



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

**MICROINTERVENÇÕES NA UBS CIDADE NOVA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

THOMAZ VIEIRA CESAR

NATAL/RN
2018

MICROINTERVENÇÕES NA UBS CIDADE NOVA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

THOMAZ VIEIRA CESAR

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: Jânio Rodrigues Rêgo

Coorientadora: Dhyanine Morais de Lima

DEDICATÓRIA

Aos MEUS FAMILIARES pela disponibilidade em me ajudar e apoio nas dificuldades encontradas.

Aos MEUS AMIGOS E AMIGAS DA EQUIPE 012 DA ESF DE MACAPÁ pelo apoio incondicional independente das dificuldades

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Jânio Rodrigues Rêgo e Prof^a Dhyanine Morais de Lima, pela orientação e esclarecimentos durante esse trabalho.

À Enf^a Patricia Auristella Nobre de Souza Silva, aos técnicos(as) de enfermagem Aldo Lopes da Costa, Antonica Gomes da Silva, Célia Mara Mendes Holanda, Lindomar Dos Santos Souza, aos agentes comunitários de saúde Jacinete Cordeiro da Costa, Márcio Souza Mendes, José Roberto Marques da Silva, Rosilene Ferreira das Neves, Simone Costa de Souza, Valdirene dos Santos Leal pelo acolhimento que me proporcionaram à equipe 012, pelo comprometimento e amor destinados ao trabalho e pela prestatividade e proatividade que sempre demonstraram.

RESUMO

As microintervenções representam uma maneira eficaz de modificar gradualmente a atuação de equipes de saúde da família, a fim de torná-la compatível com o padrão pré-estabelecido pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O objetivo desse trabalho foi alinhar o trabalho da equipe por meio de estimulação à realização de microintervenções. Mensalmente aderíamos a um módulo na especialização, no qual havia um componente teórico sobre o padrão esperado e ao fim dos módulos devíamos realizar uma microintervenção. Ao todo foram realizadas seis microintervenções sobre os assuntos “Observação na Unidade de Saúde”, “Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada”, “Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério”, “Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde”, “Atenção à Saúde da Criança Crescimento e Desenvolvimento”, “Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde” e “Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde”. Como resultado tivemos um maior conhecimento das necessidades da população adscrita, melhora do serviço prestado a população e um alinhamento da atuação da equipe às normas do PMAQ. Espera-se que as microintervenções possam ser incorporadas às demais equipes de saúde da família da unidade para que haja um acréscimo de qualidade ao serviço

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	.....	6
CAPITULO I	.....	7
CAPITULO II	.....	13
CAPITULO III	.....	16
CAPITULO IV	.....	19
CAPITULO V	.....	23
CAPITULO VI	.....	26
CAPITULO VII	.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	.....	38
REFERENCIAS	.....	39
APENDICES	.....	40
ANEXOS	.....	46

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste no conjunto de seis microintervenções realizadas pela equipe de saúde da família 012 na Unidade Básica de Saúde (UBS) - Cidade Nova - Macapá – Amapá, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - PEPSUS, em 19 de fevereiro de 2018. O objetivo desse trabalho foi, através de diversas microintervenções, alinhar a atuação da equipe com as normas do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

1. Seis capítulos nos quais cada um representa uma microintervenção realizada pela equipe de saúde da família 012 na UBS Cidade Nova.
2. Um capítulo destinado a realizar a síntese para o monitoramento, avaliação das intervenções e um plano de continuidade
3. Considerações Finais.
4. Documentos de apoio estão apresentados nos anexos e apêndices.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

A realização desta micro intervenção ocorreu na Unidade Básica de Saúde - Cidade Nova no município de Macapá no estado do Amapá. É importante ressaltar que a unidade está ocupando um espaço físico improvisado e temporário, visto que o local e a estrutura oficiais estão reforma. Infelizmente, por se tratar de algo temporário, a edificação não é suficiente para suprir a necessidade de todas as equipes que trabalham na unidade. Entre as medidas temporárias cita-se: algumas salas são revezadas entre as equipes, outras possuem mais de uma função, e outras que deveriam existir, sequer existem.

Esta microintervenção aconteceu por meio de duas etapas. Ela necessitou da execução de duas das cinco grandes dimensões do eixo de desenvolvimento transversal do “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)” (BRASIL, 2017a).

A primeira etapa tratou-se da realização da “Autoavaliação para Melhoria do Acesso da Qualidade (AMAQ)” com o intuito de detectar quais padrões de qualidade necessitariam de melhorias. Na AMAQ, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes, enquanto que padrão é conceituado como a declaração da qualidade esperada. Eles são avaliados por meio de uma escala numérica (de 0 a 10). Foi considerado passível de intervenção o padrão com pontuação igual ou inferior a 5 ou seja, insatisfatório ou muito insatisfatório (BRASIL, 2016).

Para a realização da primeira etapa, foi convocada uma reunião com todos integrantes da equipe 012 da saúde da família de Macapá - AP. Nessa reunião houve a presença do médico da equipe, da enfermeira, de quatro técnicos de enfermagem e de seis agentes comunitários de saúde. Realizou-se a resolução completa da parte I da AMAQ, referente às equipes de atenção básica e programa saúde na escola: gestão municipal (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que a AMAQ foi norteadada pelos objetivos centrais e pelas diretrizes do PMAQ, visando promover reflexões sobre as responsabilidades dos atores envolvidos na gestão municipal e equipe de atenção básica.

Antes da realização da mesma, foi explicado que se tratava de um exercício que visava uma análise real da situação, com o objetivo identificar as potencialidades e as fragilidades que necessitavam de soluções. Além disso foi estabelecido uma escala de notas de acordo com o tutorial da AMAQ:

- 0 a 2: Muito insatisfatório
- 3 a 5: Insatisfatório

- 6 a 7: Regular
- 8 a 9: Satisfatório
- 10: Muito satisfatório

Ao todo foram identificados 28 subdimensões com nota igual ou inferior a 5, sendo assim, passíveis de intervenção. Foi escolhida a subdimensão 4.55:

A equipe institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação da AB (BRASIL, 2016).

Nossa autoavaliação atribuiu nota 0 a essa subdimensão, visto que a equipe não possuía nenhum mecanismo de atividade nesse sentido. Para a realização da intervenção foi seguida a seguinte matriz de intervenção (TABELA 1)

TABELA 1 - MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão: “A equipe institui mecanismos e processos de acolhimento de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe procura debater criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do processo de trabalho e qualificação da AB.”	
Descrição da situação problema para o alcance do padrão: A equipe não realizava nenhuma atividade nesse sentido.	
Objetivo/meta: Criar e/ou implementar canais de comunicação permanentes com os usuários	
Estratégias para alcançar os objetivos/met	Convocação e participação de todos os membros da equipe 012 do município de Macapá - AP. Explanação sobre a atual situação da equipe, provocar reflexão sobre o padrão ideal e debater a microintervenção proposta
Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	1- Entrevista com usuários da UBS Cidade Nova adscritos da equipe 012 por meio da realização do instrumento de avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2017a), blocos: III.3 - Identificação do usuário; III.19 - Mecanismos de participação e interação dos usuários; III.21 - Satisfação com o cuidado; e espaço aberto para críticas e sugestões subjetivas (Anexo A) 2- Debate sobre os resultados com a equipe para propor as intervenções ao alcance da equipe
Recursos necessários para o	Realização do instrumento de avaliação externa do PMAQ (BRASIL, 2017a), blocos: III.3 - Identificação do usuário; III.19 - Mecanismos de

desenvolvimento das atividades	participação e interação dos usuários; III.21 - Satisfação com o cuidado; e espaço aberto para críticas e sugestões subjetivas
Resultados esperados	Descoberta das opiniões dos usuários sobre a atuação da equipe. Exemplos: elogios, críticas e sugestões
Responsáveis	Todos profissionais da equipe 012
Prazos	Uma semana para realização das entrevistas e uma semana para discussão das queixas apresentadas junto com as intervenções ao alcance da equipe
Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados	Discussão e descoberta de soluções para os problemas encontrados durante as entrevistas

Fonte: Matriz de intervenção criada pela equipe 012 - UBS Cidade Nova

Como citado, foi realizada uma entrevista com base no módulo III da avaliação externa da PMAQ, mais precisamente nos blocos “III.3 - Identificação do usuário”; “III.19 - Mecanismos de participação e interação dos usuários”; “III.21 - Satisfação com o cuidado”; e espaço aberto para críticas e sugestões subjetivas (BRASIL, 2017a) (ANEXO A).

