



**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**

**RELATOS DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADOS NA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA HILDA FERREIRA II NO MUNICÍPIO  
DE AQUIDABÃ-SE**

**ÁQUILA TALITA LIMA SANTANA ALVES**

---

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

---

---

**ÁQUILA TALITA LIMA SANTANA ALVES**

**RELATOS DE EXPERIÊNCIAS VIVENCIADOS NA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA HILDA FERREIRA II NO MUNICÍPIO  
DE AQUIDABÃ-SE**

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: Laianny Krizia Maia Pereira

Co-Orientadora: Juliana Lemos

---

---

## RESUMO

**Introdução:** O dia a dia de uma Unidade Básica de Saúde é permeado de desafios. São apresentadas diferentes realidades sociais e embates do próprio sistema, de modo que a equipe precisa ser flexível para que o usuário seja a prioridade. Nesse contexto, são pertinentes intervenções no processo de trabalho, garantindo melhorias no acesso e na qualidade de atendimento. **Objetivo:** contribuir na melhoria da assistência aos usuários que estão sendo atendidos no território adscrito pela Unidade de Saúde. **Metodologia:** trata-se de seis relatos de experiências das microintervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família Maria Hilda Ferreira II do município de Aquidabã, situado no estado de Sergipe. **Resultados:** nas microintervenções I, II e IV foram produzidas planilhas para sistematização do acompanhamento integral dos usuários, para definir o perfil da demanda espontânea e programada e para o acompanhamento dos usuários de saúde mental da unidade, respectivamente; as microintervenções V e VI descreveram as ações voltadas a atenção da saúde da criança e aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis; a microintervenção III trouxe como produto um instrumento de educação em saúde em formato de cartilha para ser usado no puerpério da unidade. **Considerações finais:** embora algumas microintervenções ainda não tenham se consolidado na rotina da Unidade Básica de Saúde Maria Hilda Ferreira II, entende-se que este trabalho contribui para a demonstração da viabilidade de intervenções na assistência e trata-se do resultado produtivo e crítico de diferentes olhares sobre a dinâmica do cuidado integral à saúde.

**Palavras-chave:** assistência à saúde; Sistema Único de Saúde; centros de saúde.

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>21</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>35</b>

---

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiência, que descrevem as microintervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família Maria Hilda Ferreira II, que faz parte das nove Equipes de Saúde da Família do município de Aquidabã, situado no estado de Sergipe.

A equipe é composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e atende uma população de aproximadamente 948 famílias (último levantamento para o PMAQ). O território abrange microáreas urbanas e duas microáreas rurais. Trabalhar nessa cidade tem sido uma experiência peculiar, pois nasci na cidade vizinha e vários familiares pertencem ao território e aos territórios vizinhos, além disso, desde o período da faculdade me identificava com medicina preventiva e cuidado integral do usuário. Ademais, as microintervenções serviram para externar o quanto o dia a dia da Unidade de Saúde é permeado de desafios, não só para o médico, mas para toda equipe de saúde e o quanto o médico na UBS lida com problemas e patologias diversas e com diferentes realidades sociais e embates do próprio sistema.

Assim, as microintervenções têm como objetivo contribuir na melhoria da assistência aos usuários que estão sendo atendidos no território adscrito. Espera-se que após a leitura desse trabalho, os leitores acrescentem conhecimento e propostas para aplicação em seu dia a dia.

Inicia-se aqui o presente estudo, cuja exposição encontra-se distribuída nos seguintes capítulos/relatos de experiências:

**CAPÍTULO 1:** relata a construção de uma matriz de intervenção e de um instrumento que permitisse monitorar os indicadores de qualidade, objetivando alcançar a plenitude na assistência integral ao usuário.

**CAPÍTULO 2:** relata a construção do perfil da demanda espontânea e programada através de informações da ficha individual de atendimento do eSUS e do levantamento dos faltosos as consultas agendadas.

**CAPÍTULO 3:** descreve a criação de uma cartilha educativa para utilização na “Primeira Semana de Saúde Integral”.

---

CAPÍTULO 4: esse relato descreve o processo de elaboração de uma planilha para registros das informações solicitadas pelo PMAQ e a identificação de um usuário que necessitasse de cuidado integral para construção de uma linha de cuidado junto a rede de Saúde Mental do município.

CAPÍTULO 5: relata se as ações preconizadas para o PMAQ/AB eram realizadas e como a atenção à saúde da criança na unidade é trabalhada.

CAPÍTULO 6: relata se na unidade de saúde as ações eram norteadas pelas prioridades do PMAQ e compartilha uma atividade exitosa realizada no âmbito da atenção a pessoas vivendo com doenças crônicas não transmissíveis.

CAPÍTULO 7: apresenta todas as intervenções com os resultados e o plano de continuidade para cada uma.

---

## **CAPÍTULO I: O DESAFIO DE ALCANÇAR A ASSISTÊNCIA INTEGRAL DOS USUÁRIOS DA ESF MARIA HILDA FERREIRA II**

**COLABORADORES:** ACS- BETÂNIA RODRIGUES SANTOS/CARLOS MACHADO SOUZA/DANIELA DA SILVA/ISAMARY COSTA ARAUJO/ JOSEMARIA ALVES DOS SANTOS/LENALDA DOS SANTOS/MARIA APARECIDA DOS SANTOS SILVA  
ENFA-TATIANA SANTOS CAMPOS

O dia a dia da UBS é permeado de alguns desafios, não só para o médico, mas para toda equipe de saúde. O médico na UBS lida com problemas e patologias diversas, desde consultas apenas para pedir exames até casos clínicos complexos. Além disso, lida com diferentes realidades sociais e embates do próprio sistema, de modo que o médico precisa ser flexível e conduzir cada caso de modo individualizado, sempre priorizando o USUÁRIO. Nesse contexto, são pertinentes autoavaliações periódicas do processo de trabalho da equipe, garantindo melhorias no acesso e na qualidade de atendimento.

