto positivo em relação a saúde de cada cidadão da nossa área.

Sendo assim, procuramos prestar um serviço de acompanhamento desses indivíduos, iniciando o nosso trabalho ajudando-os desde o processo de planejamento familiar, período de pré-natal, os primeiros cuidados com a criança, seu crescimento e desenvolvimento até a fase adulta e chegando a velhice.

Nessa nova microintervenção, vamos tentar elaborar, aperfeiçoar ou dar continuidade aos trabalhos voltados para os primeiros cuidados para com as crianças recém-nascidos e focado nos primeiros anos de vida, voltados para as medidas relacionadas ao Crescimento e Desenvolvimento (CD). Como todo trabalho que visa um aperfeiçoamento, requer passar por um processo avaliativo, seja ele de maneira interna ou externa, dando ênfase para as estruturas já criadas e desenvolvidas, buscando o seu melhoramento e na elaboração de novas estruturas e trabalhos caso se faça necessário. Então, para dar início a nossa intervenção recorreremos a algumas perguntas que tendem a

---

nos nortear nesse processo, disponibilizadas através do questionário elaborado para microintervenção.

### Questionário para Microintervenção

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

---

--	--	--

Fonte: AVASUS.UFRN.BR, 2018, Modulo – Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento.

O nosso trabalho é realizado principalmente, através da cooperação de todos os membros da equipe que tentam realizar suas tarefas de maneira mais eficiente possível. Os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel de grande importância realizando o trabalho no território, buscando e coletando informações acerca das crianças da nossa área, informações como: cadastro das crianças menores de 2 anos, 1 ano, 6 meses e 4 meses; registro de crianças menores de 6 meses e 4 meses que estão em aleitamento materno exclusivo; registro de vacinação em dia, fazendo um controle mais rigoroso das crianças menores de um ano de vida com vacina em dia; registro do peso e da altura das crianças que deve ser avaliado e colocado nas curvas da Organização Mundial de Saúde (OMS) presentes na caderneta de saúde da criança e tendo um registro próprio, nos repassando informações das crianças com baixo desenvolvimento e baixo peso; fazendo a investigação de denúncias de violência familiar e de acidentes registrados e notificando a equipe para que se possa averiguar, para que uma vez constatada seja contactado o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Conselho Tutelar e ainda nesse contexto, realizam a busca ativa de crianças abaixo de peso, prematuras e com o calendário de vacina atrasado.

Grande destaque é dado também para a enfermeira, que fica responsável pelo correto funcionamento da unidade fiscalizando o trabalho das ACS, assim como, no controle desses registros e armazenamento dos mesmos.

A enfermeira realiza um trabalho de revezamento nas consultas de pré-natal com o médico, cadastrando as gestantes, tendo um registro próprio de atendimentos de pré-natal realizados por ela no mês, como também, ajudando a ter o registro junto com o médico das gestantes e da Data Provável do Parto (DPP) de cada uma para se planejar as consultas de puerpério, procurando assim, garanti-las uma visita ainda na primeira semana de vida da criança, repassando junto com o médico, as orientações sobre os cuidados à mãe e ao Recém-Nascido (RN).

Como médico da unidade, faço um trabalho de acompanhamento assim como, os demais membros da equipe, percebo um grau de confiança maior por parte dos pais, por verem no médico o profissional a quem irão recorrer para ajudá-los com seus problemas.

---

---

A consulta puerperal realizada no domicílio nos fornece mais informações, pois temos a oportunidade de fazer uma vistoria da casa, identificando dessa maneira fatores de risco para recuperação da puérpera e do RN. Procurando também observar as relações familiares e procurar fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde. Um encontro com o pai e mãe no domicílio possibilita um maior suporte emocional nessa etapa de crise vital da família, em função dos ajustes decorrentes do nascimento de uma criança.

Durante a consulta de puerpério a mãe e o RN recebem orientações que são repassadas para toda família. Na oportunidade são avaliados os estado geral de saúde da mãe e da criança e através de um exame físico meticuloso. Durante a consulta são coletadas informações relativas ao parto avaliando: os fatores de risco; as condições do nascimento da criança; assim como, são resgatadas informações inerentes aos antecedentes familiares e alterações físicas apresentadas.

Durante a consulta é distribuído à caderneta de saúde da criança de acordo com o sexo da criança, procurando avaliar os relatos e fazendo o registro de informações importantes sobre o parto, as condições de alta do bebê, as vacinas, exames e teste realizados, como os testes de triagem neonatal, procurando anotar também no prontuário. Na ocasião são também realizadas orientações e explicações sobre o uso da caderneta e sobre o número de consultas mínimas necessárias para um bom acompanhamento para o crescimento e desenvolvimento da criança. São informados sobre as ações coletivas relativas à saúde da criança planejadas na UBS pela equipe multiprofissional. São destacadas a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade da criança, o calendário de vacinas, etc. No caso de RN de risco, como os prematuros, de baixo peso se faz o registro e são tomadas as medidas necessárias para seu acompanhamento.

É feito um acompanhamento sistemático de cada criança a respeito do seu crescimento e desenvolvimento, os dados coletados são registrados no prontuário e na caderneta levando em conta questões que vão além do crescimento, como as relacionadas à sua maturação e sua aprendizagem, como também, características psíquicas e sociais, tendo dessa forma um posicionamento a respeito das 3 esferas do seu desenvolvimento, sendo eles físico, cognitivo e psicossocial.

Buscamos também desenvolver um trabalho em grupo com as crianças e seus pais, realizando uma avaliação sutil a respeito do vínculo familiar, procurando identificar sinais de alerta que possam sugerir indícios de maus tratos e abuso sexual. As informações

---



---

colhidas durante esse processo de interação são discutidas em equipe para realização de matriciamentos para aqueles casos que se julgam necessários.

Nas reuniões são reforçados a importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida da criança, sendo trabalhados a questão do posicionamento correto da criança e da pega e outras questões e dúvidas sobre a amamentação, além dos benefícios da amamentação. Para aqueles casos onde é constatada a impossibilidade de realização de tal processo, se faz as orientações sobre a ordenha ou extração manual do leite, também fazendo menção a respeito dos benefícios de sua prática.

Questões sobre alimentação saudável para crianças menores de 2 anos até os 3 anos de idade também são abordada ressaltando o papel da nutricionista nas orientações, A respeito da higiene bucal contamos com a colaboração da dentista, mostrando as forma correta de se realizar uma higienização bucal, esclarecendo dúvidas a respeito dos nascimentos dos primeiros dentinhos e fazendo uma avaliação individual com algumas crianças.

Contamos com a colaboração da fonoaudióloga nas palestras sobre alguns temas de grande importância voltados mais para os pais a respeito da comunicação das crianças nessa fase, realizando avaliação em algumas situações e colaborando com os demais profissionais como o educador físico, fisioterapeuta, psicóloga e a terapeuta ocupacional a respeito do crescimento e desenvolvimento entre 1 a 3 anos de idade.