Os critérios de exclusão, assim como os preconizados pela avaliação externa do PMAQ, para a realização da entrevista foram: 1- Usuários que estavam indo à unidade pela primeira vez, 2- Usuários que não frequentaram a unidade há mais de 12 meses, 3- Usuários menores de 18 anos, 4- Usuários que recusaram participar (BRASIL, 2017a).

Após isso, a equipe de saúde da família percebeu que, com relação aos “mecanismos de participação e interação dos usuários”, a maioria dos usuários nunca precisou fazer uma reclamação/sugestão na unidade básica de saúde (UBS), todos responderam que enxergam a equipe como melhor canal para realização de reclamação ou sugestão, a maioria desconheceu a existência de telefone da ouvidoria de reclamações do município, ouvidoria do ministério da saúde, de conselho local de saúde e negou convite por parte dos profissionais para opinar sobre o funcionamento e organização da UBS.

Com relação à “satisfação com o cuidado” todos os usuários responderam que não mudariam de equipe, todos avaliaram o cuidado da equipe e atendimento como “bom” ou “muito bom”, todos recomendariam a UBS para um amigo ou familiar e a média de notas atribuída à equipe foi de 9.25.

Alguns usuários expressaram suas reclamações subjetivas como a volta de visitas domiciliares independente de a família possuir ou não membros idosos, acamados, e a mudança para um ambiente com espaço maior para atender a população, esse último

relacionado a uma queixa estrutural a unidade, visto que a UBS está funcionando em um espaço temporário por motivos de reforma.

As maiores dificuldades para a execução dessa microintervenção foram, em primeiro lugar, compreender o conceito de uma microintervenção e, em segundo, mobilizar a equipe para a realização da mesma. Contudo, essa última foi solucionada após conscientização sobre a importância da realização da mesma junto com a potencialidade de melhoria dos serviços prestados pela equipe. Afinal, o usuário é a melhor pessoa para apontar essas fragilidades e a equipe de saúde da atenção básica não pode ignorá-las. Diante disso, apesar de os resultados sobre “mecanismos de participação” e “satisfação do usuário” com relação à equipe e UBS terem sido, em sua maioria positivos, a equipe conseguiu identificar alguns pontos e reclamações antes não percebidos e que agora foram capazes de sofrer intervenções.

Essa microintervenção nos permitiu conhecer melhor as queixas dos usuários da UBS que antes não éramos capazes de perceber. Logo, fomos capazes de debater e refletir de maneira melhor sobre as reais dificuldades da equipe. A intenção é que essa microintervenção continue a fim de diagnosticarmos e solucionarmos cada vez mais fragilidades da equipe. Para o futuro, esperamos empregar esse protocolo de pesquisa em cada vez mais usuários e também implementar durante as visitas domiciliares para tornar o grupo de entrevistados cada vez mais heterogêneo e, assim, assemelhar-se ainda mais com a realidade da população da área adscrita por nossa micro área.

A segunda etapa solicitou a criação ou a demonstração de um mecanismo de monitoramento de um dos doze indicadores de desempenho na Unidade de Saúde. São eles: acesso e continuidade do cuidado (média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante; percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea; percentual de atendimentos de consulta agendada; índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; razão de coleta de material citopatológico do colo do útero; cobertura de primeira consulta odontológica programática), coordenação do cuidado (percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida), resolutividade da equipe de atenção básica (percentual de encaminhamentos para serviço especializado; razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas), abrangência da oferta de serviços (percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica; percentual de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal) e para o NASF foi definido como indicador de desempenho o índice de atendimentos realizados pelo NASF. Foi escolhido o indicador de desempenho pactuado “média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante”.

Esse indicador mede a relação entre a produção de atendimentos de médicos e enfermeiros na Atenção Básica e a população cadastrada no e-SUS AB/SISAB na mesma área geográfica. Ações que promovem a melhoria do indicador são: planejamento de ações no território que possam refletir na garantia de acesso da população ao cuidado ofertado pelo médico e enfermeiro. O parâmetro esperado para o indicador é 1.8 consultas/habitante/ano (0,15 consultas/habitante/mês) (BRASIL, 2017b).

Foi feita a consulta da produção mensal da equipe para a obtenção desses dados e, após isso, realizado o cálculo para determinar a média, levando-se em consideração a quantidade da população cadastrada em sua microárea. Após isso foi montada uma tabela no Word para detalhar o desempenho do indicador de cada mês:

TABELA 2 - MÉDIA DE ATENDIMENTOS DE MÉDICO E ENFERMEIRO POR HABITANTE ENTRE OS MESES DE JANEIRO À ABRIL

Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Atendimentos (medico + enfermeira)	134 (57 + 77)	138 (90 + 48)	152 (152 + 00)	242 (161 + 81)
Média de atendimentos por habitante	0,05	0,05	0,05	0,09
Observação	As atividades do médico iniciaram no decorrer do mês	Mês atípico devido quantidade de dias reduzidos	Enfermeira esteve de licença por motivos de saúde	Único mês sem qualquer intercorrência que compromettesse os números de atendimentos.

Fonte: Produções mensais do médico e enfermeira da equipe 012 - UBS Cidade Nova - Macapá - AP

A equipe percebeu que ainda está com resultado inferior comparado com o parâmetro esperado. Contudo, é importante ressaltar que a equipe tem trabalho com afinco diante das limitações estruturais da unidade, visto que a mesma se encontra em reforma e, em diversos momentos, trabalha no método de revezamento de salas e com o horário extremamente prejudicado. Espera-se que após a entrega da nova unidade que está prevista para os meses

maio-junho/2018, a equipe possa normalizar o fluxo de atendimentos e atingir o parâmetro preconizado de atendimentos.

CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

A atenção básica pode resolver grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, desde que tenha a capacidade de identificar/compreender as variadas demandas de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (BRASIL, 2011).

Para acolher as demandas da comunidade não basta distribuir senhas e encaminhar todas as pessoas ao atendimento médico, pois o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Para isso, é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que adoeceria? (BRASIL, 2011).

Com frequência as equipes planejam a agenda distribuindo a maior parte das vagas de consultas para atendimento à demanda programada e um quantitativo menor das vagas para demanda espontânea. Um problema que surge nessa forma de organização é que ela não permite flexibilizar a agenda conforme as necessidades da comunidade, além de, frequentemente, levar a demora nos atendimentos por agendas lotadas (MURRAY; BERWICK, 2003).

