



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 – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**EXECUÇÃO DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS POR UM MÉDICO
DA FAMÍLIA E COMUNIDADE NA UBS NIS I SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE GUAPOREMA – PR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

ANTONIO CARLOS BRAMBILA

NATAL/RN
2020

EXECUÇÃO DE MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS POR UM MÉDICO DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE NA UBS NIS I SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
GUAPOREMA – PR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANTONIO CARLOS BRAMBILA

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: MARIA BETANIA
MORAIS DE PAIVA

NATAL/RN
2020

Agradeço primeiramente à Deus, pelas oportunidades e pelas minhas conquistas. Também agradeço meu pai que sempre dedicou sua vida para minha formação, minha mãe que abriu mãos da sua profissão de professora para me educar e incentivar nos estudos, meu irmão e melhor amigo que me orientou durante minha formação acadêmica e médica. Agradeço a Deus pela família que tenho, pelo carinho, paciência que eles tiveram comigo. Não menos importante, agradeço aos meus colegas que estiveram comigo durante minha caminhada.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	05
2 - RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....	07
2.1 - ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.....	07
2.2 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	08
2.3 - RESULTADOS ALCANÇADOS.....	09
2.4 - CONTINUIDADE DAS AÇÕES.....	11
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14
APÊNDICE.....	16

1. INTRODUÇÃO

Atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) NIS I Saúde da Família, no município de Guaporema, localizado no noroeste do Paraná, há um ano. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população era de 2.219 com estimativa de 2.241 em 2020. O município contempla 2 UBS; a 1º responsável por consultas médicas, de enfermagem e equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a 2º responde por setores burocráticos como o agendamento de exames e consultas com especialistas além da consulta com a fisioterapeuta.

A área de abrangência da UBS tem responsabilidade sanitária com uma população de 2230 pessoas, sendo 543 na zona rural e 1687 na zona urbana. A equipe de Saúde da Família (eSF) é composta de: 1 médico, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 4 ACS, 1 farmacêutica. O serviço odontológico ocorre em uma unidade separada próxima as UBS. No território não há serviço de nutricionista e contamos com o auxílio de Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para execução de ações de saúde.

De acordo com a proposta pedagógica inicial do Programa de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS), as microintervenções escolhidas foram: (1) Acolhimento à demanda programada e à demanda espontânea; (2) Atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento e (3) Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. Em virtude do quadro de pandemia do COVID-19, a estrutura do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) passou por algumas adequações e desse modo a última intervenção não pode ser realizada, apesar de sua importância para o contexto local, uma vez que o município possui um grande número de hipertensos, diabéticos e tabagistas cadastrados.

Estas temáticas foram escolhidas, pois foram identificadas como as principais falhas no processo de trabalho da equipe e que eram passíveis de enfrentamento na perspectiva de transformação de práticas. Porém, dentre as escolhidas, o acolhimento a demanda programada e espontânea vem a ser a principal queixa dos usuários e dos profissionais de saúde, devido à grande demanda do dia-a-dia. e pelas agudizações das doenças crônicas no território. Outros motivos, porém não menos importantes contribui para conflitos na UBS como o modelo curativista, focado mais na doença que no doente adotado na unidade de saúde que prioriza mais as ações curativas do que preventivas; falta de profissionais qualificados para realizar o acolhimento e a existência de apenas um médico na unidade levando a um aumento na demanda por consultas médica e conseqüente desorganização da agenda, comprometendo assim o acesso de usuários ao serviço. Por esses motivos, os princípios do SUS como a equidade, a integralidade e universalidade acabam sendo comprometidos, desqualificando a assistência prestada por não atender com resolutividade as necessidades de saúde da comunidade.