Dessa forma, cada profissional dar sua contribuição de acordo com o seu núcleo de conhecimento desenvolvendo ações ora individuais, ora coletivas. As atividades educativas são estabelecidas em agendas programadas de modo que todos os profissionais atuantes na ESF possam contribuir para qualificação do processo de trabalho e fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade.

Durante a realização desse trabalho, tivemos a campanha de vacinação contra o sarampo e a poliomielite, onde foram realizadas algumas ações com foco na campanha. Nessa direção, foi elaborada pela enfermeira uma planilha para esse momento especial de prevenção e de saúde que será apresentada nesse relato junto com as outras fichas utilizadas para realização dos trabalhos.

A FIGURA 1, se trata da ficha de dados territorial da equipe e dos dados de produção do médico a respeito das consultas, repassado pelo Programa do Mais Médico (PMM), para alimentar os dados da atenção básica no sistema, através da página [dadsistemas.saude.gov.br/sistemas/maismedicos/](http://dadsistemas.saude.gov.br/sistemas/maismedicos/). Essa prática já não é cobrada por parte

---

do PMM, mas continua sendo seguida para se ter o controle do território e as informações servirem de base para realizar o trabalho relatado nessa microintervenção.

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

**Dados do território da Equipe**

Número de pessoas no território da equipe	
Número de pessoas de 15 ou mais anos	
Número de mulheres de 10 a 59 anos	
Número de gestantes cadastradas	
Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares pelo ACS no mês	
Número de atendimentos de pré-natal realizados pelo (a) enfermeiro(a) no mês	
Número de crianças menores de 2 anos acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 2 anos pesadas no mês	
Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	
Número de crianças menores de 6 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de crianças menores de 4 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de hipertensos do território	
Número de diabéticos do território	

**Dados de Produção do Médico**

Número total de atendimentos individuais	
Número de consultas de cuidado continuado	
Número de consultas de demanda agendada	
Número de atendimentos de pré-natal	
Número de atendimentos de puericultura	
Número de atendimentos de hipertensos	
Número de atendimentos de diabéticos	
Número de atendimentos de pessoas com asma	
Número de atendimentos em saúde mental	
Número de atendimentos em álcool e outras drogas	
Número de atendimentos de pessoas com tuberculose	
Número de atendimentos de pessoas com hanseníase	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de útero	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de mama	
Número de visitas domiciliares	
Número de atividades coletivas (reuniões de equipe, atendimento em grupo, etc.)	

FIGURA 1 – Ficha de dados da equipe e da produção do médico


SAÚDE  E-SUS ATENÇÃO BÁSICA		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL				DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____								
CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____														
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*									
CNS DO PROFISSIONAL		CBO	CNES	INE	/ /									
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13												
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Data de nascimento*		Dia/mês Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M												
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Tipo atendimento*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Atenção domiciliar		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Racionalidade em saúde (ver legenda)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Avaliação antropométrica		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Vacinação em dia?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Criança		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Gestante		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Problemas/Condição instalada*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												

FIGURA 2 – Ficha de Atendimento Individual, adotado para ser ter controle sobre a produção realizada pelo profissional no cotidiano do trabalho. A estratégia **E-SUS AB** busca reestruturar e integrar as informações da Atenção Básica em nível nacional.



A imagem ilustrativa da FIGURA 2 mostra o instrumento utilizado para coletar os dados do território e da produção do médico para ter um controle sobre número de gestante no território, o número de atendimentos de puérperas, número de consultas de puericultura e se as mesmas condizem com o número estipulado pelas visitas realizadas ainda na primeira semana de vida da criança para aquele mês. Uma vez que essas consultas são sequenciais sendo sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês).

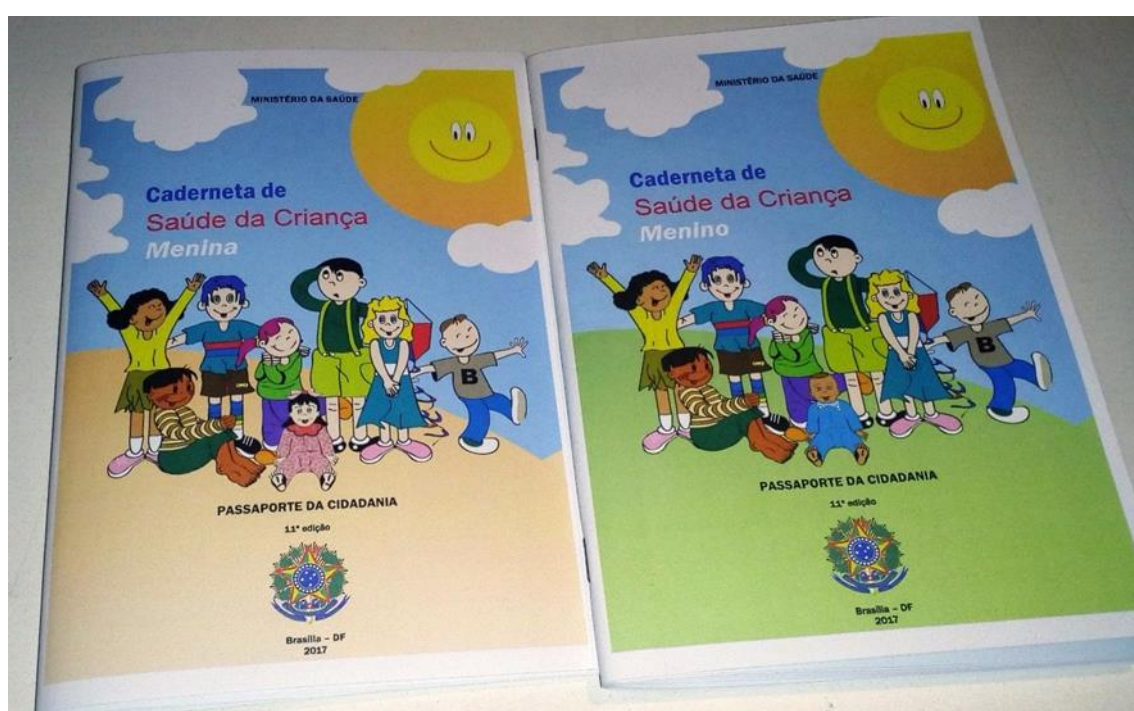


FIGURA 3 – Caderneta de Saúde da Criança

Em seguida segue a imagem da caderneta de saúde da criança, instrumento disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A caderneta de saúde da criança é considerada como ação eixo e nossa aliada nos trabalhos realizados na unidade, sendo utilizada nas consultas e nas atividades em grupo.