O acesso avançado, que tem por objetivo reduzir as filas de espera na Atenção Primária. De acordo com este modelo, os pacientes que necessitam de atendimento são atendidos no mesmo dia pelas de sua equipe de atendimento. Isso evita que pacientes sejam direcionados para atendimento com um membro de outra equipe que é desconhecido, mesmo que seu próprio médico ou enfermeiro esteja presente, isso porque a agenda de consultas do médico/enfermeira de sua referência está lotada. Nesse caso a continuidade dos cuidados fica prejudicada, pois o fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis. Este modelo pode melhorar a continuidade porque todos os médicos/enfermeiros têm agendamentos disponíveis (MURRAY; BERWICK, 2003).

O principal objetivo do projeto do acesso avançado é fazer o trabalho do dia no mesmo dia que a demanda apareça. Contudo, algumas demandas podem ser agendadas para o futuro, isto é, por meio de consultas agendadas ou na forma de visitas domiciliares, estando a critério da equipe e da classificação de risco do paciente (MURRAY; BERWICK, 2003). Percebe-se que o acesso avançado é um modelo plausível de se implementar em qualquer unidade de saúde, como a UBS Cidade Nova - Macapá - AP, em que a equipe se comprometa com a metodologia proposta.

Com isso, a realização dessa microintervenção iniciou por meio da convocação da reunião semanal da equipe. A reunião contou com a presença do médico, enfermeira, técnicos (as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nessa reunião coube ao médico explicar sobre o conceito do acesso avançado. O médico utilizou os textos disponíveis na especialização como referencial teórico. Além disso, vídeos e leituras complementares foram divulgados entre os membros. Após essa etapa, a equipe pode debater e refletir sobre sua atuação naquele momento. Houve uma certa rejeição e receio por parte de alguns profissionais da equipe para com o acesso avançado. Contudo, foi proposta uma melhor explanação e comparação com o atual mecanismo de trabalho em vigor. Diante disso, a equipe percebeu que o processo de trabalho presente englobava certos traços conceituais do acesso avançado e que aquela rejeição, tratava-se da angústia gerada pelo sentimento de mudança. Sendo assim, a microintervenção deteve-se em um aperfeiçoamento para implantar o acesso direto.

Os maiores impactos dessa intervenção foram a conscientização da equipe e a possibilidade de, no futuro, ela ser capaz de atender uma maior quantidade de demandas do dia. Desse modo, a equipe seria capaz de corresponder às necessidades ocasionais da população, tornando o serviço ainda mais próximo da demanda da população. A intenção é que esta intervenção possa avançar nas etapas subsequentes, como a maior divulgação e empoderamento dos usuários. Afinal, apesar de a equipe sempre atender às demandas espontâneas existentes, o público ainda desconhece que essa medida faz parte do modo de trabalho da equipe. No imaginário das pessoas que procuram a unidade por meio da demanda espontânea, há a enorme possibilidade de a equipe recusar o atendimento. Portanto, também há a necessidade de informar os usuários sobre o funcionamento do acesso avançado, pois o sucesso dessa prática só será percebido se a população também for capaz de compreender sua essência.

A maior preocupação da equipe foi que a divulgação dessa informação faça com que aja uma superlotação de atendimentos, gerando estresse entre os usuários. Contudo, a equipe está disposta a manter um canal constante de comunicação com os pacientes para que possa escutar as queixas e sugestões da população, e assim melhorar o serviço prestado.

Nos meses seguintes a equipe espera aumentar a proporção dos atendimentos do dia em detrimento aos agendados. Na primeira quinzena de maio, a proporção de atendimentos agendados e consultas do dia foram de 61,64% e 38,35% respectivamente, e a intenção é inverter esses números no futuro para que possa exercer uma função mais resolutiva, menos burocrática e mais ágil.

CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

O bom atendimento ao planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério são fundamentais no âmbito da atenção básica. A UBS Cidade Nova, localiza-se em um bairro predominantemente habitado por pessoas de classe econômica menos favorecida, onde se tem uma grande incidência de gravidez ao longo do ano e que estão expostas aos problemas sociais de maneira mais frequente quando comparado com outras regiões do município. A realização dessa micro intervenção iniciou durante a reunião semanal da equipe, que contou com a presença do médico, enfermeira, técnicos (as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No primeiro momento, foi sugerido a reflexão sobre alguns pontos sobre o trabalho da equipe que envolviam assuntos como o planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério.

Com relação ao planejamento reprodutivo, a equipe concluiu que não realizava a promoção de nenhuma ação educativa para homens e mulheres sobre a decisão de ter filhos (as). Os métodos contraceptivos básicos eram (e ainda são) ofertados de maneira eficaz à população, sendo feita a abordagem adequada quanto à necessidade de utilização de cada um deles. Não era feito nenhuma discussão sobre diversidade sexual, contudo há uma permanente orientação para os pacientes quanto a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (ISTs) e a importância da utilização de preservativos. A equipe também realizava (e continua realizando) a notificação e encaminhamentos adequados dos casos diagnosticados de HIV, apesar das poucas ocorrências recentes. Os pacientes com as demais doenças sexualmente transmissíveis têm recebido (e continuarão recebendo) os tratamentos apropriados e de acordo com os manuais do ministério da saúde. Por fim, foi notado que não havia nenhum tipo de discussão de saúde sexual em grupos, como jovens, gestantes e idosos.

Com relação ao pré-natal e puerpério, a busca ativa e o levantamento periódico das gestantes do bairro ocorrem de maneira adequada e constante. A caderneta da gestante, exames complementares da gestação e o tratamento delas (e dos parceiros, se necessário), em caso de infecção por IST, são realizados respeitando as particularidades da gestação. As orientações nutricionais, hábitos de vida saudáveis e a instrução sobre a importância do retorno para a consulta de puerpério poderiam ser melhores debatidos entre as gestantes, pais e profissionais responsáveis. Diferente desses, a orientação sobre a amamentação e da sua importância para o bem-estar do bebê é feita (e continuará ocorrendo) a cada consulta do pré natal, sempre estimulando a gestante e pai da criança a compartilhar as eventuais dúvidas e inquietações para que o médico ou a enfermeira da equipe possam esclarecer e, assim, diminuir queixas futuras e as angústias geradas por ela.

Diante disso, a equipe percebeu que tem deixado de realizar ações educativas e orientações pertinentes englobando prevenção e promoção de saúde. Sendo assim, optou por distribuir informativos com orientações gerais com relação aos cuidados nutricionais na gestação, uma vez que recomendações como essas seriam responsáveis por melhorar boa parte das principais queixas decorrentes e existentes na gestação. Nele havia recomendações gerais sobre nutrição, para prevenir anemia, náuseas, vômitos, azia e prisão de ventre. Além do mais, alertava as gestantes sobre a importância do acompanhamento pelo serviço de nutrição da unidade.

Essa microintervenção tem importância fundamental, tendo em vista que o estado nutricional da mãe tem efeito determinante no crescimento do feto e no peso do recém-nascido. Isso é importante do ponto de vista de saúde pública, pois o peso ao nascer é um dos parâmetros que mais se relaciona com a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento mental do recém-nascido (SANTOS *et al.*, 2006).

Portanto, a equipe decidiu entregar um informativo (APÊNDICE A) para cada uma das 23 grávidas da microárea em cada uma das consultas de pré-natal realizadas. A leitura das recomendações foi feita em conjunto com a paciente e o respectivo acompanhante, e o profissional colocou-se à disposição para eventuais dúvidas extras que poderiam surgir. A elaboração desse formulário estimulou a equipe a pesquisar as principais recomendações alimentares para as gestantes, levando em consideração, principalmente, a condição sócio econômica e cultural da população adscrita pela equipe.