As microintervenções assinaladas tiveram como finalidade melhorar a qualidade dos

atendimentos ofertados na UBS, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial dos pacientes, através do incremento de atividades educativas no cenário das práticas, ocorridas por meio de palestras, cartazes e folders, entre outras ações. Além disso, a realização de microintervenções promoveram uma maior e melhor aproximação dos usuários com a equipe, fazendo com que ocorra diminuição das agudizações das doenças crônicas.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) consiste em um relato de experiência fruto de intervenções realizadas no cotidiano de uma UBS, organizado nas seguintes seções: introdução do relato, metodologia, resultados alcançados, continuidade das ações e considerações finais.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Entende-se por demanda espontânea, a ida do usuário à UBS de forma inesperada, devido a um problema novo ou a agudização de problemas crônicos (BRASIL, 2013). Por outro lado, a demanda programada, é realizada pela forma de agendamento prévio (FRIEDRICH e PIERANTONI, 2006). Diante do exposto, conhecer o perfil da população, permite que haja o planejamento de atendimento, tornando possível um atendimento de qualidade. Segundo Mendes (2011) é necessário um equilíbrio entre as demandas, para o que o atendimento ocorra de forma humanizado, acolhedor, resolutivo sem afetar o acompanhamento longitudinal.

Desde o primeiro dia de serviço, em dezembro de 2018, me deparava com a porta da UBS repleta de pacientes, que na maioria das vezes, estavam à espera de transporte para levá-las às consultas com especialistas ou à realização de exames, sendo que grande parte dos casos apresentavam resolução na própria UBS. Fatores que levavam o aumento da demanda espontânea, era a falta do acolhimento, estratégia de grande importância e constitutiva das relações de cuidado (BRASIL, 2011c). Além disso, a falta de um sistema de triagem, capaz de assegurar ao paciente uma consulta em tempo hábil. Para Jimenez (2003) afirma que o sistema de triagem deve ser dinâmico, de fácil entendimento e aplicabilidade. Não havendo este processo, o quadro apresentado necessitava de intervenção.

Apesar de pouco tempo de experiência nesse serviço foi possível observar que os resultados almejados não dependem apenas dos profissionais de saúde, mas principalmente, da corresponsabilização da população. Nesse sentido, espera-se que as mudanças implementadas na forma de agendamento, triagem e acolhimento na UBS venha contribuir com a ampliação do acesso do usuário ao sistema de saúde, fortalecer o vínculo entre o usuário e a equipe, proporcionando um acesso de qualidade, humanizado e resolutivo, diminuindo de forma positiva a procura por serviços especializados.

A UBS como já descrito anteriormente está localizada na cidade de Guaporema no noroeste do estado do Paraná com uma população adscrito de 2230 pessoas, sendo 1687 na zona urbana e 543 na zona rural, composta por uma equipe multiprofissional. A ação teve início no período de janeiro de 2020. Os responsáveis pela ação foram: o médico, as equipes de enfermagem e ACS, contando com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Na perspectiva de organizar o processo de trabalho da equipe e organização da agenda foi necessária a aplicação de algumas medidas como a reformulação na forma de agendamento que antes acontecia por ordem de chegada e agora ocorre através de hora marcada, possibilitando ao usuário, maior comodidade; o estabelecimento de horários específicos para consultas para puericultura, ocorrendo duas vezes na semana; a inserção de palestras mensais sobre diversos assuntos de interesse para o usuário como tabagismo, diabetes, hipertensão arterial, entre outros; a orientação para a equipe responsável pelo acolhimento de como realizar a triagem com base no protocolo internacional de Manchester, que é um modelo de triagem

classificado em cores, baseado nos sinais e sintomas, no intuito de melhorar o acesso do usuário ao sistema. Desse modo, foi elaborado um cronograma de atividades disponível na seção apêndice.

Com relação a temática da Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento é importante destacar a importância das fases iniciais da vida, pois a partir das ações que nelas ocorrem, são refletidas no desenvolvimento da criança a curto e longo prazo. Portanto as ações aqui realizadas diminuem os riscos de morbimortalidade (ALMEIDA, AC et al). Desse modo se faz necessário distinguir do ponto de vista conceitual o termo crescimento do desenvolvimento que apesar de próximos têm significados distintos, crescimento diz respeito ao aumento do organismo, que se processa de forma harmônica em todas as partes, mas não ocorre com o mesmo ritmo e ao mesmo tempo, já o desenvolvimento significa o aperfeiçoamento gradual e diferencial das várias funções dos órgãos, ou seja, é a capacidade do indivíduo adquirir de forma harmônica habilidades cada vez mais complexas e especializadas. (BRASIL, 2012).