## CAPÍTULO VI:

### **TÍTULO: A INCORPORAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA MUDANÇA DE QUALIDADE DE VIDA.**

Iniciamos uma nova microintervenção sobre um dos temas mais importantes abordados pela a nossa especialização que enfrentamos na prática clínica diária dos nossos atendimentos realizados na Atenção Primária de Saúde (APS), tendo a Unidade Básica de Saúde (UBS), como palco desses acontecimentos. O tema trabalhado nessa microintervenção diz respeito ao módulo referente às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que ocupam grande parte dos atendimentos realizados nesse nível de atenção à saúde. Utilizamos como elemento norteador um questionário abaixo discriminado com as prioridades do Programa de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foram respondidas através de uma reunião de equipe.

	Em relação às pessoas com <b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>		Em relação às pessoas com <b>DIABETES MELLITUS</b>	
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	7 DIAS		7 DIAS	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			X	
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				

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

diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				X
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?			X	
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X			
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30$ kg/m2), a equipe realiza alguma ação?	X			
Se SIM no item anterior, quais ações?				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Oferta ações voltadas à atividade física	X			
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X			
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Encaminha para serviço especializado		X		
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X			

Fonte: AVASUS.UFRN.BR, 2018, Modulo – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Desse modo, iremos descrever como realizamos a atenção à saúde das pessoas com DCNT do nosso território buscando evidenciar as potencialidades e as dificuldades durante o processo de cuidado. Com relação ao monitoramento das consultas mensais disponibilizadas para usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), utilizamos a ficha com os dados de produção do médico (FIGURA 1) e os



---

registros mantidos na unidade, como também registro dos casos de maiores riscos, que se faz em parceria com os serviços especializados (FIGURA 2).

Com relação a esses atendimentos vale destacar que o tempo de consulta varia de acordo com o caso apresentado, sendo de no mínimo de 7 dias o tempo de espera para o atendimento médico dos casos suspeitos referenciados pela enfermeira, técnica de enfermagem ou Agente Comunitária de Saúde (ACS). Isso se deve ao fato que atendemos em 4 UBS, sendo realizada apenas uma consulta médica semanal em cada uma. A cada 28 dias (4 semanas) são realizados atendimentos aos grupos operativos instituídos pela equipe de saúde, com participação efetiva do nutricionista e educador físico.

Para realização dessa microintervenção, selecionamos um grupo composto principalmente, por pacientes hipertensos, diabéticos, obesos, mas também o espaço está aberto a quem deseje participar e se inteirar acerca do assunto. O prazo de espera de atendimento médico para aqueles que não desejam participar dos grupos e que só buscam a unidade apenas para renovação da receita é de no máximo 6 meses, pois é o prazo máximo em que a receita é válida para receber a medição nas farmácias. Vale salientar que muitos pacientes não compareciam a unidade para renovação da receita, o acesso à medicação se dava através do ACS ou familiar, ficando assim, por tempo indeterminado sem o devido acompanhamento do seu estado de saúde. Essa prática foi abolida, pois na unidade só é permitido renovar a medição, mediante a presença física do paciente para se fazer uma nova avaliação.

---

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS

### Dados do território da Equipe

Número de pessoas no território da equipe	
Número de pessoas de 15 ou mais anos	
Número de mulheres de 10 a 59 anos	
Número de gestantes cadastradas	
Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares pelo ACS no mês	
Número de atendimentos de pré-natal realizados pelo (a) enfermeiro(a) no mês	
Número de crianças menores de 2 anos acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 2 anos pesadas no mês	
Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	
Número de crianças menores de 6 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de crianças menores de 4 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de hipertensos do território	
Número de diabéticos do território	

### Dados de Produção do Médico

Número total de atendimentos individuais	
Número de consultas de cuidado continuado	
Número de consultas de demanda agendada	
Número de atendimentos de pré-natal	
Número de atendimentos de puericultura	
Número de atendimentos de hipertensos	
Número de atendimentos de diabéticos	
Número de atendimentos de pessoas com asma	
Número de atendimentos em saúde mental	
Número de atendimentos em álcool e outras drogas	
Número de atendimentos de pessoas com tuberculose	
Número de atendimentos de pessoas com hanseníase	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de útero	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de mama	
Número de visitas domiciliares	
Número de atividades coletivas (reuniões de equipe, atendimento em grupo, etc.)	

FIGURA 1 – Registro dos atendimentos realizados pelo médico durante o mês.

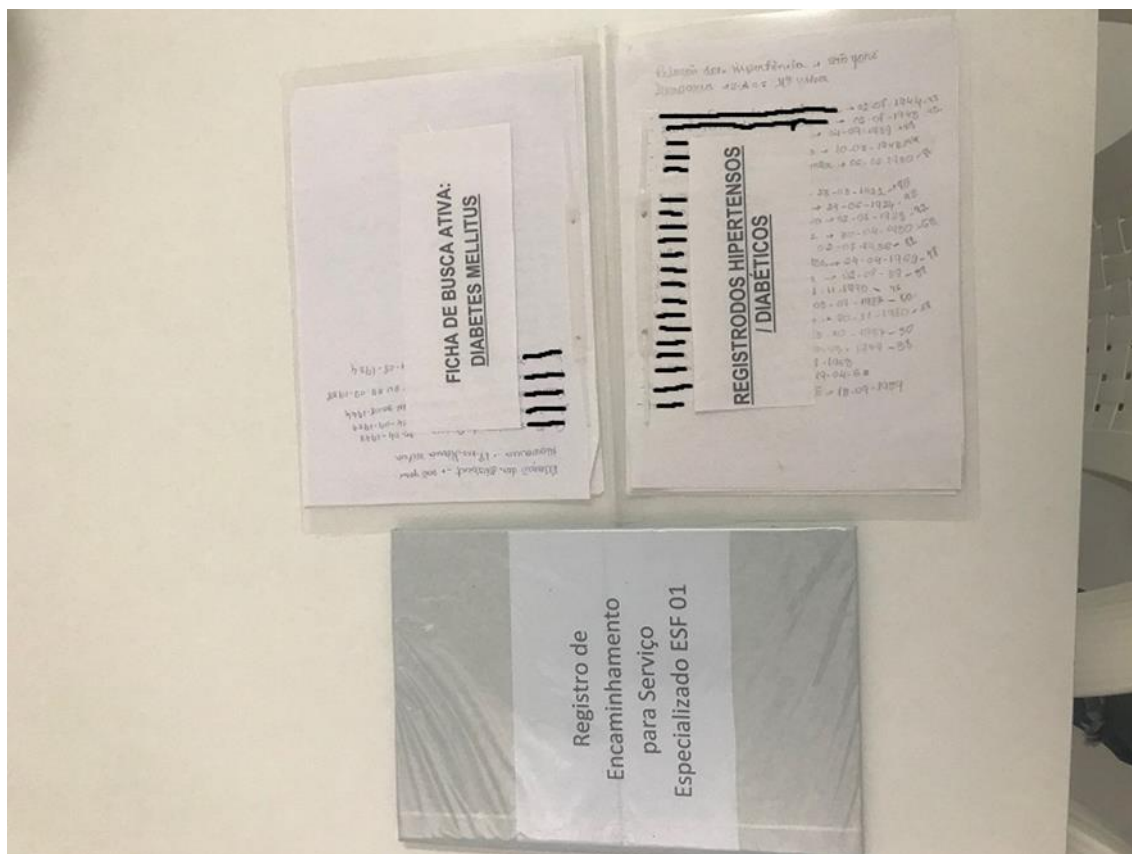


FIGURA 2 – Registro dos pacientes Hipertensos e Diabéticos da unidade e registro de encaminhamento para serviço especializado.

