



**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**

**MICROINTERVENÇÕES EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU PAPEL**  
**MODIFICADOR: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS**

**RÚTILA TAIANE PRAXEDES RITTER**

# **MICROINTERVENÇÕES EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU PAPEL MODIFICADOR: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS**

**RÚTILA TAIANE PRAXEDES RITTER**

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: **TULIO FELIPE VIEIRA DE MELO**

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a minha família, pelo apoio, a equipe 42 da Unidade de Nova Natal, por todas as reuniões e colaboração nas microintervenções e ao meu orientador Tulio Ferreira Vieira de Melo, pelos ensinamentos fornecidos.

## **RESUMO**

A Estratégia de Saúde da Família caracteriza-se por um modelo assistencial e integral do indivíduo, promovendo ampliação nas ofertas dos serviços, bem como na manutenção do cuidado continuado. A partir dessa reflexão e de um estudo detalhado sobre a atenção primária, durante todos os módulos da especialização de Saúde da Família, foi necessário buscar ações que melhorassem os serviços oferecidos, promovendo assim ampliação e qualidade do cuidado. Como metodologia foram realizadas 6 microintervenções na Unidade de Saúde de Nova Natal, especificamente na equipe 42, englobando os temas principais na atenção básica. Os resultados de uma forma geral foram positivos, com impactos e ações que puderam mudar a rotina da unidade de saúde e a qualidade dos serviços ofertados. Há ainda muitas ações que precisam ser realizadas, tornando-se um desafio diário não só para os profissionais que trabalham na linha de frente, mas também nos gestores e nos usuários que necessitam rotineiramente da assistência.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	6
CAPÍTULO I: CONHECENDO AS DEFICIÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE E DA EQUIPE APÓS AVALIAÇÃO DO AMAQ.....	8
CAPÍTULO II: ACESSO AVANÇADO NA UNIDADE DE SAÚDE DE NOVA NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	13
CAPÍTULO III: IMPORTÂNCIA DE AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE.....	17
CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	21
CAPÍTULO V: IMPORTÂNCIA DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	26
CAPÍTULO VI: HIPERDIA E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO BÁSICA .....	31
CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS .....	49

## APRESENTAÇÃO

Durante o estudo dos módulos da especialização de Saúde da Família muitas temáticas foram importantes para entender o funcionamento adequado da atenção primária, bem como criar estratégias que pudessem melhorar a qualidade dos serviços prestados. Os módulos giraram em torno de temas básicos, porém essenciais para os profissionais que lidam diariamente com pacientes na atenção básica. As temáticas dos módulos foram as mais diversas possíveis, desde o entendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de territorialização até temas básicos, como saúde mental, saúde da criança e doenças crônicas. Cada módulo era composto por unidades, que traziam conteúdo teórico aliado com uma intervenção prática. Desse modo, para a construção desse trabalho foram realizadas um número de 06 (seis) microintervenções durante esse primeiro ano da especialização.

As microintervenções foram realizadas com a população adscrita da equipe 42 da Unidade de Saúde de Nova Natal, no Município de Natal- Rio Grande do Norte. A primeira microintervenção foi um pouco burocrática, porém, essencial para entender as falhas na equipe, na unidade de saúde e na qualidade dos serviços ofertados. Foram utilizadas as autoavaliações do PMAQ como plano de fundo para conhecer com melhor precisão os pontos positivos e negativos da unidade. A segunda microintervenção foi sobre a demanda do acolhimento e formas de implementação no posto de saúde. A terceira microintervenção foi sobre planejamento reprodutivo. Essa intervenção achei muito positiva, pois realizei um trabalho com o grupo de idosos que minha equipe mantém. A quarta microintervenção foi sobre saúde mental e suas dificuldades na atenção primária. A quinta foi sobre saúde da criança. E a sexta microintervenção foi com pacientes que possuem doenças crônicas. A metodologia utilizada nesse trabalho girou em torno da problematização de temas/casos apresentados no início dos módulos. O objetivo de cada intervenção era conhecer melhor o cenário em que trabalhamos, bem como modificar de forma positiva e contundente cada problema encontrado.

Realizar uma intervenção em um serviço que já está com uma rotina fixa, não é nada fácil. A quebra de tabus e paradigmas dificulta o processo inicial de ação. É necessário ter paciência, empatia e amor pela profissão. Confesso que meu início na unidade de Nova Natal não foi nada fácil, minha equipe estava desassistida de médico há quase 01 ano. Encontrei uma população extremamente carente e com muitas queixas/patologias. Com o decorrer dos meses percebi que a carência não era somente de consulta médica e remédio, mas

principalmente de escuta. As pessoas queriam ser ouvidas e examinadas de verdade, com atenção e respeito. Procurei realizar intervenções simples, porém que pudessem ser perpetuadas por outros profissionais posteriormente. Estou muito feliz com o trabalho que realizei juntamente com minha equipe e os resultados que obtive mesmo com tão pouco tempo de ações. Espero que gostem dos meus relatos e que possa servir de exemplo para muitos outros.

# **CAPÍTULO I: CONHECENDO AS DEFICIÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE E DA EQUIPE APÓS AVALIAÇÃO DO AMAQ**

Durante o estudo do módulo Observação na Unidade de Saúde, muitas temáticas foram importantes para a construção e entendimento de um bom funcionamento das unidades de saúde.

Utilizando como molde as diretrizes do PMAQ, podemos avaliar e intervir de forma construtiva nos serviços oferecidos à população, bem como na organização das unidades de saúde e no processo de trabalho. Além disso, podemos contar com o AMAQ que permite por meio da autoavaliação uma intervenção mais rápida e específica nos indicadores que possuem déficits e que são passíveis de intervenção por meio das equipes de saúde e da gestão local (Sossai et al, 2016).

A AMAQ permite uma avaliação mais fidedigna do processo de organização do trabalho, bem como da estrutura organizacional das unidades e também da qualidade de serviço prestado à população. Apesar da AMAQ utilizar método de avaliação fruto da subjetividade humana, podemos inferir durante a coleta dos dados itens que necessitam de uma intervenção mais pontual e dinâmica (Sossai et al, 2016).

Ao realizar a autoavaliação da AMAQ com a equipe 42 da Unidade de Saúde de Nova Natal pudemos observar algumas falhas que precisam ser monitorizadas e que necessitam constantemente passar por um processo de avaliação e mudança, procurando promover assim um melhor acesso aos serviços da atenção básica. As correções que precisam ser realizadas dependem do sucesso e da qualidade desse monitoramento, bem como da correta avaliação e interpretação desses dados. É necessário para isso medidas de controle eficazes de monitoramento desses indicadores de forma que possam ser tomadas as decisões e realizado o planejamento adequado das equipes e da gestão local de acordo com a demanda. É essencial a realização constante de ações de monitoramento, com a identificação de prioridades de educação permanente, apoio institucional, programação e intervenção das ações.

A autoavaliação demonstrou alguns pontos cruciais no processo de estrutura da unidade em que trabalho, bem como da equipe que faço parte. Para realizar a avaliação foi necessário reunir com a equipe durante 02 turnos, e discutir item por item as dimensões e subdimensões da AMAQ. Além disso, discutimos formas ou técnicas que precisavam ser escolhidas para promover o monitoramento adequado desses indicadores.

Antes de falar sobre os indicadores irei relatar um pouco sobre como era feito a monitorização pela equipe e pela gestão da unidade. A equipe possui livros onde são registrados demandas pessoais da equipe. Existe registro de número de gestantes; pacientes em uso de benzodiazepínicos; pacientes inseridos no programa de hiperdia; pacientes com tuberculose/hanseníase; pacientes com DST- Sífilis, HIV; pacientes com transtornos mentais; pacientes acamados e número de citologias realizadas. Os registros são manuais e inseridos nos livros de acordo com a demanda dos atendimentos. Durante a reunião percebi que muitos casos não eram notificados nos livros e que na grande maioria dos casos existe uma subnotificação dos dados internos da equipe. Como minha equipe estava sem médico há cerca de 08 meses havia uma ineficiência ainda maior desses dados. Outra demanda baixa é a de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal, visto que minha equipe encontra-se sem dentista há cerca de 01 ano. Não existe registros dos serviços ofertados pela equipe bucal. O registro dos encaminhamentos eram realizados de acordo com a procura dos pacientes na marcação de consultas em serviços especializados e infelizmente não há registro interno da equipe com relação a esses dados. Com relação a gestão local existe um relatório quadrimestral que é realizado por cada equipe que fornece esses dados para direção local. O relatório é manual e baseado na coleta dos dados das equipes.