Essa microintervenção possibilitou um maior conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em gestantes e contribuiu para diminuir algumas das queixas mais frequentes no ambulatório e nas consultas de pré-natal, como anemia, náuseas, azia, constipação e a angústia gerada por esse quadro, tornando as grávidas mais confiantes e seguras sobre a alimentação e menos dependentes de medicações sintomáticas, repercutindo positivamente sobre o quantitativo mensal da farmácia da unidade.

A maior dificuldade foi a imersão da equipe em um assunto pelo qual ainda não havia o conhecimento adequado. Pois, as orientações anteriormente repassadas às grávidas eram muito superficiais e devido a periodicidade alargada entre as consultas do serviço de nutrição da unidade, as gestantes sentiam-se desinformadas quanto a alimentação mais adequada para o período gestacional.

Para o futuro, a equipe planeja realizar atividades em conjunto com o serviço de nutrição, pois, atualmente, o NASF realiza apenas consultas quinzenais na unidade e, na

imensa maioria das vezes, não é capaz de suprir a demanda por completo. As atividades em conjunto permitiriam uma maior interação das gestantes para com o serviço multidisciplinar da unidade. Isso torna-se pertinente, pois todos profissionais devem atuar em conjunto para o benefício e acolhimento das gestantes da área. Entre as atividades propostas, surgiu, como metas para o futuro, a criação de grupos de gestantes para debate sobre a importância de uma alimentação saudável, no qual haveria espaço para o compartilhamento de informações e relato de casos entre as participantes, a fim de torna-las mais confiantes em si e na própria atividade da equipe. Além disso, há a possibilidade de incorporar outros profissionais do NASF nesses grupos, como os da psicologia e educadores físicos.

CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Essa microintervenção teve início durante a reunião semanal da equipe. Contou com a participação do médico, enfermeira, técnicos (as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Foi iniciada uma análise sobre a situação dos pacientes de saúde mental da área adscrita.

Foi decidido realizar uma autoavaliação da equipe. Para isso, foi utilizado o “checklist” que será executado durante a avaliação externa do PMAQ, tais como: “a equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral?”; “a equipe básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico?” e “a equipe possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?” (BRASIL, 2017a).

Diante disso, a equipe percebeu que: não possuía nenhum registro dos usuários crônicos de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como de ansiolíticos. Não possuía registro do número de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico. A equipe também não possuía registro dos usuários com dependência decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Além disso, a equipe também percebeu que faltava na documentação de certas informações que PMAQ exige, como: “Como são agendadas as consultas para as pessoas em sofrimento psíquico?; “Qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?”; “A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos – benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral – para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?”, afinal não havia qualquer forma de planejamento de consultas para pessoas com sofrimento psíquico, nunca fora calculado o tempo de espera para o primeiro atendimento dessas pessoas, tampouco realizada ações para os usuários crônicos de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos, para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado.

A equipe percebeu que esse acompanhamento está distante do padrão desejado e necessário. Alguns dos motivos levantados para essa possível atuação insuficiente foram:

(1) desconhecimento, por parte de alguns membros, da função da equipe de atenção básica no tratamento de pacientes de saúde mental, (2) receio excessivo de membros da equipe de serem vítimas de possíveis agressões durante as visitas domiciliares e a atual comodidade pelo fato de esses pacientes estarem sendo atendidos nos serviços especializados, como CAPS ou hospital referência da cidade.

Essa situação já havia sido percebida pelo médico da equipe no início das suas atividades na unidade, quando se deparou, no mês de janeiro, com a falta de receituários especiais simultaneamente à surpresa dos demais componentes da equipe após o mesmo ter solicitado tal impresso durante uma consulta. Logo, o médico percebeu que essa falha não era algo restrito à equipe, pois se tratava de algo incomum na unidade.

Diante disso, a necessidade dessa microintervenção é justificada pelo fato de a equipe ter notado que estava desenvolvendo um serviço inferior ao padrão de qualidade exigido pela PMAQ e a intenção dela foi justamente sanar tais deficiências e aprender, a partir de então, qual linha de trabalho deveria seguir para alcançar a excelência.

Nessa mesma reunião, a equipe percebeu que a microintervenção que se apresenta seria um enorme desafio para se colocar em prática. Contudo, se comprometeu em avançar ao máximo que fosse possível entre as etapas propostas.

Como primeiro passo para solucionar tais deficiências, a equipe desenvolveu uma planilha para registrar as informações futuramente solicitadas pela PMAQ (APÊNDICE B). Além disso, essa planilha foi utilizada para elaborar uma linha de cuidado de uma paciente da área adscrita atendida por equipe multidisciplinar que é descrita a seguir (TABELA 3):

TABELA 3 - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Nome: F.P						
Número para contato: desconsiderado para a atividade atual						
Endereço: desconsiderado para a atividade atual						
Nome de acompanhante: desconsiderado para a atividade atual						
Número de acompanhante para contato: desconsiderado para a atividade atual						
Agente Comunitário: S.C						
Local da consulta / Especialidade /	Diagnóstico	Medicamentos em uso	Controlado?	Caso grave?	Acopnhamen- to no CAPS?	Conduta

Data						
Ambulatório / Médico / 25/05/18	Transtorno de ansiedade generalizada	-	Não	Não	Não	1- Fluoxetina 20mg - 1cp/dia 2- Psicoterapia (NASF)
Ambulatório / Psicologia / 01/06/18	Transtorno de ansiedade generalizada	1- Fluoxetina 20mg - 1cp/dia	Não	Não	Não	1- Psicoterapia 2- Retorno com médico
Ambulatório / Médico / 08/06/18	Transtorno de ansiedade generalizada	1- Fluoxetina	Parcialmente	Não	Não	1- Fluoxetina 20mg - 1cp/dia 2- Psicoterapia (NASF)

Fonte: Prontuário pessoal de uma paciente atendida por equipe multidisciplinar na UBS Cidade Nova - Macapá - AP

A maior dificuldade de execução dessa microintervenção também representa a sua maior potencialidade, representado pela coleta dos dados pertinentes para o cadastro dos usuários. Afinal, muitas vezes o paciente não sabe informar o tratamento que está realizando externamente (CAPS ou hospital de referência), o que compromete o preenchimento da planilha e demanda maior tempo. Porém, a partir do momento que a planilha se encontrar preenchida, ela irá se tornar um grande aliado da equipe de atenção básica devido a possibilidade de acompanhamento continuado e integral de qualidade.

Sendo assim, a equipe espera dar continuidade nesse trabalho a fim de completar o cadastro de todos os pacientes para alcançar um registro adequado e conseqüentemente ser capaz de traçar melhores planos de terapia a esses pacientes.

CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

Sabe-se que os primeiros anos de vida são vulneráveis de se influenciar, seja de maneira positiva por meio de um bom acompanhamento, ou de maneira negativa em casos de atenção deficitária. Diante disso, percebe-se a fundamental importância da atenção básica nesse quesito.

A atenção à saúde da criança na UBS Cidade Nova - Macapá - AP, mais especificamente na microárea da equipe de saúde e família 012 acontece por meio de atuação multidisciplinar. Sendo assim, a realização dessa microintervenção iniciou durante a reunião semanal da equipe. Contou com a participação do médico, enfermeira, técnicos (as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Todos os profissionais foram estimulados a realizarem uma reflexão sobre alguns pontos que envolvem assuntos relacionados a atenção à saúde da criança com enfoque, principalmente, nas ações preconizadas pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ) (BRASIL, 2017a).