Esse relato abordará a microintervenção realizada a partir do processo de autoavaliação de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), iniciando com a observação na Unidade de Saúde, tal processo precisa ser contínuo e dinâmico. A autoavaliação é o ponto de partida na construção e desenvolvimento da qualidade de um serviço, pois permite a identificação de problemáticas e de pontos positivos associados a ESF, esse é o momento de reflexão e de produzir iniciativas visando o aprimoramento dos serviços. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) situa a avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A integralidade é um dos princípios do SUS e está relacionada à condição integral da compreensão do ser humano. Os usuários associam a Atenção Integral à Saúde ao tratamento respeitoso, digno, qualificado e acolhedor. Para isso, deve-se estabelecer um conjunto de ações na ESF que vão desde a prevenção à assistência (PINHEIRO,2018). Um estudo com enfermeiras da Atenção Básica no estado de São Paulo mostrou que a concepção sobre integralidade, para essas profissionais, está diretamente relacionada à prestação de assistência (FRACOLLI, et al, 2011). No cotidiano da Unidade Básica de Saúde podemos citar alguns exemplos de diferentes profissionais que podem utilizar de

---

---

suas funções para aplicar a integralidade. A consulta médica, na qual os fatores de risco são explorados e se investiga outras doenças que ainda não se manifestaram. Quando o Agente Comunitário de Saúde nas visitas domiciliares detecta algo que o morador ainda não tenha identificado. Ou ainda, quando um enfermeiro numa consulta de puericultura, aborda as condições sociais da família (MATTOS,2001).

Frente ao exposto essa microintervenção apresentou as seguintes etapas: 1. realizar a autoavaliação, utilizando o AMAQ; 2. construir a matriz de intervenção;3. construir um instrumento que permita monitorar os indicadores de qualidade.

Inicialmente, utilizou-se a reunião mensal de avaliação da equipe (prática contínua na unidade) para um momento diferenciado: autoavaliação através do instrumento do PMAQ. Que permitiu avaliar as seguintes subdimensões: Infraestrutura e equipamentos; Insumos, imunobiológicos e medicamentos; Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica; Organização do processo de trabalho; Atenção integral à saúde; Participação, controle social e satisfação do usuário; e Programa Saúde na Escola. Esse momento proporcionou a identificação das dificuldades e pontos positivos da ESF, permitindo ao grupo o planejamento das ações para o enfrentamento das problemáticas.

Após realizada a autoavaliação, foi construída a matriz de intervenção baseado no padrão -Atenção Integral a Saúde, a situação problema descrita foi a dificuldade de adesão dos usuários à atenção integral. Uma vez que foi notado que devido as condições de vulnerabilidade social da área, os usuários carecem de tratamento digno e acolhedor para que se sintam seguros em seguir o plano terapêutico proposto pela equipe, além disso muitos usuários têm procurado o serviço para assistência, não valorizando a prevenção das doenças crônicas. O objetivo geral da intervenção foi alcançar a plenitude na assistência integral. Para alcança-lo foram traçadas as seguintes estratégias: 1. aproximar os usuários do serviço; 2. Motivar os usuários para utilização dos serviços; 3. Ofertar e complementar ações de interesse. Além disso, foram pensadas atividades como: rodas de conversa, promoção de temáticas do interesse dos usuários, palestras para grupos específicos.

Em seguida, foram analisados os indicadores do PMAQ e pensando nas problemáticas detectadas, escolheu-se: 1. Média de atendimentos do médico por habitante; 2. índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; 3. percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida; 4. percentual de encaminhamentos para serviço especializado. A partir disso foi construída uma planilha em um programa de edição de

---

---

dados para ser alimentada mensalmente na reunião periódica de avaliação da equipe, possibilitando a monitorização desses indicadores.

Esse momento de avaliação é uma prática rotineira na ESF Hilda Ferreira II, porém a utilização de um instrumento avaliativo proporcionou uma sistematização do processo e contribuiu para que as problemáticas saíssem da subjetividade e tomassem forma de indicadores passíveis de acompanhamento. Essa microintervenção deixou claro que existem vários padrões que podem ser avaliados e que contribuem para a qualidade na atenção básica, de modo que, também, podem existir várias soluções para determinado problema levantado pela equipe.

A dificuldade da execução dessa microintervenção foi a extensão do instrumento, pois como fizemos em um momento único, tornou-se cansativo para a equipe. No entanto, todos compreenderam o objetivo e esse tornou-se um ponto a melhorar na próxima atividade.

Espera-se que a realização dessa autoavaliação motive a equipe para manter a continuidade dessa prática, bem como aplicar a matriz de intervenção e realizar a monitorização dos indicadores de qualidade escolhidos.

---

## **CAPÍTULO II: PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA DA EQUIPE MARIA HILDA FERREIRA II**

**COLABORADORES:** ENFA-TATIANA SANTOS CAMPOS

“Acolher”, em suas diversas acepções, significa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir” estando presente em todas as relações que estabelecemos na vida (NEVES, 2010). O acolhimento, entendido como ato ou efeito de acolher, expressa uma aproximação, a ideia de “estar com” e “perto de”, isto é, uma atitude de estar em relação com algo ou alguém que depende daquele que se apresenta para tal. É no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que se evidencia o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Na Unidade Básica de Saúde (UBS), abrange desde a recepção ao usuário até a responsabilização por ouvir queixas e preocupações, garantido atenção resolutiva, articulação com outros serviços de saúde e continuidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O processo de trabalho em uma UBS compreende duas demandas: programada e espontânea. Chama-se de demanda programada aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ação prévia a consulta, já a demanda espontânea compreende aquele usuário que comparece a unidade inesperadamente, por problemas agudos ou por qualquer necessidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entender o funcionamento e o perfil da dinâmica dos serviços se constitui um pilar no planejamento de políticas públicas para a comunidade adscrita da Equipe de Saúde da Família (ESF), bem como contribui para qualidade no atendimento aos usuários. Partindo desse pressuposto, essa intervenção buscou entender o perfil da demanda espontânea e programada da ESF Hilda Ferreira II, através de informações sobre sexo, faixa etária e enquadramento nos grupos de problemas /condição de saúde avaliados pela ficha individual do eSUS. Além disso, foi levantando o número de faltosos nos dias de atendimento programado.