Além disso, o crescimento e desenvolvimento sofre influência de fatores externos e internos. Para Sabatés e Mendes (2007), todo ser humano nasce com potencial genético de crescimento e desenvolvimento, porém influenciados pelas condições de vida.

A prática da puericultura vai além do campo clínico. Representa uma concepção sócio-epidemiológica, atuando na relação saúde-indivíduo-família (DOMINGUEZ, 1998). O papel do puericultor tem como objetivo auxiliar e promover o vínculo mãe-filho, mantendo sua autoestima elevada, assegurando os melhores cuidados à criança. Portanto, o profissional não atende só as crianças e sim, famílias. De ante o exposto, a realização de palestras/reuniões com pais/responsáveis tem a vantagem de mesclar experiências entre os pais, sendo tão efetivo quanto ao atendimento individual (TAYLOR, J. A. et al 1997).

A realização de consulta especializada para o público infantil se fez necessário. No município de Guaporema, tendo em vista que a UBS tem cadastradas 392 crianças, sendo 209 do sexo masculino e 183 do sexo feminino. Além disso, 25% das consultas diárias estão relacionadas à puericultura.

Desse modo, essa intervenção pretende utilizar o momento da puericultura para orientar as mães a respeito da evolução da criança, tornando-as capazes de reconhecer algo que não está de acordo com o desenvolvimento saudável em tempo hábil para que se realize o diagnóstico precoce de possíveis distúrbios assim como prevenir as sequelas. Essas informações também serão reforçadas por meio de atividades de educação em saúde.

Assim a segunda intervenção teve início em janeiro e se estendeu até o mês de março de 2020 contando com o apoio dos mesmos atores implicado no projeto da organização da demanda. Foi adotada a seguinte metodologia: foram destinados horários específicos para consultas para puericultura, ocorrendo duas vezes na semana; o preenchimento da carteirinha

de saúde da criança era realizado pela enfermagem, antes da consulta médica e a inclusão de atividades educativas na agenda de prioridade da UBS com uma frequência bimestral e duração de aproximadamente 01 hora, trazendo para o debate e reflexão entre pais/responsáveis e profissionais da eSF assuntos relacionados à saúde da criança tais como: nutrição; obesidade; distúrbios alimentares; distúrbios carenciais de micronutrientes, crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência; distúrbios estaturais e puberais; imunização, entre outros.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Após a reformulação da triagem através da utilização do Protocolo de Manchester, e do agendamento de consultas, foi observada uma redução do número absoluto de consultas médica, durante o período, na Tabela 1.

Tabela 1 – Números de consultas referente ao mês de janeiro 2019 e 2020.

CONSULTAS MÉDICAS	
JANEIRO 2019	JANEIRO 2020
630	546

Em relação as demandas espontânea e programada, já se esperava a prevalência das consultas por livre demanda. No entanto, ao comparar a relação entre demanda espontânea e programada nos anos de 2019 e 2020 observa-se um decréscimo conforme os dados da Tabela 2.

Tabela 2 – Demanda programada x espontânea referente ao mês de janeiro 2019 e 2020.

JANEIRO 2019	JANEIRO 2020
Demanda Programada (273)	Demanda Programada (231)
Demanda Espontânea (357)	Demanda Espontânea (315)

Além disso, podemos notar na tabela 3, a diminuição nos encaminhamentos para especialistas e realização de exames de imagem e/ou laboratorial.

Tabela 3 – Encaminhamentos para especialistas e exames de imagem e/ou laboratorial referente ao mês de janeiro 2019 e 2020.

JANEIRO 2019	JANEIRO 2020
Procura por especialistas (420)	Procura por especialistas (386)
Exames de imagem e/ou laboratorial (400)	Exames de imagem e/ou laboratorial (350)

De acordo com a tabela 4, os especialistas mais procurados em janeiro de 2019 foram oftalmologia (97) seguida da ortopedia (87). Porém em janeiro de 2020, a ortopedia (112) foi a especialidade mais procurada. Por outro lado, nefrologista, neurologista e geriatras foram os menos procurados em janeiro dos dois anos.

Tabela 4 – Especialidades procuradas em janeiro 2019 e 2020.