O resultado dessa reflexão está na tabela a seguir (TABELA 4)

TABELA 4 - RECOMENDAÇÕES DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Questões	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		X

No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:

QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	

A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada	X	
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Fonte: Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2017a)

Os responsáveis das crianças assintomáticas são estimulados a marcarem consultas de rotina em alguns períodos específicos. As crianças precisam ser avaliadas com 1º semana de vida, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, 18º mês e 24º mês. A partir do 2º ano de vida as consultas tornam-se anuais, próximo ao aniversário da criança. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. A equipe sempre alerta sobre a importância dessas consultas para que a puericultura seja eficaz (BRASIL, 2012).

Há um controle rígido do status vacinal das crianças. A equipe é estimulada a solicitar as cadernetas de saúde durante as consultas e visitas domiciliares.

No dia das consultas, todas as crianças são pesadas e medidas com devido registro em prontuário e na própria caderneta. Os responsáveis sempre são alertados sobre a importância da caderneta para evitar que os mesmos as percam ou esqueçam-se de levá-las para consulta. A unidade procura suprir a falta da caderneta para as crianças que não a possuem mais. Contudo, atualmente, encontra-se com um número limitado de cadernetas extras disponíveis para restituição daquelas perdidas pelos responsáveis. Diante disso, o médico e/ou enfermeira (o) realizam o acompanhamento destes através da consulta das cadernetas salvas no computador da unidade e anotam pesos, comprimento/altura e resultado da comparação destes com o padrão no prontuário do (a) paciente.

Atualmente a equipe tem entregado um informativo durante as consultas e realizado a leitura concomitantemente com o responsável, informando basicamente sobre alimentação saudável por meios dos “10 passos para uma alimentação saudável” (BRASIL, 2013a) e o período recomendado de marcação de consultas de rotina em crianças assintomáticas (APENDICE C). A equipe acredita que essa intervenção por meio de informativos serve (e irá continuar servindo) para tornar os pais mais confiantes e mais conscientes quanto a alimentação da criança, e quanto a necessidade de acompanhamento continuado do crescimento e desenvolvimento das crianças. Assim, os profissionais da saúde são capazes de detectar precocemente qualquer alteração, sendo viável intervir e evitar futuras comorbidades nesses pacientes.

CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

O controle das doenças crônicas não transmissíveis é um tema fundamental na atenção básica e deve ser debatido com frequência. Sabe-se que hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade, principalmente, são responsáveis por elevados índices de hospitalizações, mortalidade e de incapacidade. Não distante das estatísticas, segundo relatório de produção do médico da equipe 012, os pacientes portadores dessas doenças representam cerca de 15% dos atendimentos mensais. Diante da importância desse tema, a realização dessa microintervenção iniciou durante a reunião semanal da equipe. Ela contou com a participação do médico, enfermeira, técnicos (a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Todos os membros foram estimulados a realizar reflexões sobre a atuação da equipe no cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, com enfoque em hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. Após uma autoanálise subjetiva do trabalho desempenhado, foram aplicadas perguntas norteadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). As perguntas e as respostas do questionário estão anexadas a seguir (TABELA 5)

TABELA 5 - QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	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?	15 dias		15 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		X		
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco	X			

cardiovascular dos usuários hipertensos?				
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?		X		
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		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 (Unidade não possui o material.) Acompanhamento é feito por médico oftalmologista
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 ²), a equipe realiza alguma ação?	X			
Se SIM no item anterior, quais ações?				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X			
Oferta ações voltadas à atividade física	X			

Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	X	
Encaminha para serviço especializado	X	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X	

Fonte: Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2017a)

Diante de tais assertivas, a equipe considerou estar realizando um bom trabalho de acompanhamento dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis da área adscrita. Percebeu que ainda precisa melhorar em alguns quesitos que envolvem o registro e estratificação de certos pacientes de acordo com o risco apresentado. Para solucionar isso, passou a utilizar o Escore de Framingham (BRASIL, 2013b) (ANEXO B), para estratificação e posterior registro dos pacientes de acordo com a classificação de risco obtida. Além disso, notou que não possuía qualquer acompanhamento das filas de outros locais de atendimento. Isso ocorre devido à falta de comunicação entre os serviços que compõe o SUS no município de Macapá (principalmente os que são administrados pelo governo estadual), demonstrando uma falha no serviço de referência e contrarreferência. Também concluiu que não está realizando o exame de fundo de olhos nos pacientes na UBS devido falta de equipamentos, porém os encaminha para avaliação no serviço especializado de oftalmologia para que os pacientes não permaneçam descobertos com relação a saúde visual, afinal hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus estão intimamente relacionadas a alterações visuais, quando não estão controladas.

Com relação ao serviço prestado a população, a equipe mantém consultas regulares desses pacientes com um distanciamento de cerca de 3 - 6 meses interconsultas, levando em consideração o controle da doença e, futuramente, a classificação de risco dos mesmos.

A equipe também atua através de visitas domiciliares à casa dos pacientes, onde dá-se preferência para pessoas que possuam algum tipo de limitação física que impeça a sua ida à unidade, mas também realiza visitas domiciliares, através de buscas ativas, a pacientes que não retornam para consultas por qualquer que seja o motivo. Assim, a equipe acredita que é capaz de atender a demanda desses usuários de maneira eficaz.

Sobre a atuação para intervir em um estilo de vida saudável, alimentação, exercícios físicos e todos os assuntos relacionados ao bem estar, a equipe realiza a aferição das

medidas antropométricas em todos os pacientes. Após isso, no consultório médico, é calculado o IMC de cada um deles. De acordo com o resultado e patologia, o médico entrega recomendações alimentares iniciais (APENDICE D) e encaminha o paciente para marcação de consulta para o serviço de nutrição (NASF) da unidade. Por fim, a unidade disponibiliza semanalmente, por meio da atuação do NASF, um grupo de atividade físicas e educativas, sediado em uma creche do bairro, onde participam profissionais das especialidades de nutrição, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e idosos.

Diante de tantas intervenções multidisciplinares pelas quais os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis participam na UBS Cidade Nova - AP, afirma-se que estão recebendo um atendimento adequado a fim de torna-los mais saudáveis e com menos riscos de sofrerem consequências agudas e crônicas dessas doenças.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

TABELA 6 - PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<p>Observação na Unidade de Saúde</p>	<p>A realização dessa microintervenção ocorreu por meio de duas etapas. A primeira etapa tratou-se da realização da “autoavaliação para melhoria do acesso da qualidade (AMAQ)” com o intuito de detectar-se quais padrões de qualidade necessitariam de melhorias. A segunda etapa solicitou a criação ou a demonstração de um mecanismo de monitoramento de um dos doze indicadores de desempenho na Unidade de Saúde. Nossa autoavaliação considerou atuação com nota 0, visto que a equipe não possuía nenhum mecanismo de atividade nesse sentido. Foi realizado uma entrevista com base no módulo III da avaliação externa da PMAQ (BRASIL, 2017a)</p>	<p>A adesão dos pacientes e da equipe a pesquisa foi muito boa. Descobrimos que a maior parte dos usuários desconhecia certos canais de reclamações. Contudo, avaliaram de maneira positiva o atendimento da unidade. A intervenção nos proporcionou conhecer o grau de satisfação dos pacientes com o trabalho da equipe e descobrir certas queixas passíveis de mudança</p>	<p>A equipe planeja continuar realizando a pesquisa de maneira cíclica, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a pesquisa ao longo do mês de janeiro. - Reunir os resultados, propor e realizar as mudanças ao longo do mês de fevereiro. - Continuar realizando as pesquisas e as mudanças nessa ordem (pesquisa/mudanças).