Os atendimentos médicos na unidade são organizados de modo a atender a demanda espontânea e agendada. No primeiro dia da semana não são agendadas consultas, os atendimentos são destinados aos usuários que procurarem a unidade, os que não forem

---

---

atendidos nesse dia saem da unidade com seu dia de atendimento pactuado. Nos demais dias, a maioria dos atendimentos são agendados para hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura e visita domiciliar, porém uma parte é reservada para demanda espontânea.

Durante três semanas (período que compreendeu o início do módulo Acolhimento a Demanda Espontânea e Programada ao início do prazo para postar o relato de experiência) foi observado e registrado os seguintes aspectos dos atendimentos médicos: sexo do usuário, faixa etária e condição de saúde avaliada. Somado a isso, foi quantificado o número de usuários previamente agendados que faltaram ao serviço. Em seguida, construiu-se uma tabela no Excel para o processamento dos dados, que mostrou os resultados a seguir.

Foram atendidos 142 usuários, destes 92 (65%) do sexo feminino, 54 (38%) da faixa etária de 19 a 35 anos e 91 (64%) se enquadravam em alguma condição de saúde prevista no eSUS. Durante esse período 31% dos usuários agendados faltaram a consulta, e do total de atendimentos (142), 58% foram de usuários agendados e 42% de usuários da demanda espontânea (tabela 1).

Tais resultados já foram discutidos com a enfermeira e serão apresentados à equipe na reunião de avaliação para repensar a forma de organização do atendimento aos usuários. Entre eles, a relevante quantidade de usuários que faltaram a consulta agendada (31%). Tal resultado, reflete a necessidade da busca ativa e se não estaria na hora de reduzir o número de agendados para ampliar o acesso.

A limitação dessa microintervenção foi o período de execução para traçar um perfil de um serviço. No entanto, já se constitui um retrato da realidade da unidade. Espera-se que a realização desse levantamento embase a equipe para as mudanças necessárias na melhoria dos atendimentos e abrangência de usuários

---

### **CAPÍTULO III: OTIMIZAÇÃO DO PUERPÉRIO DA EQUIPE MARIA HILDA FERREIRA II ATRAVÉS DE UM INSTRUMENTO EDUCATIVO**

**COLABORADORES:** ENFA-TATIANA SANTOS CAMPOS

Da mesma forma que o planejamento reprodutivo e a gravidez, o puerpério é um período especial na assistência ao pré-natal. Nesse período podem surgir problemas de saúde relacionados com a gravidez, além das dúvidas relacionadas sobre os cuidados com o bebê e consigo mesma. De modo que, deve ser amplamente divulgada, no estabelecimento de saúde, a necessidade de realização de uma consulta de controle pós-parto – que deve ser feita até 42 dias após o final da gestação – para um efetivo controle de saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2013).

No âmbito da Rede Cegonha, recomenda-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), que é uma estratégia na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos. Nos primeiros dias de vida, são realizadas ações que objetivam cuidados básicos com o recém-nascido, tais como triagem neonatal, triagem auditiva, checagem de vacinação (BCG e de hepatite B) e a avaliação do aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2013). Em relação ao aleitamento materno, a maioria dos profissionais de saúde consideram-se favoráveis, porém muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o apoio passivo recebido. Para se sentirem confiantes, as mães que estão amamentando querem suporte ativo e informações precisas. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2015).

Nesse sentido, após reflexão sobre as estratégias utilizadas pela equipe para o acompanhamento dos usuários no planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, foi detectado fragilidades e necessidade de melhor organização do puerpério, principalmente no que diz respeito aos cuidados com o recém-nascido e a importância do aleitamento materno. Dessa forma, em parceria com a enfermeira da unidade, foi pensado em um instrumento de educação permanente para utilização na “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), surgindo a ideia de uma cartilha educativa.

Na elaboração de tal instrumento foi buscado uma linguagem clara, objetiva e que correspondesse as necessidades das puérperas da unidade. A partir da observação das últimas consultas do pré-natal e das visitas puerperais, destacamos os principais erros e as principais dúvidas, e selecionamos os seguintes para composição da cartilha: higiene da

---

boca do bebê, limpeza do coto umbilical, banhos de sol, cólicas, gases, higiene do bebê e aleitamento materno (apêndice 3).

As principais dificuldades na realização dessa tarefa foi selecionar os temas e as principais informações a serem colocados sobre cada um.

Diante do exposto é importante destacar que a sistematização de um instrumento educativo traz impactos tanto à equipe envolvida no acompanhamento quanto às usuárias, pois permite que de forma prática a informação seja transmitida pelos profissionais e, posteriormente fique a disposição para consulta a qualquer momento que a puérpera julgar necessário.

---

## **CAPÍTULO IV: ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL DA UNIDADE MARIA HILDA FERREIRA II**

**COLABORADORES:** ACS- BETÂNIA RODRIGUES SANTOS/CARLOS MACHADO SOUZA/DANIELA DA SILVA/ ISAMARY COSTA ARAUJO/JOSEMARIA ALVES DOS SANTOS/ LENALDA DOS SANTOS

ENFA-TATIANA SANTOS CAMPOS

A Atenção Básica é a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, inclusive dos que precisam de cuidados em Saúde Mental. A atual política de Saúde Mental no Brasil é o resultado de décadas de discussões e experiências, e aos profissionais da Atenção Básica cabem ações como: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir, exercer boa comunicação, exercitar a habilidade da empatia, lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer, acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas, oferecer suporte na medida certa, reconhecer os modelos de entendimento do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2013). Já as equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e específico e participação em iniciativas de capacitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2004).