Durante as consultas do atendimento no dia são realizados de forma sistemática na triagem o registro dos valores da Pressão Arterial (PA) e do peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Nos casos dos pacientes diabéticos é também solicitado Hemoglicoteste, também conhecido como Teste de Glicemia Capilar (HGT). Já no consultório médico é realizada a anamnese do paciente junto com o exame físico, sendo avaliado além de sua queixa, o estado geral do paciente, sendo adicionado ao prontuário familiar toda informação e/ou alteração que possa vir a agravar o estado de saúde do paciente. Nos casos de pacientes que já apresentam alguma comorbidade, uma DCNT e que apresentaram fatores de risco cardiovascular é realizado um controle mais rigoroso do estado de saúde através do acompanhamento na unidade e em visitas domiciliares. No caso daqueles pacientes com diagnósticos comprovados de doenças cardíacas associados à hipertensão e/ou diabetes são programadas consultas para acompanhamento dos seus níveis pressóricos e glicêmicos e solicitados exames para avaliação das taxas, função hepática, função renal, entre outros, procurando realizar um controle desses dados para evitar maiores agravos. Aqueles pacientes que apresentaram níveis glicêmicos muito altos

---

e que apresentam resistência ao tratamento procura-se realizar o exame de fundo de olho anual com o oftalmologista, assim como, o exame do pé diabético de maneira correta através do monofilamento, mas na ausência de materiais específicos utilizamos materiais improvisados. O fluxo dos pacientes de maiores risco na rede de atenção se dá através do sistema de referência e contrareferência com consulta marcada através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os pacientes encaminhados para o serviço especializado são registrados no livro de encaminhamentos da UBS. Nesse mesmo livro são anotados os encaminhamentos realizados para os profissionais do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF), sendo utilizado como ferramenta para coordenar a fila de espera e acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM que necessitam atendimento e exames em outros pontos de atenção.

Com relação aos pacientes obesos a equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos pacientes atendidos durante cada consulta. Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), a equipe faz o registro do usuário no livro de controle para que possa realizar o acompanhamento deste usuário na UBS. Na consulta, os pacientes obesos são orientados sobre as complicações da doença e sobre as ofertas disponibilizadas pela equipe para o tratamento da obesidade através de ações voltadas à atividade física, à alimentação saudável e ações desenvolvidas pelo NASF no acompanhamento deste usuário na UBS. Não realizamos encaminhamentos de pacientes com obesidade, pois uma vez constatado que não existe uma doença de base que possa estar contribuindo para o aumento de peso do paciente, fazemos uso das opções que temos mais acesso e acabamos conseguindo resultados satisfatórios com relação a esses pacientes. O encaminhamento só é realizado quando se descobre uma doença de base que não se é possível tratar ou se ter um controle na APS.

São realizados mensalmente atendimentos aos grupos operativos constituídos pela equipe de saúde, com participação efetiva do nutricionista e educador físico. No caso da microintervenção, selecionamos o grupo formado com pessoas obesas, independente de históricos familiares de hipertensão e/ou diabetes, juntamente com pessoas hipertensas e diabéticas. A seleção desse grupo se deu porque a obesidade é um dos grandes contribuintes para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes mellitus e porque geralmente pessoas que tem diabetes acabam desenvolvendo hipertensão e pessoas com hipertensão podem vir a desenvolver DM. São agravos com o prognóstico semelhantes

---

---

uma vez que podem vir a afetar órgãos vitais como coração, visão, funções renais e cérebro. Dessa maneira, as informações para um acabam servindo para o outro, como por exemplo: a necessidade da perda de peso, a realização de atividades físicas de duração mínima de 30 minutos de segunda a sexta, orientações alimentares, aspectos sobre o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, redução de níveis elevados de estresse, entre outras informações, como também as consequências que a falta de cuidado podem acarretar em relação a essas doenças.

Em relação à regulamentação dos atendimentos e das condutas aplicadas para prevenção, acompanhamento, tratamento e reabilitação desses pacientes são utilizados os cadernos de atenção básica disponibilizados pelo próprio Ministério da Saúde (MS), pois infelizmente o município não dispõe de seus próprios protocolos. Como outras fontes de informações adicionais, são utilizados cursos e especializações com conteúdos atualizados, realizados pelos profissionais que prestam serviço na unidade além de cursos disponibilizados pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS, Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS), PROGRAMA MAIS MEDICOS (PMM), MEDCURSO, MEDCEL, TELESSAÚDE, TELECONSULTORIA, entre outros. Sabemos a necessidade de procurar estar atualizado com relação aos conteúdos médicos, de saúde, protocolos e leis, para estar preparado para as práticas clínicas diárias e assim fornecer melhor assistência aos nossos usuários.

Em relação às dificuldades enfrentadas pela equipe no desenvolvimento desse trabalho, podemos destacar o hábito nutricional, que nos dias atuais, estão muito relacionados à maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, globalização de hábitos alimentares pouco saudáveis, que contribuem para o aumento do número de pessoas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Hábitos de vida também relacionados à urbanização como: consumo de cigarros, uso de drogas ilícitas, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, entre outros fatores que favoreceram o aumento da incidência de DCNT. Tentar conscientizar que tais condições, se não reversíveis, podem acarretar enormes prejuízos à saúde, desencadeando problemas graves de saúde relacionados a doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias é o nosso desafio. Uma estratégia adotada é mostrar os dados do serviço demonstrando o número de consultas realizado para pacientes com hipertensão e diabetes no território além