<p>Acolhimento à Demanda Espontânea Programada</p>	<p>A realização dessa microintervenção iniciou por meio da convocação da reunião semanal da equipe. Nessa reunião coube ao médico explicar sobre o conceito do acesso avançado. A equipe percebeu que o processo de trabalho presente englobava certos traços conceituais do acesso avançado. Sendo assim, a microintervenção deteve-se em um aperfeiçoamento para implantar o acesso direto.</p>	<p>Os maiores impactos dessa intervenção foram a conscientização da equipe e a possibilidade de, no futuro, ela ser capaz de atender uma maior quantidade de demandas do dia. Houve uma maior divulgação e empoderamento dos usuários gerado devido o conhecimento do acesso direto, resultando em um maior atendimento de demandas espontâneas</p>	<p>Para a continuidade da intervenção, abrimos espaço para o debate sobre o acesso direto em nossas reuniões semanais. Nessas reuniões debatemos sobre alguns casos e sempre reafirmamos a necessidade do acesso direto existir.</p>
<p>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal Puerpério</p>	<p>Foi sugerido a reflexão sobre alguns pontos sobre o trabalho da equipe que envolviam assuntos como o planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério. a equipe percebeu que tem deixado de realizar ações educativas e orientações pertinentes englobando prevenção e promoção de saúde. Sendo assim, optou por distribuir informativos com orientações gerais</p>	<p>Essa microintervenção possibilitou um maior conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis em gestantes e contribuiu para diminuir algumas das queixas mais frequentes no ambulatório e nas consultas de pré-natal, como anemia, náuseas, azia, constipação e a angústia gerada por esse quadro, tornando as grávidas mais confiantes e seguras sobre a</p>	<p>A equipe pretende manter a conscientização das grávidas por meio da entrega do informativo acerca de alimentação saudável e destinada a melhora de certas queixas comuns durante a gravidez e que podem ser aliviadas por meio da alimentação. Além disso, reconhece a importante função dos grupos de gestantes e constantemente incentiva as grávidas atendidas pela equipe a participarem de tal reunião</p>

	<p>com relação aos cuidados nutricionais na gestação, uma vez que recomendações como essas seriam responsáveis por melhorar boa parte das principais queixas decorrentes e existentes na gestação. Nele havia recomendações gerais sobre nutrição, para prevenir anemia, náuseas, vômitos, azia e prisão de ventre. Além do mais, alertava as gestantes sobre a importância do acompanhamento pelo serviço de nutrição da unidade. Essa microintervenção tem importância fundamental, tendo em vista que o estado nutricional da mãe tem efeito determinante no crescimento do feto e no peso do recém-nascido. Isso é importante do ponto de vista de saúde pública, pois o peso ao nascer é um dos parâmetros que mais se relaciona com a sobrevivência, crescimento e</p>	<p>alimentação e menos dependentes de medicações sintomáticas, repercutindo positivamente sobre o quantitativo mensal da farmácia da unidade. A intervenção conseguiu unir-se ao NASF que permitiriam uma maior interação das gestantes para com o serviço.</p>	
--	--	---	--

	desenvolvimento mental do recém-nascido (SANTOS et al., 2006).		
Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	<p>A equipe percebeu que esse acompanhamento está distante do padrão desejado e necessário. Alguns dos motivos levantados para essa possível atuação insuficiente foram:</p> <p>(1) desconhecimento, por parte de alguns membros, da função da equipe de atenção básica no tratamento de pacientes de saúde mental, (2) receio excessivo de membros da equipe de serem vítimas de possíveis agressões durante as visitas domiciliares e a atual comodidade pelo fato de esses pacientes estarem sendo atendidos nos serviços especializados, como CAPS ou hospital referência da cidade. A equipe percebeu que a microintervenção que se apresenta seria um enorme desafio para se colocar em prática. Para solucionar tais problemas, a equipe</p>	<p>A equipe começou a colher os benefícios dessa intervenção ao saber detalhadamente informações que antes se perdiam entre um serviço e outro, ou entre uma consulta e outra, porém ainda precisar aumentar a velocidade no cadastro desses pacientes. A equipe percebeu, inclusive, que desconhecia que alguns pacientes realizam acompanhamento externamente a UBS</p>	<p>A equipe pretende terminar o cadastro e prosseguir nos demais passos propostos pela intervenção. A conscientização do restante da equipe sobre a importância dessa atividade é fundamental, visto que representa uma das intervenções mais difíceis de execução devido a equipe não ter a cultura de realizar esse cadastro anteriormente</p>

	desenvolveu uma planilha para registrar as informações futuramente solicitadas pela PMAQ		
Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	<p>No primeiro momento, foi realizada uma reflexão sobre alguns pontos que envolvem assuntos relacionados a atenção à saúde da criança com enfoque, principalmente, nas ações preconizadas pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ). Atualmente a equipe tem entregado um informativo durante as consultas, além de realizar a leitura concomitantemente com o responsável, informando basicamente sobre alimentação saudável por meios dos “10 passos para uma alimentação saudável” (BRASIL, 2013a) e o período recomendado de marcação de consultas de rotina em crianças assintomáticas (APENDICE C).</p>	<p>A equipe acredita que essa intervenção por meio de informativos serve (e irá continuar servindo) para tornar os pais mais confiantes e mais conscientes quanto a alimentação da criança, e quanto a necessidade de acompanhamento continuado do crescimento e desenvolvimento das crianças. Assim, os profissionais da saúde são capazes de detectar precocemente qualquer alteração, sendo viável intervir e evitar futuras comorbidades nesses pacientes.</p>	<p>A equipe pretende permanecer com a estratégia que vem realizando por julgar estar sendo bastante eficaz, pois tem notado poucas comorbidades nas crianças da área. E sempre que evidenciado, consegue intervir de maneira precoce.</p>

<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Todos os membros foram estimulados a realizar reflexões sobre a atuação da equipe no cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, com enfoque em hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. Após uma autoanálise subjetiva do trabalho desempenhado, foram aplicadas perguntas norteadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A equipe considerou estar realizando um bom trabalho de acompanhamento dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis da área adscrita. Percebeu que ainda precisa melhorar em alguns quesitos que envolvem o registro e estratificação de certos pacientes de acordo com o risco apresentado. Para solucionar isso, passou a utilizar o</p>	<p>Com relação ao serviço prestado a população, a equipe mantém consultas regulares desses pacientes com um distanciamento de cerca de 3 - 6 meses interconsultas, levando em consideração o controle da doença e a classificação de risco dos mesmos. A equipe permanece entregando as recomendações alimentares iniciais (APÊNDICE D) para os pacientes que necessitam e vem apresentando resultados satisfatórios, aliado ao grupo de atividades físicas realizado pelo NASF de maneira semanal</p>	<p>A equipe pretende continuar utilizando tais estratégias, afinal elas têm se demonstrado eficientes no controle das doenças dos pacientes que se interessam em coloca-las em práticas</p>
--	---	--	---

	Escore de Framingham (BRASIL, 2013b) (ANEXO B), para estratificação e posterior registro dos pacientes de acordo com a classificação de risco obtida.		
--	---	--	--

Fonte: Autor do relato

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções representam uma maneira eficaz de modificar gradualmente a atuação de determinada equipe, a fim de torná-la compatível com o padrão pré-estabelecido. Ao longo desse ano, pude, em conjunto com a minha equipe, ter acesso às necessidades preconizadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e me dispor para colocá-las em prática por meio das microintervenções. Não foi uma tarefa fácil, visto que houve a necessidade de conciliar o trabalho da unidade, com as microintervenções e com a conscientização dos demais membros sobre a importância de realizá-las. Houve resistência e divergências em algumas situações, mas que contribuíram para o amadurecimento da equipe e consolidação das ideias propostas de se intervir.