Na Unidade de Saúde Hilda Ferreira II, os prontuários dos usuários de Saúde Mental ficam separados no arquivo da Unidade por ordem alfabética e algumas informações solicitadas pelo PMAQ, tais como medicações em uso e registro de casos mais graves, eram registradas nos livros de controles dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sem nenhuma sistematização. Esse relato tem como objetivo descrever o processo de elaboração de uma planilha para registros das informações solicitadas pelo PMAQ e a identificação de um usuário que necessite de cuidado integral para construção de uma linha de cuidado junto a rede de Saúde Mental do município.

Ao analisar junto à equipe o modelo de organização dos prontuários e a forma que os ACS registravam as informações, ficou evidente a necessidade de melhorias no processo, pois apenas os usuários do CAPS da Unidade possuíam uma planilha com as informações organizadas de acordo com o solicitado pela avaliação do PMAQ. O instrumento foi construído em formato de planilha e utilizou como base, informações que já constavam na planilha dos usuários do CAPS e as informações solicitadas na avaliação externa do PMAQ, resultando nas seguintes informações: nome, data de nascimento, ACS,

---

endereço, medicação em uso, CID10, data da última consulta, usuário de drogas, caso grave, frequente CAPS(apêndice 4). Inicialmente, será feito o preenchimento confrontando os dados dos prontuários, da planilha do CAPS e dos livros dos ACS, à medida que novos usuários forem inseridos ou dados de algum usuário for atualizado, a enfermeira ou médica da equipe será informada para modificações na planilha.

Em um segundo momento, após uma visita domiciliar, identificamos um usuário domiciliado que necessitava de uma atenção integral em Saúde Mental, junto a rede de apoio do município.

A rede de Saúde Mental do município que a Unidade Hilda Ferreira II está inserida tem como componente de apoio, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é um serviço de referência para o tratamento de usuários em sofrimento psíquico que necessitam de cuidado intensivo e comunitário (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2004).Dos usuários de Saúde Mental da Unidade, trinta e dois são frequentadores do CAPS e participam regularmente das atividades terapêuticas, consultas psiquiátricas e acompanhamento psicológico. Existe uma articulação positiva entre as equipes do CAPS e da Atenção Básica, através de reuniões de matriciamento e contato direto para discussão de algum caso, porém a contra referência ainda é deficiente.

Na primeira visita domiciliar a este usuário, foi encontrado também problemas sociais, pois o mesmo estava em um quarto aos fundos da casa, em condições precárias de higiene e em uso irregular das medicações, apresentando alucinações visuais. Fizemos um relatório para a Coordenação de Atenção Básica do município e a rede de Saúde Mental e Assistência Social foram acionadas para acompanhamento compartilhado e construção de uma linha de cuidado. Nesse processo de construção, houve articulação entre a enfermeira e a assistente social do CAPS, e enfermeira, ACS e médico da Unidade de Saúde. Após intervenção das equipes, já foram realizadas duas visitas, e tem sido notório o progresso com a troca do cômodo que a usuária dorme e melhoria na higiene, porém ainda encontramos falhas na administração das medicações.

As dificuldades na execução dessa intervenção foi traçar as ações para os registros adequados na planilha, de modo que os dados se mantenham atualizados e a construção de uma linha de cuidado junto à equipe do CAPS, pois estávamos habituados apenas com discussões de casos isolados, sem traçar projetos terapêuticos.

---

Espera-se que após essa intervenção seja mantida a rotina de registros sistematizados dos usuários em Saúde Mental da Unidade, bem como seja otimizada a relação entre as equipes do CAPES e da Atenção Básica, visando um cuidado integral dos usuário e melhoria no acesso aos serviços.

---

## **CAPÍTULO V: A LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA DA UNIDADE MARIA HILDA FERREIRA II**

**COLABORADORES:** ACS- BETÂNIA RODRIGUES SANTOS/CARLOS MACHADO SOUZA/DANIELA DA SILVA/ ISAMARY COSTA ARAUJO/JOSEMARIA ALVES DOS SANTOS/ LENALDA DOS SANTOS

ENFA-TATIANA SANTOS CAMPOS

A saúde da criança está ligada ao seu crescimento e desenvolvimento, que são monitorados pelos pais e acompanhados pela unidade de Saúde. Nas consultas de rotina são abordados aspectos como, alimentação da criança, peso, comprimento, perímetro cefálico, vacinas, prevenção de acidentes e identificação de riscos para saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2013). Tais aspectos refletem as condições de saúde da criança e são indicadores da linha de cuidado.

Diante disso, esta intervenção tem como objetivos analisar se as ações preconizadas para o PMAQ/AB são realizadas e relatar como a atenção à saúde da criança na unidade é trabalhada. Para isso, utilizou-se um questionário e análise das estratégias utilizadas no dia a dia da UBS.

Na primeira etapa, através da reunião mensal da equipe, o questionário proposto foi respondido (anexo 2). Dos itens avaliados, detectou-se que no acompanhamento das crianças do território não há registros de violência familiar e de acidentes, além disso não há busca ativa de crianças prematuras e com consulta de puericultura atrasada. As demais ações preconizadas para o PMAQ/AB são realizadas, o que se constituiu a maioria das questões.

No segundo momento, analisamos as atividades realizadas na unidade e quais poderíamos julgar exitosas. Dentre as atividades realizadas, foi escolhido divulgar a organização da agenda das consultas de puericultura. Durante a semana, a unidade possui um dia para as consultas de rotina que são previamente agendadas e seguem a recomendação do Ministério da Saúde (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês,24º mês e anuais após 2 anos de idade) (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2013). Os atendimentos são intercalados entre a médica e a enfermeira, de modo que toda a equipe compartilha o cuidado.