JANEIRO 2019		JANEIRO 2020	
Oftalmologia	97	Ortopedia	112
Ortopedia	87	Oftalmologia	85
Ginecologia	57	Ginecologia	60
Cardiologia	50	Cardiologia	46
Pediatria	49	Pediatria	35
Psiquiatria	40	Psiquiatria	26
Psicologia	17	Psicologia	7
Endocrinologia	6	Endocrinologia	4
Nutrição	6	Nutrição	4
Dermatologia	5	Dermatologia	2
Geriatria	3	Geriatria	2
Nefrologia	2	Neurologia	2
Neurologia	1	Nefrologia	1
TOTAL	420	TOTAL	386

Na micointervenção no campo da puericultura, obtivemos resultados poucos expressivos. Pode-se observar na Tabela 5 que houve uma variação na quantidade de consultas nos dois primeiros meses com uma abrupta queda no mês de março.

Tabela 5 – Consultas de puericultura referente ao mês de janeiro à março de 2020.

CONSULTAS PEDIÁTRICAS (2020)		
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
189	248	73

O aumento de consultas ocorrido entre janeiro e fevereiro pode ser explicado pelo retorno às escolas, com aumento do convívio social. Porém, entre fevereiro e março teve início no país a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) ocasionando uma queda, significativa, das consultas, pois foi necessário a implementação de novas medidas para evitar a transmissão do vírus, no âmbito da eSF, tais como: isolamento social, atendimento voltado para queixas

respiratórias de caráter de urgência e emergência e priorização do atendimento de urgência e emergência.

Em relação às queixas referidas pelos pais/ responsáveis, podemos observar na Tabela 6, a prevalência de febre (26,47%) seguida de dor de garganta (25,09%), sintomas estes prevalentes no retorno as aulas. Já diarreia (8,82%) e perda do apetite (5,49%) foram queixas levantadas pelos pais com preocupações sobre possíveis carências nutricionais. Já outras queixas (7,64%), contemplam dores articulares, lesão de pele, etc.

Tabela 6 – Queixas referidas pelos pais/responsáveis durante consulta médica durante os meses e janeiro à março de 2020.

QUEIXAS REFERIDAS PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS	TOTAL	%
Febre	135	26,47%
Náusea e Vômito	48	9,41%
Dor abdominal	20	3,92%
Dor de garganta	128	25,09%
Tosse	67	13,13%
Diarreia (origem alimentar)	45	8,82%
Perda do apetite	28	5,49%
Outras	39	7,64%
Total	510	100%

Esta microintervenção, mostrou-se necessária e de extrema importância sendo comprovada através da Tabela 7, pelo aumento da procura dos pais/responsáveis. Em relação ao mês de março, não foram realizadas palestras devido à pandemia.

Tabela 7 – Números de pais/responsáveis x mês.

MÊS	PAIS/RESPONSÁVEIS
Janeiro	84
Fevereiro	128
Março	0

CONTINUIDADE DAS AÇÕES

Embora o tempo de microintervenção não tenha sido suficiente para uma avaliação mais expressiva, pois precisaram ser paralisadas em função da pandemia do coronavírus, obtivemos resultados ínfimos, porém satisfatórios ao perceber a adesão do público alvo as convocações da equipe. Desse modo, as microintervensões são passíveis de continuidade independente da eSF que esteja à frente na UBS. Como fruto desse trabalho houve uma aproximação da população com a equipe de saúde devido as melhorias na forma de acolhimento com a reestruturação e

organização das demandas espontâneas e programadas e a inclusão sistemática de atividades educativas e rodas de conversas na UBS.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim pode-se concluir que a microintervenção que trouxe a temática da demanda espontânea e programada de uma UBS como objeto de estudo, foi de grande valia tanto para a equipe quanto para o usuário. Mas para conseguir realizá-la foi necessária persistência e paciência, de ambas as partes. Chama-se atenção para estas características, pois na UBS cenário de prática desse relato, trabalhar com objetivo de trazer melhorias para a UBS e principalmente para o bem-estar biopsicossocial do paciente é um desafio que está posto.

Com relação à saúde da criança foi constatada uma puericultura ineficaz, com preenchimento parcial da carteirinha da criança e assim ocasionando o aumento da procura por consultas médica. Com a realização dessa microintervenção toda equipe pôde compreender o quão importante é a puericultura para os pais e principalmente, para as famílias quando realizada de forma rotineira.