Há cerca de 01 ano foi implementado da minha unidade de saúde o E-Sus. Por meio do qual existe o Prontuário Eletrônico (PEC). Houve um treinamento interno de todos os membros da equipe para utilização desse sistema. Atualmente, todos os atendimentos e dados são inseridos no E-Sus, seja por meio do PEC ou do CDS. Neles são inseridos dados de atendimentos médicos, visitas domiciliares, atendimentos da enfermagem, encaminhamentos, vacinas, realização de atividades de grupos prioritários e capacitações realizadas. Desta forma, todas as atividades das unidades são cadastradas neste sistema. No final de cada mês pode ser gerado um relatório acerca desses dados.

Apesar da implementação do E-Sus na unidade existe uma certa resistência por parte de alguns profissionais na utilização do sistema, principalmente na utilização do PEC. Por

demandar mais tempo e maior compromisso, muitos profissionais preferem seguir no registro antigo e não alimentam o sistema com as informações necessárias.

Retomando agora a avaliação do AMAQ com a equipe alguns indicadores receberam nota 5. Dentre eles, vou citar os que acho mais importantes e que precisam ser realizados monitoramentos cíclicos e contínuos.

No quesito infraestrutura e equipamentos da unidade básica de saúde, segundo a avaliação realizada com a equipe, obtive nota 5 os seguintes itens: materiais e equipamentos de urgência; e deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde para a realização de atividades externas programadas por veículo oficial. Esses itens avaliados pela equipe possuem uma deficiência importante na unidade em que trabalho. Com a demanda diária do acolhimento, as urgências acabam sendo uma rotina da unidade. Diariamente chegam picos hipertensivos, picos hiperglicêmicos, crises de asma e dor precordial. Certo dia, chegou um acolhimento para atendimento para minha equipe de uma paciente com asma que encontrava-se dispneica no momento. Ao realizar o atendimento inicial de urgência prescrevi ciclos de nebulização na tentativa de promover um suporte mais rápido a essa paciente. Com o decorrer da intervenção a paciente foi apresentando queda da saturação e piora da dispneia. No momento da urgência a bala de oxigênio estava vazia; máscara e ambu estavam furados e não havia medicações básicas de acesso venoso para suporte do quadro. Foi necessário acionar o serviço de resgate do SAMU para prestar melhor atendimento a paciente e evitar danos maiores à sua saúde.

Outro exemplo foi de um idoso com queixa de dor precordial típica e não havia na unidade medicamentos como Ácido acetil Salicílico, Clopidogrel e Isordil. Os equipamentos de monitorização também são falhos. O oxímetro de pulso estava sem pilhas e o tensiômetro descalibrado. Falta muitas vezes medicamentos anti-hipertensivos em estoque o que impossibilita de realizar uma intervenção na unidade de um pico hipertensivo, sendo muitas vezes encaminhado à UPA devido à falta da medicação.

Com relação ao suporte de veículo oficial para atividades externas, como as visitas domiciliares, é outro ponto deficiente. A minha área adscrita é um pouco distante da unidade e também considerada de risco. Existe uma quantidade importante de idosos e pacientes acamados que não conseguem comparecer à unidade para atendimento. Já por diversas vezes o carro oficial é acionado pela equipe e pela direção da unidade e infelizmente não

comparece para que possam ser realizadas as visitas domiciliares. O que acaba gerando um déficit nessa demanda assistencial.

Como plano traçado de intervenção pela equipe pretendemos adotar as seguintes medidas. Foi solicitado uma reunião com a direção da unidade e a farmacêutica para mostrar a importância de um Kit de emergência montado adequadamente para promover o suporte básico de vida. Inclusive tomei a iniciativa de montar uma lista com todos os medicamentos e equipamentos básicos que deveriam compor a unidade de saúde e levar para a reunião. Irei solicitar também que esses itens do kit de urgência passem por uma avaliação mensal por algum profissional da área de saúde para que confirme o bom funcionamento dos equipamentos e da manutenção desses medicamentos.

Com relação ao veículo oficial escrevi um pedido pessoal à direção do distrito explicando a importância de fornecer o veículo, mesmo que a cada 15 dias para melhor prestação de serviço dos pacientes que necessitam de visitas domiciliares. Caso, não obtenha resposta irei acionar a Secretária de Saúde e ver a melhor forma de resolver essa problemática.

Já no quesito Insumos e medicamentos obtive nota 5 os seguintes itens: insumos e de medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência; e disponibilidade de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.

Retomando o exemplo citado acima do atendimento de urgência e exemplificando mais uma vez como a falta desses insumos prejudica a saúde dos pacientes que necessitam dessa urgência. Com relação a disponibilidade dos medicamentos básicos usados na atenção básica existe um déficit grande. Por volta do dia 15 de cada mês percebo que grande parte desses medicamentos já acabaram seu estoque. Acredito que existe uma carência na elaboração dos pedidos desses medicamentos, visto que medicações com custo mais elevado e que não possuem grande saída na unidade ficam estocadas nas prateleiras da farmácia durante todo o mês. Muitas vezes, dipirona e paracetamol não têm na unidade. Medicamentos anti-hipertensivos também. Me reuni com a farmacêutica da unidade e tentei passar para ela algumas medicações básicas que mereciam maior atenção na lista de medicamentos quando forem solicitados para unidade. Irei aguardar os próximos pedidos e avaliar o impacto dessa minha conduta.

Outro quesito que pontuou nota 5 foi educação permanente e qualificação das equipes da atenção básica. Apesar do pouco tempo na unidade de saúde percebo que existe uma baixa demanda de capacitação das equipes de saúde. Muitos profissionais por já serem antigos, não procuram se atualizar para oferecer uma melhor assistência a população. Há também uma falha na gestão local de solicitar capacitações. Na minha equipe, por exemplo, existe uma alta demanda de pacientes inseridos na saúde mental e que necessitam de um suporte diferente. Vejo que existe uma inexperiência por parte da equipe na assistência desses pacientes, que os conduzem muitas vezes sem marcar consultas e com o entendimento de que precisam apenas de suas receitas renovadas. Com o objetivo de promover melhor adaptação da equipe a esses pacientes solicitei à direção da unidade capacitação de saúde mental que envolva não apenas profissionais de nível superior, mas também que envolva os agentes comunitários de saúde, promovendo assim uma qualificação completa da equipe e melhor oferecimento dos serviços básicos.

Essa autoavaliação do AMAQ foi fundamental para observar a fragilidade não apenas da unidade de saúde, bem como da equipe em que estou inserida. Acredito que o mais importante dessa avaliação é poder nos colocar à frente da problemática e procurar realizar intervenções que melhorem a prestação desses serviços à população. Essa avaliação promoveu melhor integração entre toda a equipe, bem como nos colocou mais ativos na tentativa de modificar esses indicadores que pontuaram 5, e também na tentativa de melhorar os quesitos que obtiveram nota mediana. Percebi ainda durante essa avaliação o impacto positivo que venho promovendo não só na equipe, mas também nos serviços prestados à população e no meu crescimento pessoal e profissional.

## **CAPÍTULO II: ACESSO AVANÇADO NA UNIDADE DE SAÚDE DE NOVA NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Durante o estudo do módulo Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, muitas temáticas foram importantes para o entendimento de um bom funcionamento das unidades de saúde com a implementação do acesso avançado.

O acolhimento é um mecanismo fundamental na prática diária da atenção básica. O ato de acolher o cidadão promove humanização do atendimento, bem como maior integração do usuário à unidade de saúde. A prática diária do acolhimento estabelece uma ligação concreta e de confiança entre o usuário e a equipe de saúde promovendo assim adequado funcionamento dos serviços e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010), podendo atender às demandas da sociedade e estabelecer relação com os outros serviços de saúde, de maneira regionalizada e hierarquizada. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (CARVALHO ET AL., 2008; BARALDI; SOUTO, 2011).

Aponta-se o acolhimento como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários (BREHMER; VERDI, 2010)

A unidade em que trabalho, UBS de Nova Natal, já possui o processo de acolhimento implantado há cerca de 08 meses. Foi uma das unidades de saúde de Natal piloto na tentativa de implementar a prática diária do acolhimento. A unidade funciona de segunda à sexta-feira nos dois turnos. Inicialmente o acolhimento foi implementado apenas no turno da manhã. A unidade possui 06 equipes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, das quais 02 encontram-se desassistidas de médicos. Por se tratar de uma unidade de grande porte - Porte

IV - muitas limitações e dificuldades existiram com a tentativa de instituir o processo do acolhimento.

A tentativa de implementar o processo de acolhimento na Unidade de Nova Natal surgiu por parte da gestão antiga da unidade associada com a alta demanda de procura por atendimentos médicos que surgiam diariamente. Durante a escuta inicial dos pacientes que chegavam na direção reclamando por falta de "ficha" de atendimento médico, o administrativo percebeu que as queixas dos pacientes, muitas vezes, era algo que necessitava de atendimento no dia, alguns casos até mesmo imediato, o que não corroborava com a tentativa de marcação de consultas.