---

Cabe destacar como inicia a linha de cuidado na unidade. Assim que o ACS identifica uma puérpera no território, a equipe é informada e a visita puerperal é realizada, na ocasião já é feita a primeira consulta da puericultura e a próxima já é agendada. Às vezes, algum familiar ou os pais levam o recém-nascido para realização do teste do pezinho, essa ocasião também é aproveitada para a primeira consulta e orientações do puerpério. Por sua vez, algumas crianças migram de outro território e são identificadas pelo ACS que já agenda a consulta de rotina.

Com esta intervenção foi reforçado a importância das reuniões mensais de avaliação e como podem ser usadas para aperfeiçoar as linhas de cuidado na UBS. Espera-se corrigir as fragilidades encontradas ao responder o questionário, pois apesar de apenas quatro itens estarem em desacordo com o PMAQ/AB (não há registros de violência familiar e de acidentes, não há busca ativa de crianças prematuras e com consulta de puericultura atrasada), foram itens importantes no acompanhamento das crianças do território. Além disso, espera-se continuar com o cronograma de consultas de rotina e melhora-las.

---

## **CAPÍTULO VI: CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE MARIA HILDA FERREIRA II**

**COLABORADORES:** ACS- BETÂNIA RODRIGUES SANTOS/CARLOS MACHADO SOUZA/DANIELA DA SILVA/ ISAMARY COSTA ARAUJO/JOSEMARIA ALVES DOS SANTOS/ LENALDA DOS SANTOS

ENFA-TATIANA SANTOS CAMPOS

As doenças crônicas não transmissíveis são determinadas por diversos fatores, tanto sociais quanto individuais. Dentre esses fatores, destacam-se: tabagismo, etilismo, atividade física insuficiente e alimentação não saudável. Por ser a porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica de Saúde tem importância fundamental na prevenção, identificação e tratamento desse grupo de doenças (BRASIL, 2014).

Dessa forma, essa microintervenção tem como objetivo analisar se na unidade de saúde as ações estão norteadas pelas prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (PMAQ) e compartilhar alguma atividade exitosa realizada pela equipe no âmbito da atenção a pessoas vivendo com doenças crônicas não transmissíveis.

Para realização das etapas da microintervenção utilizou-se o momento dedicado a reunião mensal de avaliação. Na ocasião respondeu-se o questionário proposto e refletiu-se sobre as melhorias nas ações executadas pela equipe. Ao realizar essa etapa foi detectado que várias ações estão norteadas pelas prioridades do PMAQ, porém a equipe não utiliza nenhuma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, não possui registros dos usuários com maior risco/gravidade, não possui o registro dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção, não realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários, não oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso (anexo 3).

Dentre as estratégias executadas na unidade, a equipe escolheu relatar a organização dos atendimentos. Semanalmente um dia é dedicado aos atendimentos agendados de usuários com doenças crônicas. Nesse dia, são realizados atendimento médico e de enfermagem, atualização da situação vacinal, educação em saúde ( orientação alimentar, hábitos saudáveis, atividades físicas, aplicação correta de insulina, aferição da glicemia capilar em domicílio). Quando é identificado algum usuário que precise de

---

acompanhamento mais frequente ou de algum tipo de vigilância, o ACS é avisado para que faça visita domiciliar e faça busca ativa, caso o usuário falte a consulta programada. Esse dia também é utilizado para ações preventivas (rodas de conversa e palestras) voltadas tanto aos usuários com doenças crônicas, quanto aos demais usuários do território.

Através dessa microintervenção ficou evidente que ações importantes precisam ser melhoradas e outras implementadas para que se execute um serviço conforme as prioridades do PMAQ, além disso observou-se o impacto no dia a dia do usuário que recebe atendimento de qualidade na unidade. Espera-se que esse momento de reflexão em equipe seja contínuo e que as deficiências sejam corrigidas, a fim de garantir ao usuário uma saúde integral.

## CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<p><b>O DESAFIO DE ALCANÇAR A ASSISTÊNCIA INTEGRAL DOS USUÁRIOS DA ESF HILDA FERREIRA II</b></p>	<p>Essa microintervenção foi realizada a partir da observação da Unidade de saúde e da autoavaliação dos processos de trabalho. Para isso, utilizou-se o AMAQ, construiu uma matriz de intervenção e construiu um instrumento que permitisse monitorar os indicadores de qualidade. O objetivo geral da intervenção foi alcançar a plenitude na assistência integral. Para alcançá-lo foram traçadas estratégias visando aproximar os usuários do serviço.</p>	<p>A análise dos indicadores do PMAQ permitiu a construção de uma planilha para ser alimentada mensalmente na reunião de avaliação da equipe. Porém, nos meses subsequentes da intervenção a enfermeira e a médica da equipe fizeram esse monitoramento diariamente, pois percebeu-se que pelo número elevado de atendimentos, o processo fluiria melhor dessa forma. Com essa monitorização, a equipe otimizou a programação dos atendimentos e de estratégias visando melhorar os indicadores de qualidade.</p>	<p>Para se tornar uma rotina precisará envolver toda a equipe e não só dois profissionais. Dessa forma, a planilha ficará disponível no computador da unidade para que toda a equipe tenha acesso diário, seja para alimentar ou para consultar os dados e na reunião mensal da equipe, o controle individual de cada profissional será confrontado com os dados do computador.</p>
<p><b>PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA DA EQUIPE HILDA FERREIRA II</b></p>	<p>Essa intervenção buscou entender o perfil da demanda espontânea e programada da ESF Hilda Ferreira II, através de informações sobre sexo, faixa etária e enquadramento nos grupos de condição de saúde avaliados pela ficha individual do eSUS e fazer</p>	<p>Durante as três semanas do módulo foram atendidos 142 usuários, destes 65% do sexo feminino, 38% da faixa etária de 19 a 35 anos e 64% se enquadravam em alguma condição de saúde prevista no eSUS. Além disso, 31% dos usuários agendados faltaram a consulta. Do total de atendimentos 58% foram de usuários</p>	<p>A fim de continuar o levantamento de dados e entender se as mudanças feitas já modificaram o perfil de atendimentos, principalmente se diminuíram os usuários faltosos, a planilha para alimentação dos dados ficará disponível no computador da unidade e tanto a enfermeira quanto a médica registrará o esus antes de entregar à secretaria de saúde.</p>