---

---

dos registros de pacientes com sobrepeso na UBS. Uma vez atingida essa conscientização, procura-se chamar atenção da população para o problema e que esse problema se não cuidado, pode agravar ainda mais o seu estado funcional. Outro fator importante são os determinantes sociais da saúde, muito presente na vida dos brasileiros. Determinantes sociais que estão relacionados às desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, como também, a baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informações importantes que poderiam levar a um melhor prognóstico do seu estado de saúde. Informações essas que, em modo geral, determinam a maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011). Dessa forma, não adianta apenas reconhecer que existe um problema, se não se pode ter acesso às informações e aos meios de como lidar com ele. Buscamos dessa forma, compensar essa falta de informações através de palestras relacionadas ao tema, disponibilizadas nos trabalhos em grupo e a questão do acesso através de monitoramento por meio dos registros de pacientes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção. Nesse contexto ainda temos que lidar com o problema da falta de comunicação rápida e contínua, pois na nossa unidade não disponibiliza de prontuários eletrônicos, rede de computadores, o que dificulta esse acompanhamento longitudinal entre os profissionais com relação às contrareferências, tratamentos e condutas realizadas. Isso engloba também questões de armazenamento de informações que contém dados da área do nosso território, dos pacientes e de um sistema de informações clínicas. Outro problema enfrentado pela equipe é a falta de um protocolo com o objetivo de dar diretrizes e de alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões, de acordo com a realidade do município, para melhorar o cuidado às pessoas com doenças crônicas. Desse modo procuro realizar a prática clínica com base nos princípios e diretrizes para a organização da rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

No decorrer da microintervenção, foi percebida uma boa aprovação por parte dos funcionários da unidade, pois parte deles também possui alguém próximo que possui alguma DCNT e adquiriram maior empatia pela intervenção. E ao mesmo tempo tivemos uma boa aprovação por parte dos usuários da unidade, que através desse trabalho passaram a possuir maior vínculo com o serviço e com os profissionais. O ponto mais forte foi o incentivo ao autocuidado repassado aos pacientes, incentivando um maior envolvimento e participação na construção do seu projeto terapêutico. Outro fator contribuinte foi apoio

---

---

matricial fornecido pela equipe do NASF e outros colaboradores, que a cada microintervenção se tem mostrado mais presentes, melhorando inclusive a relação com os profissionais da unidade e a questão do entrosamento no desenrolar das tarefas. Ao longo das microintervensões foi possibilitada a troca de saberes e fazerem em mão dupla, onde os pacientes recebem dos profissionais de saúde informações importantes acerca de suas condições de saúde e ao mesmo tempo, os profissionais estão aprendendo cada vez mais com a população a realizar um trabalho mais humanizado. Nessa perspectiva, podemos reafirmar a força do coletivo, pois juntos somos mais forte e podemos chegar mais longe, na elaboração de linhas de cuidado e nos resultados almejados.

---

---





## CAPÍTULO VII:

### TÍTULO: PLANO DE CONTINUIDADE

#### PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>Construindo através do pensamento</b>	Realizado uma autoavaliação a respeito dos serviços prestados pela nossa Equipe de Saúde da Família (ESF) da unidade Básica de saúde (UBS) de São José, do município do Alto do Rodrigues/RN. Utilizando os critérios avaliativos do instrumento de AMAQ que constitui uma importante ferramenta de monitoramento dos indicadores de qualidade do PMAQ.	Reuniões quinzenais entre a equipe e a gestão; Melhora da comunicação interna; Elaboração de estratégias para lidar com os problemas referentes a unidade e aos serviços prestados por ela; Melhora do relacionamento com a população.	Trabalhar a consciência de cada funcionário da unidade a respeito de seus serviços; Desenvolver um sistema de comunicação interna rápida e efetiva; A busca de informações coletadas a respeito dos serviços e dos níveis de satisfação dos funcionários e da população em relação aos serviços prestados na unidade, como nosso principal critério avaliativo; Avaliação periódica dos resultados dos serviços prestados através dos mecanismos e indicadores adotados.
<b>Acesso Adequado :Um novo caminho a ser construído</b>	A criação Acesso Adequado, que busca da melhor maneira conciliar as quatro (4) estratégias, que seriam: demanda agendada, atendimentos de urgência, demanda espontânea e acesso avançado. Criando assim uma forma de atendimento que melhor condiz com a nossa realidade local.	Atendimentos com horário marcado; Aumento do número de fichas; Criação de uma nova forma de estratégia de atendimento.	Apresentação da estratégia para as outras equipes através das melhorias referentes a um atendimento com horário marcado, a diminuição dos riscos de infecção e transmissão de doenças dentro da unidade de trabalho e da melhora fluxo dos atendimentos. Procurando estabelecer a não como verdade absoluta e invariável, mas abertos a novas sugestões de como melhorar ainda mais os serviços dispostos a UBS, tendo como objetivo motivar cada equipe a aplicar a mesma estratégia

			de atendimento ou criar a sua própria de acordo a sua realidade local
<b>As Contribuições das Ações Programáticas no Contexto da Saúde da Família</b>	Autoavaliação onde consideramos alguns pontos que necessitam de maiores intervenções para suas melhorias, entre eles temos: A importância de trabalhos a respeito da saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, orientações dos métodos contraceptivos, pré-natal, puerpério, prevenção e tratamentos contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) através de ações programáticas.	A criação de grupos com encontros mensais para discutir saúde sexual, junto com um cronograma de palestras realizadas pela ESF; Atividades educativas, para homens e mulheres, sobre planejamento familiar; Incentivo da presença do pai nas consultas de pré-natal, puerpério e de puericultura; Visita puerperal ainda na primeira semana de vida da criança; Maior controle sobre o número de gestante no nosso território.	Mostrar a importância de falar sobre o assunto e o impacto direto que tais assuntos tem nas vidas das pessoas. O reflexo desse trabalho na unidade, como: Maior procura por partes dos pacientes em realizar os preventivos e os testes rápidos; Maior procura por métodos anticoncepcionais. A importância de se dar continuidade a esse trabalho ano após ano em relação ao controle de natalidade e referente a saúde pública do município.
<b>Compreendendo um mundo invisível.</b>	A equipe procurou estudar uma maneira de ajudar a população psiquiátrica da nossa área de uma forma a buscar grandes benefícios com um baixo custo. Contando desta forma com ajuda de um trabalho multidisciplinar, buscando centralização do trabalho terapêutico na vida do próprio paciente	Criação de uma ficha espelho; Melhora no armazenamento de informações a respeito dos pacientes; Maior controle sobre utilização de psicofármacos na nossa área; Integralidade do cuidado através de uma rede de saúde envolvendo a UBS e o NASF; Melhores articulações com o nível secundário e hospitalar; Criação de um grupo com trabalho multidisciplinar.	Manter as reuniões e registrar o impacto das influências que elas tem tido na vida dos pacientes e dos seus familiares; A comprovação através dos registros da diminuição do consumo dos psicotrópicos; Demonstrar a importância de se ter um registro sobre o estado de saúde para que o mesmo possa ter seu cuidado continuado por outros profissionais de saúde. Buscar a conscientização de se fazer um trabalho humanizado buscando fazer com que o paciente tenha seu tratamento, sua linha de cuidado dentro de sua própria comunidade.
<b>Criança com saúde, adulto saudável</b>	Elaborar, aperfeiçoar ou dar continuidade aos trabalhos que tenham maior impacto positivo em relação a saúde das crianças da nossa área, através de um serviço de acompanhamento, iniciando um trabalho desde o processo de	Informações atualizadas acerca das crianças da nossa área; Registro antropométrico das crianças, realizando matriciamento quando necessário; Incentivo ao aleitamento materno exclusivo; Registro de vacinação em dia; Visita	Apresentar a gestão um controle vacinal das crianças da área. O aumento da procura por consultas de puericultura, garantindo assim uma melhor assistência as nossas crianças. A importância de uma atividade coletiva com as