Baseado nisso, e no que já vinha sendo proposto pela Estratégia de Saúde de Família (ESF) sobre a demanda espontânea, a direção se reuniu com os profissionais da unidade e mostrou a realidade local e também propôs uma nova forma de acesso dos pacientes à unidade. Infelizmente para implantar o acolhimento à unidade não contou com a capacitação adequada dos profissionais. Além de não contar com o suporte adequado ainda houve grande recusa de alguns profissionais da unidade, principalmente, médicos antigos e agentes comunitários de saúde, que não entendem a importância do acesso avançado diariamente dentro da unidade.

Não acompanhei a fase inicial de implementação do acolhimento, pois cheguei na unidade em janeiro de 2018, mas pude perceber que houve muita resistência de profissionais e falta de capacitação adequada, para que as pessoas que necessitam dessa demanda possam ser atendidas com qualidade.

Atualmente, o processo de acolhimento acontece da seguinte forma. Os pacientes chegam na unidade e são inicialmente ouvidos pelos agentes comunitários de saúde. Em seguida, são encaminhados para escuta por um profissional de nível superior, enfermeiros ou dentistas, onde por meio da escuta qualificada orientam determinada queixa e/ou encaminham para consulta médica naquele dia/turno. Há um ambiente adequado para realizar a escuta dos pacientes, com mesa, maca para exame físico e materiais técnicos, como tensiômetro, termômetro, balança e oxímetro. Dependendo da avaliação inicial os casos de atendimento de urgência são encaminhados diretamente para consultório médico, os casos "não urgentes" são atendidos no turno ou no dia, dependendo da demanda interna e os casos "pouco urgentes" são orientados e é marcado a consulta médica posteriormente. Além dos

pacientes que estão marcados na agenda, cada médico dispõe de mais 02-03 vagas/turno para realizar atendimento dessas demandas diárias.

Para melhor adaptação da equipe de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) ao processo de acolhimento, são realizadas semanalmente reuniões técnicas para discutir as demandas que chegam e a melhor forma de conduzir cada caso. Cada semana é abordado um grupo prioritário, como idoso, crianças, gestantes e suas principais queixas.

Para ajudar na discussão é utilizado um material de apoio, que foi elaborado por profissionais médicos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Além disso, são discutidos as demandas que apareceram durante a semana, com suas abordagens adequadas e de que forma poderia ter sido conduzido cada queixa procurando melhorar o processo de escuta qualificada. A troca de experiências que acontece durante as reuniões por todos os profissionais é fundamental no processo de implementação do acesso avançado, bem como no fornecimento de um serviço de qualidade. Atualmente, a unidade está expandindo o processo de acolhimento para o turno da tarde.

Muitos são os impasses na perpetuação do processo de acolhimento na unidade. Falta capacitação técnica dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos de enfermagem sobre o processo de acolhimento. Principalmente, com relação aos agentes comunitários de saúde, que apresentam muita resistência com a implementação do acolhimento. Os agentes acreditam que a demanda de acolhimento atrapalha o funcionamento adequado da unidade.

Argumentam ainda que essas vagas que são utilizadas para o acolhimento diminuem a demanda da marcação diária das agendas dos médicos e que prejudica ainda mais os pacientes, pois precisam tirar "fichas" da agenda para o acolhimento. Além disso, não sabem orientar de forma correta os pacientes que chegam ao acolhimento, dependendo da queixa já orientam que os pacientes procurem as unidades de urgência, mesmo sem passar pela avaliação médica. Sem contar que orientam os pacientes que não possuem doenças crônicas ou qualquer alteração de urgência a apresentar os exames de rotina nas consultas de acolhimento.

Durante as reuniões técnicas esse ponto vem sendo levantado com bastante frequência. Já foi solicitado várias vezes com a gestão local capacitações desses profissionais sobre o acolhimento, porém nada foi resolvido até hoje.

Como tentativa de capacitar minha equipe (equipe 42) venho realizando durante as reuniões quinzenais da equipe explicações e abordagens adequadas sobre a demanda espontânea do acolhimento. Durante as reuniões procuro exemplificar com casos clínicos, abordo temáticas de queixas que podem surgir diariamente e tento explicar a importância de manter o acolhimento diariamente na unidade.

Com a instituição das reuniões técnicas percebo que o processo de acolhimento vem crescendo nos últimos meses e se adaptando cada vez mais a realidade das demandas. A troca de experiências associada com a discussão de queixas/abordagens enriquece cada vez mais a implementação do processo, bem como permite oferecer melhor qualidade dos serviços de saúde.

Para que o acolhimento seja efetivado nas unidades de saúde é fundamental preparar e capacitar quem acolhe. É essencial ter ambiente adequado e profissionais acolhedores, preparados para desenvolver uma escuta qualificada fornecendo uma resposta positiva e humanizada ao usuário que necessita de atenção e integração naquele momento. Portanto, a gestão local precisa garantir continuamente a capacitação de todos os profissionais da unidade, organizar com frequência os fluxos de atendimentos e principalmente cuidar de quem cuida e acolhe com amor. É fundamental entendermos que o acolhimento é uma estratégia que minimiza situações de sofrimento e abandono dos usuários, bem como promove práticas integrativas do cuidado, garante acesso ao atendimento e possibilita humanização dos serviços oferecidos.

## **CAPÍTULO III: IMPORTÂNCIA DE AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE**

Durante o estudo do módulo Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério, muitas temáticas foram importantes para a construção e entendimento de um bom funcionamento das unidades de saúde, bem como da qualidade dos serviços prestados à população.

Diante da temática estudada percebi a importância de realizar diariamente e em todas as consultas médicas a prática de promoção e prevenção da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986) define a promoção de saúde como o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre a saúde e promover sua melhoria. O processo de promoção da saúde promove o incremento e a visão global não só de um indivíduo, mas também de um determinado grupo social promovendo assim melhor qualidade de vida e bem estar geral.

No cenário da atenção básica à saúde no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família tem se constituído importante espaço para desenvolver estratégias de promoção de saúde tornando-se um elemento indispensável entre padrão de vida e bem estar. Portanto, a Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2010).

Após realizar o estudo aprofundado da temática em questão e analisar os questionamentos finais do módulo juntamente com a equipe 42 da Unidade de Saúde de Nova Natal, percebemos que de uma forma geral não conseguimos realizar com eficácia a promoção e prevenção de saúde à um determinado grupo. Percebemos uma falha no serviço oferecido à terceira idade, principalmente com relação a saúde sexual. A população adscrita por minha equipe possui uma grande quantidade de idosos que necessitam de uma melhor atenção e práticas mais efetivas na qualidade dos serviços prestados. Baseado nisso, resolvemos realizar uma microintervenção nesse grupo prioritário abordando a temática da sexualidade na terceira idade.

O aumento da população idosa brasileira requer do poder público, sociedade e família, maior atenção, concernente às necessidades básicas desta população. Dentre elas destacamos a compreensão e importância de uma vida sexualmente ativa durante o envelhecimento (SOUZA, 2014). As pessoas negam-se a aceitar que o idoso possa querer namorar, esquecem que atividade sexual não se trata apenas da relação sexual e a afetividade. Assim, sentem-se desconfortáveis em dar opiniões e em falar sobre o assunto (SOUZA, 2014).

Falar sobre sexualidade e prática sexual não é uma tarefa fácil. Existe ainda um certo constrangimento por parte de todos, principalmente por parte dos profissionais de saúde que acreditam que essa temática é muito pessoal e que não deve ser abordada sem que haja algum questionamento ou dúvida por parte do paciente.

Existe uma barreira maior ainda quando leva em consideração essa temática na terceira idade. Os idosos são pessoas que vieram de uma época em que nem se cogitava falar sobre o assunto, quanto mais responder a um questionário sobre sua vida sexual para um desconhecido (MASCHIO et al., 2011).

É extremamente importante termos em mente que a prática sexual deve ser orientada, esclarecida e praticada com segurança por jovens, adultos e idosos. Reconhecer a vulnerabilidade da população é tão importante quanto promover ações de educação sexual em grupos que necessitam de esclarecimento e informação sobre os riscos das atividades sexuais sem proteção.

Segundo dados emitidos pelo Ministério da Saúde, observa-se um aumento nos últimos dez anos na taxa de detecção de AIDS em homens nas faixas etárias entre 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais (BRASIL, 2015). Acredito que este aumento se deve à falta de planejamentos e ações nesta faixa etária, além da precariedade de campanhas promovidas pela atenção básica e pelo próprio Ministério da Saúde. Infelizmente, a terceira idade é cercada por tabus e preconceitos por parte da sociedade e também dos profissionais de saúde que acreditam que os idosos não possuem mais atividade sexual ativa e que não necessitam de ações e esclarecimentos sobre o tema. Trata-se por tanto de um desafio para os responsáveis pelas políticas públicas.