	<p>levantamento do número de faltosos nos dias de atendimento programado. Em seguida construiu-se uma tabela para processamento dos dados e apresentação dos resultados.</p>	<p>agendados e 42% de usuários da demanda espontânea. Tais resultados foram discutidos com a enfermeira e apresentados à equipe, na ocasião os atendimentos foram reorganizados, reduzindo o número de atendimentos agendados e deixando mais vagas para a demanda, e os ACS foram estimulados a fazer busca ativa dos usuários faltosos. A dificuldade nessa intervenção foi continuar o levantamento de dados nos meses subsequentes.</p>	
<p><b>OTIMIZAÇÃO DO PUERPÉRIO DA EQUIPE HILDA FERREIRA II ATRAVÉS DE UM INSTRUMENTO EDUCATIVO</b></p>	<p>Essa intervenção foi a criação de uma cartilha educativa para utilização na “Primeira Semana de Saúde Integral”. A partir da observação das últimas consultas do pré-natal e das visitas puerperais, foram destacados os principais erros e as principais dúvidas, e selecionados temas para composição da cartilha: higiene da boca do bebê, limpeza do coto umbilical, banhos de sol, cólicas, gases, higiene do bebê e aleitamento materno.</p>	<p>O resultado apresentado no período da microintervenção foi a cartilha produzida. A cartilha vem sendo usada nas últimas consultas do pré-natal e na visita puerperal, nas quais são separados momentos para conversas educativas e orientações. O uso de tal instrumento permitiu que de forma prática a informação seja transmitida pelos profissionais, além de disponibilizar um material de consulta a qualquer momento que a puérpera julgar necessário.</p>	<p>O uso da cartilha já é rotina na unidade de saúde. Para que sirva como modelo para outras unidades de saúde, o material será apresentado à coordenação de atenção básica municipal, bem como, serão relatados o impacto e a importância do seu uso.</p>
<p><b>ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL DA</b></p>	<p>Esse relato descreveu o processo de elaboração de uma</p>	<p>Como resultados, construiu-se uma planilha, utilizando como</p>	<p>Para que se crie uma rotina de registros sistematizados dos usuários em Saúde Mental, vai ser</p>

<p><b>UNIDADE HILDA FERREIRA II</b></p>	<p>planilha para registros das informações solicitadas pelo PMAQ e a identificação de um usuário que necessitasse de cuidado integral para construção de uma linha de cuidado junto a rede de Saúde Mental do município. Ao analisar junto à equipe o modelo de organização dos prontuários e a forma que os ACS registravam as informações, ficou evidente que apenas os usuários do CAPS possuíam uma planilha com as informações organizadas de acordo com o solicitado pela avaliação do PMAQ.</p>	<p>base, informações que já constavam na planilha dos usuários do CAPS e as informações solicitadas na avaliação externa do PMAQ. Planejou-se fazer o preenchimento inicial confrontando os dados dos prontuários, da planilha do CAPS e dos livros dos ACS e à medida que novos usuários fossem inseridos ou dados de algum usuário fosse atualizado, a enfermeira ou médica da equipe seriam informadas para modificações na planilha. No entanto, quando iniciou o preenchimento, percebeu-se que além dos prontuários que ficavam separados no arquivo da unidade, outros usuários também faziam uso de medicações controladas, entre eles, hipertensos, diabéticos, acamados. Essa realidade desestimulou a equipe para a sistematização dos dados. Um outro resultado alcançado foi a identificação de um usuário domiciliado que necessitava de uma atenção integral em Saúde Mental, junto a rede de apoio do município. Depois do período da intervenção foram realizadas visitas ao usuário, e houve progressos no cuidado.</p>	<p>preciso compreender o impacto que tal prática trará, não só no momento da avaliação do PMAQ, mas no acompanhamento dos usuários. Assim, será preciso um trabalho de conscientização da equipe, utilizando a planilha já existente dos usuários do CAPS e mostrando os impactos que ela traz no cuidado integral e no acesso ao serviço.</p>
---	--	---	--

<p><b>A LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA DA UNIDADE HILDA FERREIRA II</b></p>	<p>Essa intervenção analisou se as ações preconizadas para o PMAQ/AB eram realizadas e relatou como a atenção à saúde da criança na unidade é trabalhada. Para isso, utilizou de um questionário disponível na biblioteca do módulo e observou-se as estratégias utilizadas nos atendimentos na unidade.</p>	<p>Dos itens avaliados pelo questionário, detectou-se que não há registros de violência familiar e de acidentes e não há busca ativa de crianças prematuras e com consulta de puericultura atrasada. As demais ações preconizadas para o PMAQ/AB são realizadas. Dentre as estratégias realizadas na unidade, foi relatado o êxito da organização da agenda das consultas de puericultura. Durante a semana, a unidade possui um dia para as consultas de rotina, que são intercaladas entre a médica e a enfermeira. Além disso, a linha de cuidado inicia a partir do momento que o ACS identifica uma puérpera no território, na visita puerperal já é feita a primeira consulta da puericultura e a próxima já é agendada.</p>	<p>A rotina de cuidados em saúde da criança já é uma prática bem estabelecida na unidade e o modelo de organização da agenda é referência entre as outras equipes do município. Espera-se melhorar o serviço e corrigir as fragilidades encontradas ao responder o questionário.</p>
<p><b>CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE HILDA FERREIRA II</b></p>	<p>Essa microintervenção analisou se na unidade de saúde as ações eram norteadas pelas prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e compartilhou uma atividade exitosa realizada no âmbito da atenção a pessoas</p>	<p>Ao responder o questionário detectou-se que a unidade não utilizava nenhuma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, dos usuários com maior risco/gravidade e dos usuários encaminhados para outro ponto de atenção; não realizava exame do pé diabético</p>	<p>Planeja-se corrigir as deficiências detectadas no questionário para que se execute um serviço conforme as prioridades do PMAQ. Além disso, espera-se manter a rotina de atendimento da unidade buscando melhorias contínuas.</p>