	planejamento familiar, período de pré-natal, recém-nascidos, focado nos primeiros anos de vida e voltados para as medidas relacionadas ao Crescimento e Desenvolvimento (CD).	domiciliar ainda na primeira semana de vida da criança; Acompanhamento sistemático de cada criança a respeito do seu crescimento e desenvolvimento através de trabalhos em grupo com os pais e a equipe multiprofissional.	famílias dos pacientes, através de uma equipe multidisciplinar, voltada para orientações dos pais sobre a saúde de seus filhos, tendo como principal objetivo a prevenção de doenças e agravos.
<b>A incorporação de hábitos saudáveis para mudança de qualidade de vida.</b>	Microintervenção a respeito das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do nosso território buscando evidenciar as potencialidades e as dificuldades durante o processo de cuidado. Tendo a Unidade Básica de Saúde (UBS), como palco desses acontecimentos e contando com a colaboração do paciente, buscando do mesmo um maior envolvimento e participação na construção do seu projeto terapêutico.	Maior monitoramento das consultas mensais disponibilizadas para usuários hipertensos e/ou diabéticos; Maior controle dos registro dos casos de maiores riscos e daqueles em parceria com os serviços especializados; Realização de palestras e atendimentos aos grupos operativos instituídos pela equipe de saúde multidisciplinar; renovação da medição mediante a nova avaliação do paciente; Melhor controle dos registros dos pacientes encaminhados e na fila de espera para atendimento e exames em outros pontos de atenção; Registro de pacientes com obesidade.	A estratégia é mostrar os registros dos serviços prestados na UBS demonstrando o aumento da procura por consultas por parte dos pacientes hipertensos, diabéticos e com sobrepeso e a prevenção de novos casos. Uma vez atingida as metas estipuladas, procurar repassar para a secretaria, para as outras equipes e para a população chamando atenção deles para o problema, criando um movimento com base nas estratégias que mostraram resultados satisfatórios.

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre essas microintervenções percebemos que foi possível acertar onde estávamos falhando, reutilizar estratégias que estavam sendo pouco aproveitadas de maneira mais eficiente e na criação de outras que pudessem contribuir para solucionar os problemas enfrentados dentro das unidades e fora delas referentes à saúde do nosso município e ir mais além, tentando implementar formas e sistemas de garantir a continuidade dessas ações. Contando desta forma com ajuda de um trabalho multidisciplinar através das contribuições das ações programáticas no contexto da saúde da família, buscando a centralização do trabalho terapêutico na vida do próprio paciente e contando com a colaboração dos mesmos, através de um maior envolvimento e participação na construção desse processo. Aumentando assim, de forma mais humanizada as chances de sucesso e diminuindo o índice de abandono ao tratamento, visando fazer com que o paciente tenha seu tratamento, sua linha de cuidado dentro de sua própria comunidade e lembrando que o principal trabalho a ser realizado dentro das unidades de atenção básica é a promoção da saúde e a prevenção contra as doenças.

As sugestões apresentadas para a continuidade desse trabalho remete-se em estabelecer metas a serem atingidas e uma vez alcançadas, procura repassar para a secretaria, para as outras equipes e para a população, chamando atenção deles para o problema e procurar criar um movimento com base nas estratégias que mostraram resultados satisfatórios. Buscando nas informações coletadas a respeito dos serviços e do nível de satisfação dos funcionários e da população, o indicador das nossas conquistas e da qualidade dos nossos serviços. Como perspectiva, almejamos desse forma elevar a qualidade dos atendimentos e serviços a um novo patamar, no intuito de proporcionar um acompanhamento mais amplo compreendendo a necessidade de se ter a integralidade desses cuidado através de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), envolvendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) como palco desses acontecimentos e como coordenadora dessas ações. Levamos em mente os desafios que sabemos que ainda teremos que enfrentar pela frente, tendo o maior deles a questão do nível socioeconômico dos

---

---

nossos pacientes e que a melhora para tal situação está diretamente ligada a gestão do nosso país em proporcionar melhorias para a nossa nação.

E ao final de cada microintervenção foram vários os pontos que serviram para o nosso aprendizado e que se encontravam presente em todas elas, que se trata de sempre fazer um processo de autoavaliação no intuito de se buscar melhorias. Temos também a importância de se realizar trabalhos que tenham também como objetivo levar as informações necessária aos nossos pacientes de maneira que eles irão adquirir maior conhecimento sobre como se prevenir de doenças e agravos em relação a sua saúde. E foi possível visualizar a importância de um trabalho coordenado e com uma equipe multidisciplinar, tendo em mente a importância da participação de cada membro, o que de outra forma não seria possível as conquistas obtidas. Nutrindo no interior de cada profissional da saúde envolvido nesse trabalho a motivação para uma entrega cada vez maior em benefício e a favor do próximo.

---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos Planejamento reprodutivo, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Acesso: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre direitos Sexuais e reprodutivos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo. Brasília, DF, 15 dez. 1996. p. 561 . Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998, Título VIII Da Ordem Social, Capítulo II, seção II, art.196, Acesso: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado (CREMEC). Parecer cremec nº 24/2004. Protocolo nº 003622/03. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2004/par2404.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 9-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília – DF, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Brasil. Código de ética Médica, 2010. Princípios fundamentais, parágrafo Nº 8. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRM-PB). Ementa: Número de atendimentos que um médico pode realizar no seu ambulatório. Processo consulta Nº 36/2010. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmPB/pareceres/2010/36\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmPB/pareceres/2010/36_2010.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília - DF, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Brasil. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP,2009). Parecer coren-sp cat nº 014/2009. Disponível em: [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2012\\_1\\_0.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_1_0.pdf)

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN,2012). Resolução COFEN Nº 423/2012 de 09 de abril de 2012, artigo 1º. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html)

---

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA). Ementa: Número de pacientes a ser atendidos na jornada de trabalho do médico. Parecer consulta nº 009/2012 – crm/pa – processo consulta nº 437/2012 Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/pareceres/crmpa/pareceres/2012/9\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/pareceres/crmpa/pareceres/2012/9_2012.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília - DF, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica – 33).