Em certas microintervenções, aprendi que ouvir os usuários é uma das melhores maneiras de melhorar o atendimento oferecido a eles. Em outras, percebi que nosso serviço estava bastante distante do solicitado pelo PMAQ. Contudo, também houve outras nas quais foi possível perceber que estávamos no caminho correto, necessitando apenas moldar certos pensamentos e atitudes.

Para o futuro temos diversos desafios. Um deles é continuar colocando em prática as microintervenções criadas ao longo dessa especialização. Há, também, a necessidade de maior esforço para conciliar a atuação de todas elas de modo simultâneo. Por fim, o maior e mais importante desafio é incorporar todos esses princípios ao serviço da UBS, não estando restrito apenas a nossa equipe. Para isso, deveremos dialogar com os demais funcionários da UBS a respeito do que está sendo proposto e absorvermos sugestões para tornar essas microintervenções mais eficazes e condizentes com realidade das demais equipes.

REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: MS, 2011. p. 01-21.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 33).
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção a saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: **Guia alimentar para crianças menores de dois anos - Um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. Brasília: MS, 2013a.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37).
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade - Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Atenção Básica Parametrizada e de Saúde Bucal)**. Brasília: MS, 2016.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade - **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da família ou Parametrizada)**. Brasília: MS, 2017a. p. 47-77.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília: MS, 2017b. p. 54-55.
- 8- MURRAY, M.; BERWICK D.M.; Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Rev. JAMA.**, v.289, n.8, p. 1035-40, fev. 2003. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196024> Acesso em: 28 jun 2018.
- 9- SANTOS, L. A. et al. Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de ribeirão preto: o discurso e a prática assistencial. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.14, n.5. set-out. 2006.]

APÊNDICES

APENDICE A - ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GESTANTES

Orientações gerais	<p>- Fazer 4 a 6 refeições por dia. Não ficar muito tempo sem comer</p> <p>- Fazer a primeira refeição antes de iniciar suas atividades</p> <p>- Beber boa quantidade de água (+ / - 8 copos de água), preferencialmente nos intervalos das refeições para evitar refluxo</p> <p>- Incluir na alimentação diária:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verduras (folhas verdes - agrião, alface, brócolis, couve, etc): 2 vezes ao dia, no almoço e jantar ● Frutas: 3 vezes por dia ● Feijão ou ervilha ou lentilha: 2 vezes ao dia, almoço e jantar ● Carnes (aves, peixes e carne bovina): 2 vezes ao dia ● Cereais (arroz, milho, aveia) ou massas (macarrão, farinhas) ou raízes e tubérculos (batata, mandioca, batata doce): 2 vezes ao dia ● Pão: 2 vezes ao dia ● Leite (ou queijo ou coalhada ou iogurte): 2 vezes ao dia, preferencialmente no café da manhã ou lanches <p>- Evitar alimentos que prejudiquem a alimentação saudável, tais como salgadinhos, frituras, alimentos gordurosos, refrigerantes, balas, doces, bebidas alcoólicas</p> <p>- Evitar excesso de açúcar, óleo e sal</p>
Para evitar anemia por falta de ferro	<p>- Consumir alimentos ricos em ferro</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Carnes e vísceras (fígado, músculos, rins, coração) ● Vegetais verde-escuro (cheiro verde, coentro, salsa, hortelão, acelga, agrião, brócolis, couve...) ● Semente de abóbora ● Feijão ou ervilha ou lentilha ou grão de bico ou soja <p>- Consumir pelo menos 3 porções de frutas ao dia. Dê preferência às ricas em vitamina C: laranja, tangerina, limão, acerola, mamão, abacate, caju, goiaba, manga, etc. Procure consumi-las juntos ao almoço e jantar</p>
Náuseas e vômitos	<p>- Comer 4 a 6 refeições por dia, em pequenos volumes</p> <p>- Iniciar a primeira refeição com alimentos mais secos (biscoitos, beiju, pães, torradas)</p> <p>- Evitar frituras e alimentos gordurosos</p> <p>- Evitar beber líquidos durante as refeições</p> <p>- Evitar deitar logo após as refeições (aguardar, preferencialmente 1h)</p>
Azia	<p>- Comer 4 a 6 refeições por dia, em pequenos volumes</p> <p>- Evitar frituras, alimentos gordurosos e doces concentrados</p> <p>- Evitar café, chá preto, chá mate, refrigerantes, álcool e fumo</p> <p>- Evitar comida muito condimentada</p> <p>- Evitar deitar logo após as refeições</p> <p>- Evitar beber líquido durante as refeições</p> <p>- A azia pode ser aliviada ingerindo-se água gelada</p>
Prisão de ventre	<p>- Seguir as ORIENTAÇÕES GERAIS sobre alimentação</p> <p>- Usar 1 a 2 vezes ao dia alimentos integrais (arroz integral, aveia, pão integral)</p> <p>- Aumentar o consumo de vegetais e frutas (quando possível, com casca e bagaço)</p> <p>- Aumentar o consumo de água</p>

	- Evitar o excesso de biscoitos, massas e alimentos açucarados
--	--

Permanecendo as queixas ou para elaboração de dieta: procure um nutricionista para orientação individual

APÊNDICE B - PLANILHA DE CADASTRAMENTO DE PACIENTES DE SAÚDE MENTAL

Nome:

Número para contato:

Endereço:

Nome de acompanhante:

Número de acompanhante para contato:

Agente Comunitário:

Local da consulta / Especialidade / Data	Diagnóstico	Medicamentos em uso	Controlado?	Caso grave?	Acompanhamento no CAPS?	Conduta

APÊNDICE C - RECOMENDAÇÕES PARA MARCAÇÃO DE CONSULTAS DE ROTINA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS

MARCAÇÃO DE CONSULTAS DE ROTINA PARA ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

IDADE	DATA PARA MARCAÇÃO DA CONSULTA
1º ano de vida	1º semana
	1º mês
	2º mês

	4º mês
	6º mês
	9º mês
	12º mês
2º ano de vida	18º mês (um ano e meio)
	24º mês (dois anos)
Idade superior a 2 anos	Consulta anual - próximo ao aniversário da criança

DEZ PASSO PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (BRASIL, 2013a)

1º passo	Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.	Antes dos seis meses, a mãe não deve oferecer complementos ao leite materno. O Leite materno é tudo que a criança precisa. O bebê que mama no peito cresce, tem mais saúde e adoece menos
2º passo	Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.	Para que o bebê continue crescendo bem, a partir dos seis meses, ele necessita receber outros alimentos além do leite materno
3º passo	Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.	A alimentação oferecida ao bebê, depois dos seis meses, deve ser composta de grãos (cereais e feijões), carnes, frutas e verduras
4º passo	A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.	O bebê deve receber alimentos quando demonstrar fome. Horários rígidos para a oferta de alimentos prejudicam a capacidade da criança de distinguir a sensação de fome e de estar satisfeito após a refeição. No entanto, é importante que o intervalo entre as refeições seja regular (2 a 3 horas).
5º passo	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.	A consistência da alimentação complementar é importante. A alimentação oferecida à criança deve ser desde o início, espessa sob a forma de papas e purês, porque garante a quantidade de energia que ela precisa para ganhar peso e ter saúde
6º passo	Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.	Procure oferecer às crianças uma alimentação colorida. Só uma alimentação variada oferece à criança quantidade de vitaminas, cálcio, ferro e

		outros nutrientes que ela necessita.
7º passo	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.	A criança que desde cedo come frutas, verduras e legumes variados, recebe maiores quantidades de vitamina, ferro e fibras, além de adquirir hábitos alimentares saudáveis.
8º passo	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.	Alguns alimentos não devem ser dados para a criança pequena porque não são saudáveis, além de tirar o apetite da criança e competir com os alimentos nutritivos.
9º passo	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.	Os cuidados de higiene na preparação e na oferta dos alimentos evitam a contaminação e doenças como a diarreia.
10º passo	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.	A criança doente precisa comer mais para não perder peso e recuperar-se mais rápido. Por isso, é importante manter a amamentação e oferecer os alimentos saudáveis de sua preferência.