Baseado nisso, resolvemos realizar uma intervenção com o grupo prioritário (idosos) que a equipe 42 da Unidade de Saúde de Nova Natal realiza atividades regulares. Marcamos um encontro com o grupo de idosos "União e Paz" onde foi abordado a temática sexualidade

segura na terceira idade. Contamos com o apoio das agentes comunitárias de saúde para realizar a divulgação da ação, bem como o reforço durante as consultas médicas e da enfermagem para ampliar o acesso à esse encontro. A reunião contou com a presença de 30 idosos. Procurei realizar uma aula expositiva bem didática que pudesse abordar a temática da sexualidade como o todo. Foram abordados durante a ação questões sobre desejo sexual, disfunção erétil, ansiedade com o próprio ato, prática sexual segura e as principais doenças sexualmente transmissíveis.

O início da ação foi um pouco constrangedor. Realmente existe um certo tabu quando se tenta falar no assunto, tanto por parte de toda a equipe de saúde, bem como por parte dos idosos que compareceram ao encontro. Com o decorrer da ação percebi que a timidez ficou de lado e muitas dúvidas surgiram. Muitos questionamentos sobre desejo sexual e disfunção erétil foram levantados. Procurei deixá-los bem à vontade com o assunto e esclarecer as dúvidas que estavam ao meu alcance. Alguns idosos mais tímidos não interagiram, outros com o decorrer da palestra foram embora, mas acredito que o meu objetivo foi alcançado, pois consegui promover uma ação de educação sexual em um grupo que acaba sendo esquecido por parte dos profissionais de saúde no que tange à sexualidade. No final da ação fui parabenizada pelos idosos que adoraram a temática abordada e que deram sugestão de outros temas relacionados a sexualidade que queriam que eu abordasse posteriormente.

De uma forma geral, fiquei bastante contente com a ação realizada. Contei com o apoio de toda a equipe e com a adesão de uma grande parte dos idosos. O feedback tanto por parte da equipe como pelos idosos, após a ação, foi muito satisfatório. Percebi a carência dessa abordagem na atenção primária e da importância de traçar estratégias para atender as necessidades dessa parcela da sociedade. Observei com os questionamentos levantados pelo grupo que o tema sexualidade vai muito além do ato sexual em si, e que na verdade o tema expressa a sua identidade, o seu gênero e principalmente o seu bem estar geral.

Neste sentido profissionais de saúde como um todo e a sociedade necessitam compreender as particularidades que envolvem a sexualidade dos idosos. Reconhecendo que a sexualidade tem profunda relação com a qualidade de vida, Cunha et al. (2015) enfatiza que os profissionais da atenção básica precisam desenvolver estratégias pautadas no vínculo e na interação entre profissional/usuário.

Dessa forma é essencial o planejamento de estratégias de saúde pública específicos para população idosa. É fundamental que os profissionais de saúde promovam ações

específicas sobre o tema e que esclareçam as principais dúvidas sobre sexualidade à população da terceira idade. Realizar ações educativas em saúde sexual no idoso promove práticas integrativas do cuidado, garante acesso continuado, possibilita humanização dos serviços oferecidos bem como promove promoção e prevenção da saúde como um todo.

## **CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Durante o estudo do módulo Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, muitas temáticas foram importantes para o entendimento de um bom funcionamento das unidades de saúde com a prática diária e corriqueira da saúde mental. Entender o funcionamento adequado da saúde mental na atenção primária é um mecanismo fundamental na prática diária da atenção básica. O ato de acolher o cidadão que sofre com algum problema de ordem psíquica promove humanização do atendimento, bem como maior integração do usuário à unidade de saúde.

A saúde mental na atenção básica foi se responsabilizando pela assistência de certas demandas, inicialmente identificadas nos transtornos leves e nos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Porém, atualmente outras demandas já se apresentam na saúde mental na atenção básica, a saber: de sofrimento psíquico subjetivo relacionado a outros problemas de saúde, ou também, de adoecimentos relacionados a situações socioeconômicas e de desigualdade, entre outros, como fatores resultantes de sofrimento (Marçal, 2007).

Tomando como base inicial desta intervenção a avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ) alguns pontos cruciais foram essenciais para perceber a fragilidade da temática não só na minha equipe (Equipe 42 da Unidade de Nova Natal) bem como na Unidade de Nova Natal. Infelizmente a prática da saúde mental é algo difícil de ser trabalhado. Percebi que existe muitas falhas quanto à quantidade de pessoas que fazem uso de benzodiazepínicos, há quanto tempo tomam a medicação e principalmente com relação ao acompanhamento clínico desses pacientes.

A minha equipe (42) possui um controle interno de pacientes que fazem uso de psicotrópicos. Existe um livro onde é registrado o nome do paciente e quais medicações que faz uso. Porém, esses dados estão subnotificados. A quantidade de pacientes que estão cadastrados não corresponde à realidade de pacientes que atendo, bem como da quantidade de receitas que surgem para renovação. Por conta disso, resolvi criar uma planilha em que eu mesmo, ao atender um paciente possa fazer o registro mais rápido e fidedigno.

A planilha é composta por nome do paciente, patologias, medicações que faz uso e há quanto tempo faz uso das medicações. Dessa forma, consigo ter noção da quantidade de

pacientes inseridos na saúde mental. Uma outra ferramenta que venho utilizando é o Prontuário Eletrônico (PEC). Ao atender um paciente no PEC consigo inserir a patologia do paciente e medicações que faz uso, inclusive o uso de benzodiazepínicos. No final de cada mês consigo lançar um relatório de quantos pacientes atendi e que fazem uso de tais medicações. Pretendo por meio dessas 2 ferramentas obter dados mais reais desses pacientes para que assim eu e minha equipe possamos traçar estratégias que ajudem e otimizem melhor o acesso desses pacientes.

O tema da saúde mental é bastante frequente nos meus atendimentos diários. São muitos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, transtorno depressivo recorrente, ansiedade generalizada e pacientes em uso de benzodiazepínicos há anos sem patologia que justifique o seu uso. Vou relatar um caso que achei interessante de um jovem dependente de benzodiazepínico.

Paciente L.M.S., 22 anos, sexo masculino, estudante de farmácia, solteiro. Veio para consulta solicitar renovação de medicação que faz uso diário. Quando comecei a ler os relatos do seu prontuário percebi que havia várias renovações de receitas de um benzodiazepínico - Clonazepam de 2 mg. Questionei porque o paciente fazia uso dessa medicação e o mesmo me informou que trata um quadro de ansiedade há 01 ano. O paciente relatou que sofre de ansiedade generalizada. Não consegue realizar algumas atividades diárias por conta do quadro. Queixa-se de insônia, choro fácil, preocupação excessiva, dificuldade de concentração e pessimismo. Possui atitude de recusa diante das situações que lhe é exposto no dia a dia e deixa de executar tarefas por conta da ansiedade. Já reprovou 2 disciplinas na faculdade no último período por não conseguir se dedicar com integralidade. Atualmente, faz uso de Clonazepam 2mg duas vezes ao dia e em casos que se encontra mais ansioso toma 3 vezes.

Durante a abordagem inicial percebi que o paciente possui recusa também para iniciar um tratamento correto. Por várias vezes repetia que queria apenas a receita renovada, que não tinha interesse de fazer uso de outra medicação, pois apenas o Clonazepam era o suficiente. Expliquei o seu quadro, mostrei a importância de uma outra medicação e do impacto negativo que a ansiedade já está fazendo em sua vida. Por mais de 1 hora fiquei em atendimento com esse paciente, argumentando sobre seu caso e seu tratamento, mas não estava disposta a simplesmente renovar uma receita, queria inseri-lo em um tratamento adequado para seu caso.

Por meio de uma relação médico-paciente bem estabelecida consegui convence-lo de iniciar uma nova medicação. Expliquei a importância de reduzir o Clonazepam e iniciar uma medicação para de fato tratar sua ansiedade. O tratamento pensado para esse paciente foi iniciar o Cloridrato de Sertralina de 50 mg – 01 comprimido à noite e reduzir o Clonazepam para apenas 01 comprimido noite. Solicitei retorno com 15 dias para avaliar novamente o paciente, prescrevi terapia cognitiva comportamental com a psicologia, informei sobre a necessidade de na próxima consulta irmos reduzindo o Clonazepam e me deixei à disposição para conversar ou esclarecer qualquer dúvida ou recaída que pudesse acontecer nesses primeiros 15 dias.