BRASIL. Universidade Federal do Rio grande do Sul, 2013. Dissertação de mestrado: o acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde, por Tiago Barra Vidal orientada por prof. Dr. Sotero Serrate Mengue. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87111>  
Acesso em: file:///D:/Users/Desktop/000910522.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança da Menina, passaporte da cidadania, 8ª edição. Brasília – DF, 2013. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança da Menino, passaporte da cidadania, 8ª edição. Brasília – DF, 2013. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

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

BRASIL. Biblioteca Virtual de Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS / Ministério da Saúde. Número de consultas médicas por habitantes F.1. 2009. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=F.1&lang=pt&version=ed4> Acesso em: 12 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

Brasil. Diretrizes operacionais, 2015. Unidade de Básica de saúde, prefeitura de São Paulo. Versão 01, proposta de organização, Pg 19. Disponível em: [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Diretrizes%20operacionais\\_AB\\_2015.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Diretrizes%20operacionais_AB_2015.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária em Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Primária em Saúde; n. 23)

---



---

BRASIL. Experiência de acesso avançado, Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) – parte I. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lOCHKbyU1T0>

BRASIL. Experiência de acesso avançado, Acesso Avançado na Atenção Primária à Saúde (APS) – parte II. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=plrErXPu5k>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. 2017. Anexo B, 54 pg. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.ppd](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.ppd)

BRASIL. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, PEPSUS, Rio Grande do Norte – RN 2018. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. AVASUS.UFRN.BR, 2018, Modulo – Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério. Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério, microintervenção, lista de questões para reflexão, Pág. 2 e 3.

BRASIL. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, PEPSUS, Rio Grande do Norte – RN 2018. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. AVASUS.UFRN.BR, 2018, Modulo – Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento, microintervenção, lista de questões para reflexão, Pág. 2 e 3.

BRASIL. Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, PEPSUS, Rio Grande do Norte – RN 2018. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. AVASUS.UFRN.BR, 2018, Modulo – Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, microintervenção, questionário, Pág. 3 e 4.

FERRAZ, L.; AERTS, D. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr./jun. 2005

GUSSO, G. D. F., LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: **ARTMED**, v. 2, n. 1, p. 781, 2012.

Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, Brasília-DF 2012, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, pg 14 e 16.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica-AMAQ, Brasília-DF 2017, Estrutura do instrumento AMAQ – AB: equipe de Atenção Básica Unidade, pg 22, quadro 1.

Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Programa de melhoria do acesso e da qualidade-PMAQ, Brasília – DF 2017, – Indicadores de monitoramento para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada) no terceiro ciclo do PMAQ, pg 29, quadro 4.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica-AMAQ, Brasília-DF 2017, Parte 1-Equipe de Atenção Básica, Dimensão: gestão da atenção básica, pg 37-44.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica-AMAQ, Brasília-DF 2017, Anexos, Matriz de intervenção, pg 155.

Portal do Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, direito reservados 2013/2018

<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>

<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Início » A » Atenção básica

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1.949-1.961, 4 June 2011.

VIETTA, E. P. et al. Reflexões sobre a transição paradigmática em Saúde Mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 97-103, 2001.

---



---

## APÊNDICES

---

---

Alto do Rodrigues/RN  
Ficha Espelho  
Atendimento de Saúde Mental  
PSF-1

**DADOS PESSOAIS**

- 1- Nome: \_\_\_\_\_
- 2- Data de Nascimento: \_\_\_\_\_
- 3- Sexo: \_\_\_\_\_
- 4- Endereço: \_\_\_\_\_
- 5- Telefone: \_\_\_\_\_
- 6- Nome da pessoa responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_
- 7- Escolaridade: \_\_\_\_\_
- 8- Cartão do SUS: \_\_\_\_\_
- 9- ACS: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS DA CONSULTA**

- 1- Primeira consulta Psiquiátrica? Sim ( ) Não ( )
- 2- Passou por consulta com Psiquiatra? Sim ( ) Não ( )
- 3- É acompanhada por um Psiquiatra? Sim ( ) Não ( )
- 4- Já passou por Internação? Sim ( ) Não ( )
- 5- Faz acompanhamento com a equipe do MASF? Sim ( ) Não ( )
- 6- Realizou acompanhamento com a equipe do MASF? Sim ( ) Não ( )
- 7- Faz acompanhamento com CAPS? Sim ( ) Não ( )
- 8- Faz acompanhamento com CAPS? Sim ( ) Não ( )
- 9- Faz uso de Drogas? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_  
A quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 10- Já fez uso de Drogas? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_  
Por quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 11- Já fez uso de Psicofármaco? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_  
Porque? \_\_\_\_\_  
Tempo de uso? \_\_\_\_\_  
Quem receitou? \_\_\_\_\_
- 12- Faz uso de Psicofármaco? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_  
Porque? \_\_\_\_\_  
Tempo de uso? \_\_\_\_\_  
Quem receitou? \_\_\_\_\_
- 13- É portador de alguma doença crônica? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_
- 14- Utiliza algum medicamento? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_

25- Está realizando algum tratamento no momento? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_

26- Está fazendo uso de algum medicamento no momento? Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ficha espelho elaborada pela nossa equipe, para os atendimentos de saúde mental.

FICHA DE BUSCA ATIVA:  
DIABETES MELLITUS

REGISTROS HIPERTENSOS / DIABÉTICOS

Registro de Encaminhamento para Serviço Especializado ESF 01

---

Registro dos pacientes Hipertensos e Diabéticos da unidade e registro de encaminhamento para serviço especializado.