Como nem tudo são maravilhas, muitas dificuldades foram enfrentadas ao longo desse processo para obter os resultados conquistados. Se por um lado, estava uma população que buscava a UBS apenas para tratamento curativo, atestados, atendimento especializado e exames, sem intenção de obter conhecimento da patologia que o acometia em consonância com a cultura local. Por outro lado, a equipe em questão era composta por poucos profissionais que na sua maioria não tinha interesse de realizar tratamento preventivo. Portanto apesar das resistências, foi possível cumprir com as atividades preconizadas pelo curso.

As microintervensões propostas pelo Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS) foram interessantes para a qualificação profissional na medida em que possibilitou colocar em práticas meus conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica e ao perceber que as mudanças realizadas nos campos propostos contribuíram para melhorar a qualidade de vida da população assistida só ratifica a responsabilidade sanitária de cada um no contexto da atenção básica.

Através da prática cotidiana e de registro da literatura acerca da dinâmica na Atenção Primária à Saúde (APS), chega-se à conclusão que não existe um método específico ou uma receita de bolo padrão para todas as UBS, pois o processo de trabalho, sempre deverá ser contínuo e permanente com planejamento estratégico da equipe. Além de que as pessoas tem características diferentes as quais modelam a comunidade com diferentes queixas, necessidades, costumes e culturas. A revisão e experiência mostraram que existem ocasiões oportunas todos os dias para uma aproximação, capaz de criar um vínculo com o paciente, que na maior parte das vezes, não se sente devidamente acolhido e com suas queixas valorizadas. Acolhê-lo de forma empática e de forma organizada se faz necessário para prestar um serviço de qualidade, resolutivo que atenda as necessidades de saúde da população adscrita.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Claudia de et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil—Revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica, nº 33, volume I**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p. 107, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. **Cadernos de Atenção Básica, nº 28, volume I**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, p. 21, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e Manuais técnicos. **Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I**. Brasília, 2011c. Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/pulbicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf. Acesso em 2 jan.2020

DOMINGUEZ, Benito Narez Ramos. O Programa de Saúde da Família: como fazer. In: **O programa de saúde da família: como fazer**. 1998. p. 219-219. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 2 ago. 2020.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; PIERANTONI, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, p. 83-97, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a06.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020

GÓMEZ JIMÉNEZ, Josep. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **emergencias**, v. 15, p. 165-74, 2003. Disponível em : <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>. Acesso em 4 ago. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guaporema/panorama>. Acesso em 22 jun. 2020.

MENDES, E. V. Os cuidados das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, apud CARVALHO, F. J. S. Projeto de intervenção mediante estratégias para controle e redução da elevada demanda espontânea no centro de saúde Vila Cemig – Belo Horizonte/MG. UFMG, 2015. Disponível em : <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6057.pdf>. Acesso em 3 jan.2020.

SABATÉS, Ana Llonch; DE OLIVEIRA MENDES, Leila Cristina. Perfil do crescimento e desenvolvimento de crianças entre 12 e 36 meses de idade que freqüentam uma creche municipal da cidade de Guarulhos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 164-170, 2007 apud BRAGA, Ana Karolina Paiva; RODOVALHO, Juliana Campos; FORMIGA, Cibelle Kayenne Martins Roberto. Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças pré-escolares de zero a dois anos do município de Goiânia (GO). **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 2, p. 230-239, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/jhgd/article/view/20011/22097>. Acesso em: 12 fev. 2020.

TAYLOR, James A.; DAVIS, Robert L.; KEMPER, Kathi J. A randomized controlled trial of group versus individual well child care for high-risk children: maternal-child interaction and developmental outcomes. **Pediatrics**, v. 99, n. 6, p. e9-e9, 1997.apud BLANK, Danilo. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, v. 79, p. S13-S22, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03>. Acesso em: 05 fev. 2020.

5. APÊNDICE

HORÁRIO DE CONSULTAS MÉDICA					
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Consulta Médica	Consulta Médica	Consulta Médica	Consulta Médica	Visita Domiciliar
		Puericultura		Puericultura	
TARDE	Consulta Médica		Consulta Médica		Consulta Médica