Percebi nesse caso, como os pacientes de saúde mental são muitas vezes mal conduzidos na atenção básica. É muito “cômodo” para o profissional médico simplesmente fornecer ou renovar uma receita de benzodiazepínico. É muito mais prático para o médico, ou melhor para o mal médico prescrever esse tipo de medicação do que argumentar e se dispor a tratar de fato o que está acometendo o paciente. Percebi com esse caso e com muitos outros que surgem que o uso indiscriminado de benzodiazepínicos acontece por uma falha médica.

São muitos os casos de pacientes que usam de forma crônica, sem nenhuma patologia que justifique tal uso. Inicialmente o paciente até resolve o seu problema, vai dormir bem e se sente também menos ansioso. Porém, com o decorrer dos meses a medicação vai provocando dependência e o quadro da patologia vai se agravando. O que antes era um quadro de ansiedade simples acaba virando uma ansiedade generalizada, com impacto significativo em sua vida e principalmente o desenvolvimento de dependência medicamentosa.

Para melhor conduzir esse caso e muitos outros de uso indiscriminado de benzodiazepínico tentei procurar medidas de suporte e de conhecimento. Infelizmente a unidade em que trabalho não possui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Não possuo suporte multidisciplinar nesses casos, bem como de apoio em casos mais graves. Entrei em contato com o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e solicitei uma visita à instituição para que pudesse discutir com um profissional especializado na saúde mental (psiquiatra) formas e abordagens de como conduzir esses casos. A direção do CAPS ficou de entrar em contato comigo e até hoje não obtive resposta. Liguei outras vezes, sem sucesso. Entrei em contato com a Policlínica e solicitei uma discussão ou capacitação em saúde

mental com o psiquiatra que presta atendimento lá e estou aguardando um posicionamento. Solicitei ao CAPS matriciamento na minha unidade e me informaram que por pelo menos 03 meses não existe vaga e disponibilidade para realizar o apoio matricial.

Infelizmente não obtive sucesso em nenhuma das minhas procuras. A rede de saúde mental está super-saturada e qualquer tentativa de ajuda cai no mesmo problema, alta demanda e poucos profissionais especializados em realizar os atendimentos. Muitos dos casos que surgem de saúde mental tento resolver como posso. Realizo ajuste de dose, troco medicações, associo medicações, entro em contato com profissionais mais experientes na saúde mental, procuro ler trabalhos no assunto e casos que realmente não consigo resolver encaminho para psiquiatria, embora sabendo que a consulta também irá demorar.

Existe uma falha enorme na atenção básica quando o tema envolve saúde mental. Falta capacitações e cursos sobre o tema, bem como oficinas práticas que possam fornecer ou guiar em situações mais complicadas, que exigem um manejo mais prático no assunto. Existe também uma falha nas equipes de saúde que muitas vezes querem conduzir o caso como simples renovação de receitas. Não marcam consultas periódicas desses pacientes e os retornos de avaliação após início ou troca de medicações são superiores aos estabelecidos o que acaba dificultando a eficácia e adesão do tratamento.

Atualmente, estabeleci com minha equipe o retorno programado desses pacientes, sendo a cada 02 meses no máximo. E as renovações de receitas também não podem exceder 02 meses sem consultas. Estou tentando determinar um turno somente para atendimentos relacionados à saúde mental. A planilha que criei com a equipe, juntamente com os atendimentos realizados no PEC iram servir como dados de controle desses pacientes, bem como das patologias mais prevalentes nos atendimentos, ajudando com isso a criar estratégias e metas para melhor suprir a demanda de saúde mental.

Infelizmente o Módulo de Saúde Mental não supriu minhas expectativas com relação ao tema. Imaginei que iriam ser abordadas as principais patologias, condutas e terapêuticas, porém, o módulo se restringiu a parte histórica e burocrática da saúde mental. Acredito de que todos os módulos cursados até agora na Especialização de Saúde da Família o de Saúde Mental não supriu em termos de conhecimento, bem como de ajuda em casos mais complicados. A falha ao acesso continua, bem como o suporte especializado. A saúde mental continua, ao meu ver, sendo pouco investida desde o seu acesso básico, onde falta suporte técnico, capacitações e vontade de quem estrutura a rede básica, bem como no acesso

especializado. Conhecer o histórico da saúde mental é fundamental para ajudar e entender o seu desenrolar, porém não ajuda em termo de condução de pacientes e de atenção integral ao seu cuidado, pois as dificuldades e algumas dúvidas de terapêuticas continuaram mesmo após o estudo mais aprofundado do módulo em questão.

Portanto, a gestão local precisa garantir continuamente a capacitação de todos os profissionais de saúde na saúde mental. É fundamental promover a reciclagem dos profissionais bem como a capacitação de temas e situações da saúde mental minimizando assim situações de sofrimento e abandono desses usuários, bem como a promoção de práticas integrativas do cuidado, garantindo acesso ao atendimento e possibilitando humanização dos serviços oferecidos.

## **CAPÍTULO V: IMPORTÂNCIA DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Durante o estudo do módulo Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, muitas temáticas foram importantes para o entendimento de um bom funcionamento das unidades de saúde, bem como da qualidade dos serviços prestados à população. Entender a importância de prestar um serviço de qualidade à saúde da criança é um mecanismo fundamental na prática diária da atenção básica, e vem se tornando um tema recorrente nas reuniões técnicas das equipes e da própria gestão local. Determinar estratégias, metas e ações à saúde da criança na atenção básica são essenciais para detectar de forma precoce alterações no seu crescimento e desenvolvimento, bem como possibilita ainda intervir de forma positiva diminuindo com isso os riscos de complicações e agravos à saúde integral da criança.

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Baseado nisso o Ministério da Saúde procurou adotar medidas que pudessem promover atendimento de qualidade à saúde da criança garantindo com isso crescimento e desenvolvimento adequados, além de qualidade nos serviços de saúde. Ações de promoção do aleitamento materno, incentivo às imunizações e acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento têm se tornado o centro das atenções na atenção primária da saúde da criança, qualificando os profissionais e os atendimentos prestados (BRASIL, 2002-caderno de atenção básica n.11).

Tomando como base inicial desta intervenção a avaliação externa do PMAQ (Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção) alguns pontos cruciais foram essenciais para perceber a fragilidade da temática na minha equipe (42- Unidade de Nova Natal). Infelizmente minha equipe estava desassistida de médico há quase 01 ano e durante esse período a saúde da criança foi deixada um pouco de lado. A enfermeira vinha tentando

prestar um serviço de qualidade, porém diante da alta demanda e também das suas limitações técnicas a atenção à saúde da criança foi um pouco negligenciada.

Durante o estudo do módulo de saúde da criança foi necessário reunir com a equipe e analisar os quesitos do PMAQ, a partir daí percebemos o quão frágil se encontrava a atenção à saúde da criança e da necessidade urgente de realizar intervenções. Dentre as fragilidades identificadas, destaca-se: o cuidado integral à criança; o estímulo ao aleitamento materno; seguimento rotineiro nas consultas de crescimento e desenvolvimento (CD) e busca ativa das crianças após o parto. Baseado nisso, decidi juntamente com a equipe realizar intervenções que procurassem promover melhoria nos serviços e na qualidade de vida dessas crianças. A equipe foi essencial para que pudéssemos realizar com sucesso essas intervenções. Desde o início, as agentes de saúde se mantiveram acolhedoras e dispostas a ajudar no que fosse preciso.

Mesmo com o profissional médico anterior esses pontos apresentavam falhas. As consultas de puericultura não utilizavam a caderneta de saúde da criança, pois muitas crianças não apresentavam nenhuma descrição deste acompanhamento nos primeiros 02 anos de vida. Não havia busca ativa das crianças após o parto, bem como não havia incentivo de vacinação e aleitamento materno.

Diante de alguns dados coletados durante a reunião com a equipe percebi que precisava “organizar a casa” e instituir de forma correta o que se preconiza o Ministério da Saúde. Na verdade, essa microintervenção começou a ser desenvolvida e praticada bem antes do estudo deste módulo. Logo que entrei no programa, em janeiro de 2018, percebi inúmeras falhas que precisavam ser organizadas junto com toda a equipe para que pudéssemos realizar um serviço de qualidade e dentro das expectativas do que a atenção básica propõe e determina como cuidado continuado. Na verdade, vou relatar um pouco da minha experiência desde a entrada no programa até então e como organizei com a equipe o cuidado à saúde da criança.

Inicialmente determinei com a equipe um turno na agenda para realizar apenas o cuidado integral à saúde da criança. Toda quarta-feira pela manhã eu atendo somente criança e adolescente. As consultas procuram englobar o atendimento desde o recém-nascido (1ª consulta), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD), queixas diversas e atendimento do adolescente. As crianças que estão em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento possuem as datas das consultas já determinadas mensalmente. Um mês a

criança vem para consulta médica e no mês seguinte para a consulta com a enfermeira. Caso, a colega enfermeira perceba alguma alteração no crescimento e desenvolvimento, atraso vacinal ou qualquer outra queixa o caso é me passado e há uma exceção na agenda para trazer com maior rapidez a criança para um atendimento médico.