---

## ANEXOS

---

---



## **PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

### **Dados do território da Equipe**

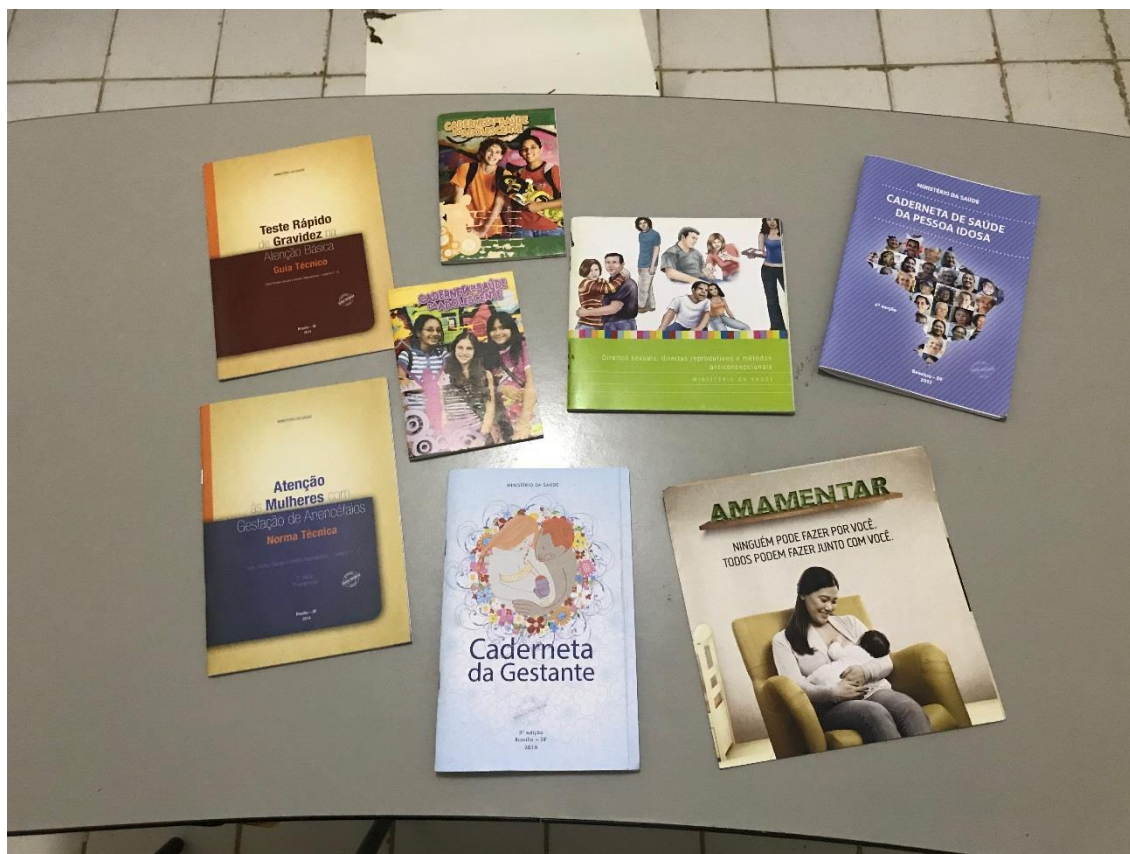
Número de pessoas no território da equipe	
Número de pessoas de 15 ou mais anos	
Número de mulheres de 10 a 59 anos	
Número de gestantes cadastradas	
Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares pelo ACS no mês	
Número de atendimentos de pré-natal realizados pelo (a) enfermeiro(a) no mês	
Número de crianças menores de 2 anos acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 2 anos pesadas no mês	
Número de crianças menores de 1 ano acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	
Número de crianças menores de 6 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de crianças menores de 4 meses acompanhadas pelos ACS no mês	
Número de crianças menores de 4 meses em aleitamento materno exclusivo	
Número de hipertensos do território	
Número de diabéticos do território	

### **Dados de Produção do Médico**

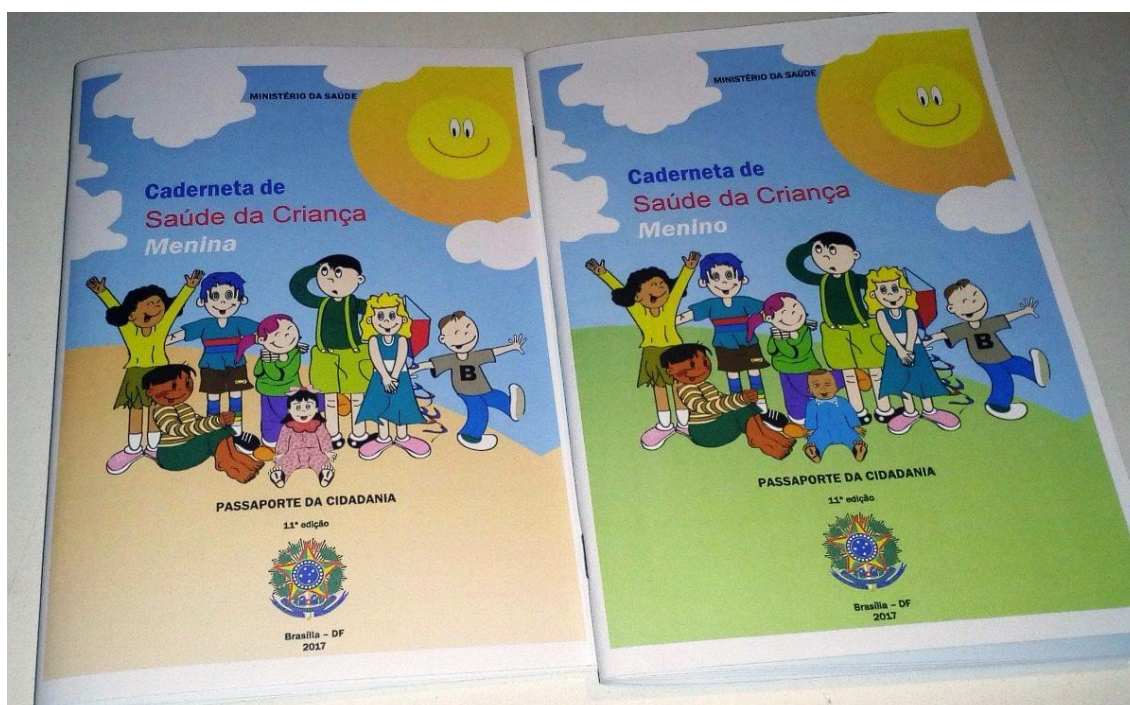
Número total de atendimentos individuais	
Número de consultas de cuidado continuado	
Número de consultas de demanda agendada	
Número de atendimentos de pré-natal	
Número de atendimentos de puericultura	
Número de atendimentos de hipertensos	
Número de atendimentos de diabéticos	
Número de atendimentos de pessoas com asma	
Número de atendimentos em saúde mental	
Número de atendimentos em álcool e outras drogas	
Número de atendimentos de pessoas com tuberculose	
Número de atendimentos de pessoas com hanseníase	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de útero	
Número de atendimentos para rastreamento de câncer de colo de mama	
Número de visitas domiciliares	
Número de atividades coletivas (reuniões de equipe, atendimento em grupo, etc.)	

Ficha de dados do território da equipe e de dados de produção médica





Material de Apoio das ações programática



Caderneta de Saúde da Criança



Prefeitura Municipal de Alto do Rodrigues  
Secretaria Municipal de Saúde  
CNPJ: 08.184.111/0001-07  
Endereço: Av. Ângelo Varela, 295 - Centro, CEP 59.507-000  
Alto do Rodrigues

FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO			
UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE		ESPECIALIDADE	
NOME DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO M ( ) F ( )	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM
RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM			
RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		CID	PRIORIDADE 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO		MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	
PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO			
UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO	
ENCAMINHAMENTO DR.	DIA	HORA	
FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA			
RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA			
NOME DO PACIENTE		CÓDIGO DO ATENDIMENTO	
DIAGNÓSTICO		CID	
CONDUTA ADOTADA			
MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)		LOCAL E DATA	
A ficha de Contra-Referência deverá acompanhar o paciente, visto que este é a sua garantia de retorno.			

Ficha de referência e encaminhamento disponibilizada pela secretaria



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

Questionário - Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento

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

A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?				
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?				
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?				
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				
<b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?				
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30$ )				

kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?		
Se SIM no item anterior, quais ações?		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS		
Oferta ações voltadas à atividade física		
Oferta ações voltadas à alimentação saudável		
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		
Encaminha para serviço especializado		
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		

Questionário - Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