	<p>vivendo com doenças crônicas não transmissíveis. Para isso, respondeu-se o questionário e refletiu-se sobre as ações executadas na unidade.</p>	<p>periodicamente nos usuários e não ofertava grupo de educação em saúde para pessoas que queriam perder peso. Dos itens deficientes detectados, apenas este último foi corrigido até o momento.</p> <p>Dentre as ações executadas na unidade, foi relatado a organização dos atendimentos.</p> <p>Semanalmente um dia é dedicado aos atendimentos agendados de usuários com doenças crônicas. Nesse dia, são realizados atendimento médico e de enfermagem, atualização da situação vacinal e educação em saúde. Esse dia também é utilizado para ações preventivas, voltadas tanto aos usuários com doenças crônicas, quanto aos demais usuários do território.</p>	
--	--	---	--

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a apresentar os produtos das microintervenções realizadas nos módulos do Curso de Especialização em Saúde da família (PEPSUS), voltadas a contribuir na melhoria da assistência aos usuários que estão sendo atendidos no território adscrito.

Nas microintervenções I, II e IV foram produzidas planilhas para sistematização do acompanhamento integral dos usuários, para definir o perfil da demanda espontânea e programada e para o acompanhamento dos usuários de saúde mental da unidade, respectivamente. Essas microintervenções esbarraram no desafio de manter a rotina de preenchimento, gerando a necessidade de fazer um trabalho de conscientização sobre a importância de registros sistematizados não só no momento da avaliação do PMAQ, mas no acompanhamento dos usuários. Já as microintervenções V e VI descreveram as ações voltadas a atenção da saúde da criança e aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, em ambas foram detectadas deficiências na assistência, mas foram apresentadas as experiências exitosas no atendimento que já são referências no município. Por fim, a microintervenção III trouxe como produto um instrumento de educação em saúde em formato de cartilha para ser usado no puerpério da unidade. O uso desse instrumento tem sido a experiência mais exitosa das microintervenções, pois já é notório o impacto entre as puérperas, além de permitir que de forma prática a informação seja transmitida pelos profissionais de saúde.

Assim, embora algumas microintervenções ainda não tenham se consolidado na rotina da Unidade Básica de Saúde Maria Hilda Ferreira II, entende-se que este trabalho contribuiu para a demonstração da viabilidade de intervenções na assistência. Não se trata, portanto, de relatos de experiência de insucessos ou mesmo incompletos. Trata-se, sobretudo, do resultado produtivo e crítico de diferentes olhares sobre a dinâmica do cuidado integral à saúde; algo certamente exitoso.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Acolhimento com classificação de risco*. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (documento base para gestores e trabalhadores do SUS). 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

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, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção

---

Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

FRACOLLI, LA; ZOBOLI, ELP; GRANJA, GF; ERMEL, RC. Conceito e prática da Integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p.1135-1141, 2011.

MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 39-64,2001.

NEVES, CAB; HECKERT ALC. Micropolítica do Processo de Acolhimento em Saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.1, p.151-168,2010.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 05 de maio.2018.

---

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1****CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE**

<b>Monitorização de Indicadores de Qualidade da Unidade Hilda Ferreira II</b>												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JULH	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
<b>Acesso e Continuidade do Cuidado</b>												
Média de atendimentos do médico por habitante.												
Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada.												
<b>Coordenação do Cuidado</b>												
Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida.												
Percentual de encaminhamentos para serviço especializado.												

---

**APÊNDICE 2****CAPÍTULO II: ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA**

---

**Tabela 1. Perfil da demanda espontânea e programada da Equipe Hilda Ferreira II em três semanas, Aquidabã (Sergipe, Brasil), 2018.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total de atendimentos</b>	142	100%
<b>Faixa etária</b>		
0 a 12 anos	20	14%
13 a 18 anos	18	13%
19 a 35 anos	54	38%
36 a 60 anos	40	28%
Acima de 60 anos	10	7%
<b>Sexo</b>		
Feminino	92	65%
Masculino	50	35%
<b>Condição de saúde avaliada</b>		
Sim	91	64%
Não	51	36%
<b>Usuários inseridos</b>	60	42%
<b>Usuários agendados que foram atendidos</b>	82	58%
<b>Usuários agendados</b>	119	
<b>Usuários faltosos<sup>1</sup></b>	37	31%

Notas: <sup>1</sup>Percentual de pacientes agendados que faltaram a consulta

---

---

## APÊNDICE 3

CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

# UBS MARIA HILDA FERREIRA II

## CARTILHA PARA MAMÃE



### Aquidabã

2018

#### HIGIENE DA BOCA DO BEBÊ

A limpeza da boca do bebê é muito importante para retirar os restos de leite e impedir o crescimento dos micróbios da cárie. Deve ser feito após cada mamada.

*Como fazer:*

- Lave bem as mãos;
- Umedeça um paninho limpo em água filtrada ou fervida;
- Enrole o paninho no dedo e passe suavemente nas gengivas, bochechas e língua do bebê.

#### LIMPEZA DO COTO-UMBILICAL

O coto deve ser limpo APENAS com álcool à 70%;

Utilize o cotonete umedecendo com um pouco de álcool em um dos lados e com o outro seque o coto umbilical;

Limpe o coto várias vezes ao dia ou após cada troca de fralda;

- Mesmo após a queda do coto continue limpando o umbigo como álcool à 70%.