Durante as consultas procuro orientar e esclarecer às mães sobre diversos temas. Oriento e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, esclareço dúvidas alimentares, medicamentos que não podem ser feitos sem prescrição, importância da interação da criança com outras crianças e também dentro de seu contexto familiar.

Algo que precisei trabalhar inicialmente durante as consultas foi a questão vacinal. Muitas crianças apresentavam atraso de vacinas importantes. Desde então, em todas as consultas explico a importância de manter sempre atualizada a vacinação da criança. Procuro explicar os riscos e as complicações desse atraso e do impacto negativo em suas vidas caso a criança apresente alguma doença que pode ser evitada pela vacinação.

Procurei instituir com a enfermeira da equipe um protocolo de suplementação de ferro para crianças que iniciaram a alimentação após os 6 meses de vida. Todas as crianças, a partir do 6º mês, são questionadas sobre a utilização de sulfato ferroso e avaliadas se a dosagem está adequada e correspondente ao seu peso. Essa medida é realizada mensalmente e ajustada de acordo com a alteração do peso ou de outros achados clínicos.

Há ainda a busca ativa de todas as crianças/puérperas em que realizei a consulta de pré-natal. Ao finalizar o pré-natal por conta do parto, as agentes comunitárias de saúde se encarregam de marcar a primeira consulta do recém-nascido. Normalmente as consultas acontecem no dia da coleta do teste do pezinho na unidade. Mesmo, que não seja dia de atendimento à saúde da criança a avaliação do recém-nascido é realizada, possibilitando assim o atendimento precoce e o estabelecimento do cuidado continuado.

Com a adoção dessas medidas pude perceber o impacto positivo na atenção integral à saúde da criança. Atualmente, existe uma rotina tanto semanal quanto mensal nos serviços prestados à essa população, bem como no controle de morbimortalidade. Há ainda melhor controle desses dados por conta dos atendimentos realizados no Prontuário Eletrônico (PEC) onde conseguimos ter um controle geral, no final de cada mês, dos atendimentos realizados, das principais demandas e do controle da vacinação. Esses dados nos permitem construir estratégias e traçar metas de controle de qualidade dos serviços oferecidos dentro de cada mês.

Atualmente, existe um projeto sendo desenvolvido dentro da unidade de Nova natal acerca da saúde da criança. Durante as consultas pude perceber que algumas crianças encontravam-se fora dos escores gráficos padronizados pelo Ministério da Saúde da caderneta da criança. Muitas crianças encontravam-se acima do peso e poucas em estado de desnutrição.

Tomando como base, a identificação desses dados procurei o colega médico de uma outra equipe (equipe 43- Dr. José Ribamar que também está vinculado ao Programa Mais Médicos) e fomos discutir se havia dados semelhantes na sua equipe. A partir desses dados, resolvemos realizar uma abordagem coletiva e multidisciplinar nessas crianças. Juntamente com alguns profissionais da odontologia, que já realizam um trabalho na escola do bairro, resolvemos elaborar um projeto e tentar intervir de forma positiva e contundente na questão da obesidade/desnutrição infantil. Iremos determinar um dia no mês e vamos realizar na escola do bairro uma ação. Iremos calcular IMC dessas crianças e traçar um gráfico com esses dados. O objetivo é identificar as crianças que se encontram em quadro de obesidade/desnutrição e intervir por meio de ações educativas e de promoção e prevenção da saúde. Ainda temos alguns pontos que precisam ser amadurecidos nesse projeto, além de contar também com melhor adesão de outros profissionais. Espero que consiga conquistar o público para o desenvolver desse projeto, bem como melhoria desses escores e da qualidade de vida dessas crianças.

De uma forma geral, estou bastante contente com o trabalho que venho realizando na saúde da criança. Desde o início contei com o apoio de toda a equipe e com a adesão de uma grande parte das famílias na manutenção do cuidado continuado. As intervenções que realizei desde o início do programa foram e continuam sendo fundamentais para o estabelecimento adequado da atenção integral à essa população. É extremamente gratificante poder conhecer e acompanhar mensalmente as crianças e suas famílias, bem como intervir de forma positiva quando algum agravo é identificado.

Dessa forma é essencial o planejamento e a manutenção de estratégias de saúde pública específicos para população infantil. É fundamental que os profissionais de saúde promovam ações específicas sobre o tema e que esclareçam as principais dúvidas sobre saúde da criança. Realizar ações educativas na saúde da criança promove práticas integrativas do cuidado, garante acesso continuado, possibilita humanização dos serviços

oferecidos bem como promove promoção e prevenção da saúde como um todo, garantindo assim manutenção da qualidade de vida de todos os componentes do âmbito familiar.

## **CAPÍTULO VI: HIPERDIA E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Durante o estudo do módulo Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde, muitas temáticas foram importantes para a construção e entendimento de um bom funcionamento das unidades de saúde, bem como da qualidade dos serviços prestados à população.

Entender o funcionamento adequado das principais patologias na atenção primária é um mecanismo fundamental na prática diária da atenção básica. Dentre essas doenças, destacam-se a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que são doenças crônicas apontadas como os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, constituindo assim a principal causa de morbimortalidade na população brasileira.

Com o objetivo de diminuir as complicações de tais doenças e promover melhor qualidade de vida à população que sofre com tais patologias o Ministério da Saúde criou o Programa Hiperdia. O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013b).

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

Tomando como base inicial desta intervenção a avaliação externa do PMAQ (Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção) alguns pontos cruciais foram

essenciais para perceber a fragilidade da temática não só na minha equipe (42) bem como na Unidade de Nova Natal. Infelizmente minha equipe estava desassistida de médico há quase 01 ano e durante esse período a prática do Hiperdia foi deixada um pouco de lado. A enfermeira vinha tentando prestar um serviço de qualidade, porém diante da alta demanda e também das suas limitações técnicas o programa foi um pouco negligenciado e se resumia basicamente à renovação de receitas.

Durante a reunião com a equipe percebi que alguns pontos da avaliação do PMAQ não vinham sendo praticados como preconiza o Ministério da Saúde. A equipe 42 possui um livro onde são registrados os pacientes com DM e HAS e as medicações que fazem uso. Porém, esse livro não era atualizado há mais de 06 meses. Não havia controle dos pacientes que já apresentavam alguma complicação decorrente dessas patologias, como IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) e AVE (Acidente Vascular Encefálico), por exemplo. Não havia atualização das medicações que os pacientes fazem uso, bem como controle de consultas e exames periódicos.

Diante da problemática vivenciada me reuni com a equipe e tentamos montar estratégias que nos pudessem atualizar esses dados e promover um serviço de qualidade à essa população. Decidimos que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares iriam realizar busca ativa das pessoas que possuem DM e/ou HAS e das medicações que fazem uso e por quanto tempo; Iriam questionar ainda sobre a última consulta e realização de exames periódicos.

Outro ponto que procurei determinar com a equipe foi delimitar na agenda um dia para atender somente pacientes do programa Hiperdia. Confesso, que foi uma conquista difícil, pois os agentes de saúde possuem a cultura de que pacientes com DM e HAS precisam apenas de suas receitas renovadas e que a consulta só seria necessário se apresentassem alguma queixa. Referiam ainda que perderiam muito em demanda geral na marcação da agenda, por conta desses atendimentos. Procurei mostrar e explicar a importância de se fazer um atendimento prioritário e preventivo desses pacientes, bem como da necessidade de acompanhamento regular desses pacientes, evitando assim complicações cardiovasculares e reduzindo à médio e longo prazo morbimortalidade.

Com relação a frequência das consultas procurei determinar com os agentes de saúde que os pacientes com DM e HAS passem por consultas a cada 3 meses. Para isso, irei alternar os atendimentos com a enfermeira procurando englobar a maior quantidade de pacientes.

Caso, na consulta com a enfermeira seja evidenciado alguma alteração ou queixa o paciente é encaminhado para consulta “extra” na semana seguinte. Dessa forma, iremos promover acesso continuado e prevenção de agravos à sua saúde.

Procurei determinar com a equipe que a renovação de receitas do programa Hiperdia sejam realizadas apenas com consultas médicas, tentando excluir o máximo possível as renovações contínuas sem consultas. Tentei mostrar que o tratamento adequado dessas patologias vai além da tomada das medicações, mas que precisam essencialmente da promoção e prevenção de agravos/ complicações.

Minha equipe (42 da Unidade de Nova Natal) possui um grupo prioritário- idosos onde são realizados intervenções quinzenais. Procuramos determinar alguns temas para serem discutidos nessas reuniões que englobem também o programa do Hiperdia. As discussões são sobre alimentação saudável na terceira idade; adesão ao tratamento medicamentoso; prática rotineira de atividades físicas; complicações da DM e da HAS; prevenção de complicações entre outros. Dessa forma, iremos promover a educação continuada de toda a equipe e dos pacientes que participam do grupo.

Acredito que de todas as intervenções que eu realizei desde a minha entrada no programa até hoje, essa vem sendo a mais difícil. Além da demanda de pacientes nesse programa ser grande, existe ainda uma cultura errada dos agentes de saúde e da população de acreditarem que precisam apenas das renovações de suas receitas. Instituir algo que gere mudança e promova impacto na rotina é sempre algo difícil e que necessita de empenho e trabalho de toda a equipe.

Dessa forma é essencial a manutenção de estratégias de saúde pública específicos para população do Hiperdia. É fundamental que os profissionais de saúde promovam ações à população. É essencial entendermos que o programa Hiperdia é uma estratégia que minimiza situações de sofrimento e abandono dos usuários, bem como promove práticas integrativas do cuidado, garante acesso ao atendimento e possibilita humanização dos serviços oferecidos.



# **CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

## **PLANO DE CONTINUIDADE**

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
---------------------	--------	------------	-----------------------

<p>CONHECENDO AS DEFICIÊNCIAS DA UNIDADE DE SAÚDE E DA EQUIPE APÓS AVALIAÇÃO DO AMAQ</p>	<p>Essa autoavaliação do AMAQ foi fundamental para observar a fragilidade não apenas da unidade de saúde, bem como da equipe em que estou inserida. A autoavaliação demonstrou alguns pontos cruciais no processo de estrutura da unidade em que trabalho, bem como da equipe que faço parte. Para realizar a avaliação foi necessário reunir com a equipe durante 02 turnos, e discutir item por item as dimensões e subdimensões da AMAQ. Além disso, discutimos formas ou técnicas que precisavam ser escolhidas para promover o monitoramento adequado desses indicadores.</p>	<p>Foi solicitado uma reunião com a direção da unidade e a farmacêutica para mostrar a importância de um Kit de emergência montado adequadamente para promover o suporte básico de vida. Inclusive tomei a iniciativa de montar uma lista com todos os medicamentos e equipamentos básicos que deveriam compor a unidade de saúde e levar para a reunião. A partir dessas medidas um kit de emergência básico foi montado na unidade e desde então temos um suporte melhor nos casos de urgência. Com relação ao veículo oficial escrevi um pedido pessoal à direção do distrito explicando a importância de fornecer o veículo, mesmo que a cada 15 dias para melhor prestação de serviço dos pacientes que necessitam de visitas domiciliares. Após esse pedido o distrito envia o carro a cada 15 dias e as visitas voltaram a ser regulares. Já no quesito Insumos e medicamentos infelizmente não obtive sucesso. Há uma falta precoce de medicamentos básicos, mesmo com o reforço nos pedidos das medicações que mais tem saída na unidade. Segundo a farmacêutica esse é um problema</p>	<p>As reuniões com a direção da unidade de saúde são realizadas a cada 15 dias e envolve todos os profissionais de saúde. Nesta reunião são discutidos temas que promovam uma melhor integração e dedicação dos profissionais, bem como avaliação contínua dos tópicos que pontuaram 5 na autoavaliação do AMAQ. Há ainda a realização de relatórios trimestrais que avaliam esses quesitos. Cada equipe fica responsável por uma avaliação do seu território adscrito, bem como de queixas/problemas novas que são repassadas nas reuniões quinzenais.</p>
--	--	--	---

		<p>crônico e que depende da logística do sistema.</p> <p>Essa autoavaliação do AMAQ foi fundamental para observar a fragilidade não apenas da unidade de saúde, bem como da equipe em que estou inserida. Acredito que o mais importante dessa avaliação é poder nos colocar à frente da problemática e procurar realizar intervenções que melhorem a prestação desses serviços à população. Essa avaliação promoveu melhor integração entre toda a equipe, bem como nos colocou mais ativos na tentativa de modificar esses indicadores que pontuaram 5, e também na tentativa de melhorar os quesitos que obtiveram nota mediana.</p>	
--	--	---	--

<p>ACESSO AVANÇADO NA UNIDADE DE SAÚDE DE NOVA NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA</p>	<p>A tentativa de implementar o processo de acolhimento na Unidade de Nova Natal surgiu por parte da gestão antiga da unidade associada com a alta demanda de procura por atendimentos médicos que surgiam diariamente. Baseado nisso, e no que já vinha sendo proposto pela Estratégia de Saúde de Família (ESF) sobre a demanda espontânea, a direção se reuniu com os profissionais da unidade e mostrou a realidade local e também propôs uma nova forma de acesso dos pacientes à unidade.</p>	<p>Com a instituição das reuniões técnicas percebo que o processo de acolhimento vem crescendo nos últimos meses e se adaptando cada vez mais a realidade das demandas. A troca de experiências associada com a discussão de queixas/abordagens enriquece cada vez mais a implementação do processo, bem como permite oferecer melhor qualidade dos serviços de saúde.</p> <p>Como tentativa de capacitar minha equipe (equipe 42) venho realizando durante as reuniões quinzenais da equipe explicações e abordagens adequadas sobre a demanda espontânea do acolhimento. Durante as reuniões procuro exemplificar com casos clínicos, abordo temáticas de queixas que podem surgir diariamente e tento explicar a importância de manter o acolhimento diariamente na unidade. Para que o acolhimento seja efetivado nas unidades de saúde é fundamental preparar e capacitar quem acolhe. É essencial ter ambiente adequado e profissionais acolhedores, preparados para desenvolver uma escuta qualificada fornecendo uma resposta positiva e humanizada</p>	<p>Como plano de continuidade é fundamental a manutenção das reuniões técnicas com discussão de casos clínicos e abordagens práticas sobre determinadas queixas. É importante ainda capacitar os agentes de saúde, durante as reuniões de equipe.</p>
---	---	---	---

		ao usuário que necessita de atenção e integração naquele momento.	
--	--	---	--

<p><b>IMPORTÂNCIA DE AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE</b></p>	<p>Após realizar o estudo aprofundado da temática em questão e analisar os questionamentos finais do módulo juntamente com a equipe 42 da Unidade de Saúde de Nova Natal, percebemos que de uma forma geral não conseguimos realizar com eficácia a promoção e prevenção de saúde à um determinado grupo. Percebemos uma falha no serviço oferecido à terceira idade, principalmente com relação a saúde sexual. A população adscrita por minha equipe possui uma grande quantidade de idosos que necessitam de uma melhor atenção e práticas mais efetivas na qualidade dos serviços prestados.</p>	<p>De uma forma geral, fiquei bastante contente com a ação realizada. Conteí com o apoio de toda a equipe e com a adesão de uma grande parte dos idosos. O feedback tanto por parte da equipe como pelos idosos, após a ação, foi muito satisfatório. Percebi a carência dessa abordagem na atenção primária e da importância de traçar estratégias para atender as necessidades dessa parcela da sociedade. Observei com os questionamentos levantados pelo grupo que o tema sexualidade vai muito além do ato sexual em si, e que na verdade o tema expressa a sua identidade, o seu gênero e principalmente o seu bem estar geral.</p>	<p>Manutenção do grupo de idosos a cada 15 dias, com discussão de temas livres e variados. As discussões devem englobar temáticas e curiosidades desse grupo. Ao final de cada reunião abrimos uma votação em que os idosos escolhem o tema da próxima discussão, bem como promovemos a troca de experiências entre os participantes do grupo.</p>
--	--	---	--

<p>SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO NA ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>Tomando como base inicial desta intervenção a avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ) alguns pontos cruciais foram essenciais para perceber a fragilidade da temática não só na minha equipe (Equipe 42 da Unidade de Nova Natal) bem como na Unidade de Nova Natal. Infelizmente a prática da saúde mental é algo difícil de ser trabalhado. Percebi que existe muitas falhas quanto à quantidade de pessoas que fazem uso de benzodiazepínicos, há quanto tempo tomam a medicação e principalmente com relação ao acompanhamento clínico desses pacientes.</p>	<p>Atualmente, estabeleci com minha equipe o retorno programado desses pacientes, sendo a cada 02 meses no máximo. E as renovações de receitas também não podem exceder 02 meses sem consultas. Estou tentando determinar um turno somente para atendimentos relacionados à saúde mental. A planilha que criei com a equipe, juntamente com os atendimentos realizados no PEC iram servir como dados de controle desses pacientes, bem como das patologias mais prevalentes nos atendimentos, ajudando com isso a criar estratégias e metas para melhor suprir a demanda de saúde mental. Infelizmente não obtive resultados muito satisfatórios. Os agentes de saúde continuam insistindo apenas na renovação de receita e não ajudam na manutenção cíclica de consultas desses pacientes.</p>	<p>Como plano de continuidade pretendo capacitar minha equipe durante as reuniões. Pretendo determinar um turno na agenda apenas para saúde mental, com o objetivo de deixar as consultas periódicas e evitar a simples renovação de receita. Juntamente com outros colegas médicos pretendo estabelecer o matriciamento na unidade. Há ainda a tentativa, juntamente com meu supervisor, de estabelecer a terapia comunitária na unidade.</p>
---	--	---	--