#### BANHOS DE SOL

---

---

Dê banhos de sol diariamente no seu bebê, para que ele receba a vitamina “D” que evita o raquitismo;

Se seu bebê estiver com roupinha, permaneça no sol por aproximadamente 17 minutos\dia;

Se o seu bebê estiver somente com a fraldinha permaneça por aproximadamente 4 minutos\dia.

### **CÓLICAS OU GASES**

Deite seu bebê de bruços e com movimentos leves, massagear delicadamente as suas costas até ele se acalmar. Também deite o bebê de costas, e vá dobrando suas perninhas até tocá-las na barriga. Repita o movimento por várias vezes.

### **ALEITAMENTO MATERNO**

*Dicas importantes:*



Não colocar cremes, perfumes nos seios para o bebê não cismar;

Quanto mais seu filho mamar, mais leite é produzido;

O início do leite materno mata a sede e protege o bebê. Já o final é rico em gordura, fazendo o bebê engordar;

Por isso mamãe não esqueça: sempre inicie a próxima mamada naquele peito que o bebê mamou por último, para assim poder passar para o outro peito.

Até os 6 meses de vida, o seu filho precisa apenas do leite materno;

Não existe leite fraco;

Ofereça o peito sempre que o bebê quiser, de dia ou de noite;

Beba bastante líquido: água, suco ou leite; isso ajuda a produzir mais leite

Abuse das frutas, carnes, legumes, feijão e arroz;

Não consuma álcool, fumo ou outras drogas, nem tome medicamentos sem receita médica.

### **HIGIENE DO BEBÊ**

Mãezinha, antes de iniciar o banho do seu bebê lembre-se que a água deve ser limpa e nem muito quente nem muito fria;

Sempre inicie com a limpeza dos olhos, nariz e orelhinha;

Seque bem as dobrinhas do pescoço, bumbum, pernas e braços com pano limpo e macio para evitar assaduras;

Outra maneira de evitar irritação da pele do bebê é trocar as fraldas sempre que estiverem molhadas e sujas;

Ao fazer a troca, limpe a região íntima utilizando algodão ou um tecido muito suave. Nas meninas essa região deve ser limpa da frente para trás para evitar infecção.

“Aproveite cada momento junto a seu filho. Dê muito amor, carinho e afeto e promova assim um crescimento forte e saudável”.

---

## APÊNDICE 4

### CAPÍTULO IV: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Acompanhamento dos Usuários de Saúde Mental da Unidade Hilda Ferreira II										
1	Nome	Data de Nascimento	ACS	Endereço	Medicação em uso	CID 10	Data da última consulta	Usuário de drogas	Caso grave	Frequenta CAPS
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										

Planilha1

---

## **ANEXOS**

ANEXO 1

CAPÍTULO I: OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE

MATRIZ DE INTERVENÇÃO Helda Ferreira II

digitado

Descrição do padrão: <u>Atenção Integral à Saúde</u>						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: <u>Dificuldade de adesão dos usuários para Atenção Integral</u>						
Objetivo/meta: <u>Alcance da totalidade na assistência integral</u>						
Estratégias para alcançar os objetivos/metass	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Aproximar o usuário do serviço	Utilizar canais de conversas dinâmicas	Aparelho de Médica + materiais informativos	Participação dos usuários nos serviços	Equipe	*02 meses	E-SUS (Produção)
Motivar o usuário para utilização dos serviços	Promover temáticas de interesse do público	Cortez informativo + Material de mídia	Participação dos usuários no serviço	Equipe	*02 meses	E-SUS (Produção)
Ofertar e complementar ações de interesse	Dirigir palestras para pacientes de alto e médio grau	Foldetes informativos + Material de mídia	Aumento na procura dos usuários pelo serviço	Equipe	*02 meses	E-SUS (Produção)

**ANEXOS**  
**ANEXO A – Infraestrutura, Equipamentos e Materiais para a UBS**

INFRAESTRUTURA, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PARA A UBS (Padrões 3.1, 3.2 e 3.4)	
Nº	Descrição
Abrigo de resíduos sólidos	
Administração e gerência	
1	Cadeiras
2	Cesto de lixo
3	Estante ou armário
4	Mesa tipo escritório com gavetas
5	Quadro mural
6	Computador
Almoxarifado	
7	Armários
8	Cadeiras
9	Estantes - 03
10	Mesa
Área para abrigo de compressor e bomba	
Área de espera	
11	Bebedouro - 03
12	Cesto de lixo - 03
13	Suporte para TV e vídeo
14	Longarina - 03
15	Televisor
Área externa	
Área externa para embarque de ambulância	
Área de recepção	
16	Arquivos fichário de metal - 09
17	Cadeiras - 03
18	Mesa de escritório - 03
19	Mesa de impressora + impressora
20	Mesa de microcomputador + computador
Área de serviço	
21	Armários e bancadas
22	Tanque de louça ou de aço
Banheiro para funcionários	
23	Armário
24	Bacia sanitária - 03
25	Chuveiro - 03
26	Lavatório - 03

Continua...

Essa su  
indispen  
de equip  
suas esp  
e a atenc

A Un  
3.1 físic  
desen  
A UBS poss  
pisos, pared  
regulamenta  
Anexo A.

A Unid  
3.2 infraest  
atendim  
privada

A UBS disponi  
suficiente para  
nterrupção, er  
uários. Estes  
ogramação e  
ardisciplinar.

A Unid  
manutençã  
nstrument  
o realiza  
mento da

n tade  
nente  
s onais



## ANEXO 2

### CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

#### Questionário para Microintervenção

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

---

A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	x	
--	---	--

### ANEXO 3

#### CAPÍTULO VI: CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE HILDA FERREIRA II

##### Questionário para microintervenção

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

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?	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		x	

A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		x		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/m <sup>2</sup> ), 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	<b>x</b>	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	<b>x</b>	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>x</b>	
Encaminha para serviço especializado	<b>x</b>	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		<b>x</b>

---