<p>IMPORTÂNCIA DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>Durante o estudo do módulo de saúde da criança foi necessário reunir com a equipe e analisar os quesitos do PMAQ, a partir daí percebemos o quão frágil se encontrava a atenção à saúde da criança e da necessidade urgente de realizar intervenções. Dentre as fragilidades identificadas, destaca-se: o cuidado integral à criança; o estímulo ao aleitamento materno; seguimento rotineiro nas consultas de crescimento e desenvolvimento (CD) e busca ativa das crianças após o parto. Baseado nisso, decidi juntamente com a equipe realizar intervenções que procurassem promover melhoria nos serviços e na qualidade de vida dessas crianças.</p>	<p>Inicialmente determinei com a equipe um turno na agenda para realizar apenas o cuidado integral à saúde da criança. Toda quarta-feira pela manhã eu atendo somente criança e adolescente. As consultas procuram englobar o atendimento desde o recém-nascido (1ª consulta), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD), queixas diversas e atendimento do adolescente. Durante as consultas procuro orientar e esclarecer às mães sobre diversos temas. Oriento e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, vacinas, esclareço dúvidas alimentares, medicamentos que não podem ser feitos sem prescrição, importância da interação da criança com outras crianças e também dentro de seu contexto familiar. Procurei instituir com a enfermeira da equipe um protocolo de suplementação de ferro para crianças que iniciaram a alimentação após os 6 meses de vida. Todas as crianças, a partir do 6º mês, são questionadas sobre a utilização de sulfato ferroso e avaliadas se a dosagem está adequada</p>	<p>Manutenção de um turno na agenda para saúde da criança e controle rigoroso das consultas de CD. Busca ativa de crianças por meio dos agentes de saúde e feed back durante as reuniões de equipe.</p>
---	--	--	---

		<p>e correspondente ao seu peso. Essa medida é realizada mensalmente e ajustada de acordo com a alteração do peso ou de outros achados clínicos.</p> <p>Com a adoção dessas medidas pude perceber o impacto positivo na atenção integral à saúde da criança. Atualmente, existe uma rotina tanto semanal quanto mensal nos serviços prestados à essa população, bem como no controle de morbimortalidade. Há ainda melhor controle desses dados por conta dos atendimentos realizados no Prontuário Eletrônico (PEC) onde conseguimos ter um controle geral, no final de cada mês, dos atendimentos realizados, das principais demandas e do controle da vacinação. Esses dados nos permitem construir estratégias e traçar metas de controle de qualidade dos serviços oferecidos dentro de cada mês.</p>	
--	--	--	--

<p>HIPERDIA E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO BÁSICA</p>	<p>Durante a reunião com a equipe percebi que alguns pontos da avaliação do PMAQ não vinham sendo praticados como preconiza o Ministério da Saúde. Não havia atualização das medicações que os pacientes fazem uso, bem como controle de consultas e exames periódicos. Diante da problemática vivenciada me reuni com a equipe e tentamos montar estratégias que nos pudessem atualizar esses dados e promover um serviço de qualidade à essa população.</p>	<p>Procurei determinar com a equipe foi delimitar na agenda um dia para atender somente pacientes do programa Hiperdia. Confesso, que foi uma conquista difícil, pois os agentes de saúde possuem a cultura de que pacientes com DM e HAS precisam apenas de suas receitas renovadas e que a consulta só seria necessário se apresentassem alguma queixa. Referiam ainda que perderiam muito em demanda geral na marcação da agenda, por conta desses atendimentos. Procurei mostrar e explicar a importância de se fazer um atendimento prioritário e preventivo desses pacientes, bem como da necessidade de acompanhamento regular desses pacientes, evitando assim complicações cardiovasculares e reduzindo à médio e longo prazo morbimortalidade. Com relação a frequência das consultas procurei determinar com os agentes de saúde que os pacientes com DM e HAS passem por consultas a cada 3 meses. Para isso, irei alternar os atendimentos com a enfermeira procurando englobar a maior quantidade de pacientes. Caso, na</p>	<p>Manutenção do grupo de idosos, bem como da discussão contínua de temas que procurem estimular o cuidado; Manutenção de um dia na agenda voltado para o programa hiperdia; Feed back com a enfermeira sobre a alternância das consultas.</p>
---	---	--	--

		<p>consulta com a enfermeira seja evidenciado alguma alteração ou queixa o paciente é encaminhado para consulta “extra” na semana seguinte. Procurei determinar com a equipe que a renovação de receitas do programa Hiperdia sejam realizadas apenas com consultas médicas, tentando excluir o máximo possível as renovações contínuas sem consultas. Tentei mostrar que o tratamento adequado dessas patologias vai além da tomada das medicações, mas que precisam essencialmente da promoção e prevenção de agravos/complicações. Essas medidas necessitam de melhor avaliação a longo prazo.</p>	
--	--	---	--





## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o estudo dos módulos da especialização pude conhecer com clareza e integralidade como funciona a atenção básica e de que forma podemos adaptar ou até mesmo mudar a realidade dos serviços oferecidos na atenção primária. Entender o funcionamento adequado, as limitações e burocracias permitem com que o profissional médico se torne capaz de alterar o meio em que trabalha, bem como promover diariamente a resiliência diante das situações.

Confesso que trabalhar na atenção básica não é fácil. É um trabalho que necessita de empenho de todos os profissionais da equipe e principalmente empatia com o outro. São muitos pacientes carentes, não apenas no financeiro, mas no pessoal e emocional. Há ainda a necessidade de quebrar paradigmas nas equipes de saúde, que muitas vezes tratam o indivíduo apenas como um ser doente e que precisa de consulta médica. Muitas vezes a rotina é um pouco desgastante, principalmente por não haver empenho na tentativa de melhorar os serviços.

Durante a realização das microintervensões percebi o impacto que a atenção básica possui na vida das pessoas e sua repercussão a longo prazo. Promover ações que alterem a rotina de anos é algo trabalhoso, porém, muito gratificante quando os resultados começam a ser alcançados. Procurar promover um acesso humanizado aos serviços de saúde também é fundamental. Muitos pacientes já são extremamente desgastados e incrédulos diante dos serviços oferecidos, e isso precisa mudar. Aprendi durante esse primeiro ano do programa Mais Médicos que muitos pacientes precisam ser ouvidos, com atenção e empatia, precisam de fato serem examinados e não apenas encaminhados e que precisam acima de tudo de humanização e melhor qualidade dos serviços oferecidos. Espero que as intervenções que realizei continuem apresentando efeitos positivos e que sirvam de exemplo aos outros profissionais que trabalham na unidade. A atenção básica depende de um ambiente adequado com profissionais acolhedores, para que assim possa promover acesso universal aos serviços e humanização do cuidado.

## REFERÊNCIAS

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arq. Bras. Cienc. Saúde*, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico*. Ano IV nº 01. 27<sup>a</sup> à 53<sup>a</sup> semana epidemiológica. Julho a Dezembro de 2014. 01<sup>a</sup> à 26<sup>a</sup> semana epidemiológica. Janeiro a Junho de 2015. Brasília; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) SIS-HIPERDIA. 2012. Disponível em: . Acesso em: 13 set. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – 1. ed., 1. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 68.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248, fev. 2008.

CUNHA, L. M; MOTA, W. S.; GOMES, S. C.; FILHO, M. A. R.; BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, M. de F. A. S.; QUIRINO, G. da S. Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. Rev Min Enferm. 2015; 19(4): 894-900.

MARÇAL, C.R.M. A saúde mental na atenção básica: uma saída para o sofrimento psíquico?: discussão a partir da inserção na assistência e gestão de uma unidade básica de Campinas, SP. 2007. Monografia (Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

MASCHIO, M.B.M.; BALBINO, A.P.; SOUZA, P.F.R. de; KALINKE, L.P. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set; 32(3): 583-9.

SOSSAI, T.A. GALAVOTE, H.S. VIEIRA, E.C.L. FREITAS, P.S.S. LIMA, R.C.D. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 18(1): 111-119, jan-mar, 2016.

SOUZA, M.P. A sexualidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura. Dissertação de mestrado em Ciências. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto(SP), 2014