APENDICE D - RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES INICIAS

RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES INICIAIS

<p>Deixar de comer (Eliminar completamente da dieta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Açúcar 2. Doces, Guloseimas, Chocolate 3. Refrigerantes, Suco em pó, Suco de caixa 4. Achocolatado (nescau, toddy...) 5. Farinha e Farofa 6. Tapioca (farinha, goma...)
<p>Opções para substituir o açúcar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhores opções: <ul style="list-style-type: none"> ○ Não adoçar OU Adoçante <u>STEVIA</u> (de preferência 100% stevia)
<p>Comer menos (Apenas reduzir a quantidade) Se antes você comia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3 colheres: reduza para 2 ● 2 unidades: Reduza para 1 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arroz 2. Macarrão 3. Pão e Torrada (dar preferência para integrais) 4. Batata (todos os tipos) 5. Macaxeira
<p>Comer na mesma quantidade</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carne (de preferência magras) 2. Frango 3. Peixe 4. Ovo (você também pode aumentar a quantidade) 5. Frutas <ol style="list-style-type: none"> a. Açaí pode ser consumido desde que não faça adição de açúcar / farinha / tapioca. b. Se quiser adoçar use adoçante <u>stevia</u> ou <u>sucralose</u> c. Dica: experimente adicionar aveia ou frutas cortadas
<p>Comer em maior quantidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (Se você já consome: AUMENTE a quantidade) ● Se você ainda não consome: INTRODUZA na sua dieta) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salada (verduras e legumes) 2. Aveia 3. Feijão 4. Ovo

Para elaboração de uma dieta: Agende sua consulta com o serviço de nutrição da Unidade (no balcão do SAME)

Atividade física: Iniciar atividade física de maneira gradual. Objetivo final: 1º Musculação em academia ou Caminhada 4x/Semana/30 minutos...

ANEXOS

[ANEXO A - QUESTIONÁRIO (BRASIL, 2017a)

Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde

Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. O questionário será aplicado para quatro usuários por equipe, presentes na unidade no dia da avaliação externa. Para entrevista com os usuários, o entrevistador deverá selecionar aqueles que não passaram por consulta com médico, enfermeiro no dia da entrevista. Aplicar os critérios de exclusão: não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até a unidade de saúde; não continuar a entrevista se fizer mais de 12 MESES que o usuário vem até a unidade de saúde; e não realizar a entrevista se o usuário tiver idade MENOR DE 18 ANOS.

III.3 Identificação do usuário

1. Sexo
 - a. Masculino
 - b. Feminino
2. Qual a idade do(a) senhor(a)?
 - a. _____
3. Qual seu estado civil?
 - a. Solteiro(a)
 - b. Casado(a) ou união estável
 - c. Divorciado(a) ou separado(a)
 - d. Viúvo(a)
4. Entre as opções que vou ler, qual cor de pele/raça você considera como sendo a sua?
 - a. Branca
 - b. Preta
 - c. Amarela
 - d. Parda/Mestiça
 - e. Indígena
 - f. Ignorada
5. Até que série o(a) senhor(a) estudou?
 - a. Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
 - b. É alfabetizado (sabe ler e escrever)
 - c. Ensino fundamental incompleto
 - d. Ensino fundamental completo
 - e. Ensino médio incompleto
 - f. Ensino médio completo
 - g. Ensino superior completo
 - h. Pós graduação
 - i. Não sabe/não respondeu/não lembra
6. Qual sua renda familiar?
 - a. Valor em reais: _____
 - b. Não sabe/não respondeu/não lembra
7. Quantas pessoas, contando com o(a) senhor(a), vivem/moram na sua casa?
 - a. Quantidade: _____
 - b. Não sabe/Não respondeu

III.19 Mecanismos de participação e interação dos usuários

1. Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão nesta unidade básica de saúde/posto de saúde, o(a) senhor(a) consegue?
 - a. Sim
 - b. Sim, mas com dificuldade
 - c. Não
 - d. Nunca precisou
 - e. Não sabe/não respondeu
2. Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno?
 - a. Sim, rapidamente
 - b. Sim, mas demorou
 - c. Não
 - d. Não sabe/não respondeu
3. Quais os canais de comunicação disponíveis para fazer reclamação ou sugestão?
 - a. Caixa de sugestões na unidade de saúde
 - b. Reclama diretamente com a equipe ou gerente da unidade
 - c. Reclama no conselho local de saúde
 - d. Ouvidoria do município
 - e. Ouvidoria do SUS
 - f. Outros
4. O (A) Senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do município?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sabe/Não respondeu
5. O A Senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Ministério da Saúde?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sabe/Não respondeu
6. O(A) senhor(a) sabe se nesta unidade básica de saúde/posto de saúde existe conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sabe/não respondeu
7. O(A) senhor(a) é convidado pelos profissionais a opinar sobre o funcionamento e organização desta Unidade de Básica de Saúde/Posto de Saúde?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sabe/Não respondeu

III.21 Satisfação com o cuidado

1. Se o(a) senhor(a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sabe/Não respondeu
2. Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?
 - a. A unidade é distante

- b. Horário de atendimento não atende às necessidades
 - c. Porque não consegue atendimento
 - d. É mal atendido
 - e. Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
 - f. Outros
3. Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:
- a. Muito bom
 - b. Bom
 - c. Regular
 - d. Ruim
 - e. Muito ruim
 - f. Não sabe/não respondeu
4. O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sabe/Não respondeu
5. Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento ofertado pelos profissionais desta unidade básica de saúde/posto de saúde?
- a. Muito bom
 - b. Bom
 - c. Regular
 - d. Ruim
 - e. Muito ruim
 - f. Não sabe/não respondeu
6. De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pela equipe?
- a. Nota de 0 a 10 (somente inteiros): _____

Reclamações subjetivas: (marcação de consultas, visitas domiciliares e etc):

ANEXO B- ESCORE DE FRAMINGHAM (BRASIL, 2013b)**HOMEM****IDADE**

Anos	Pontos
20 - 34	-9
35 - 39	-4
40 - 44	0
45 - 49	3
50 - 54	6
55 - 59	8
60 - 64	10
65 - 69	11
70 - 74	13

COLESTEROL TOTAL

Colesterol Total	Idade 20 - 39	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
< 160	0	0	0	0	0
160 - 199	4	3	2	1	0
200 - 239	7	5	3	1	0
240 - 279	9	6	4	2	1
> ou = 280	11	8	5	3	1

TABAGISMO

	Idade 20 - 39	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1

HDL

	HOMEM
HDL	Pontos
> 60	- 1
50 - 59	0
40 - 49	1
< 40	2

PRESSÃO ARTERIAL

Sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada
< 120	0	0
120 - 129	0	1
130 - 139	1	2
140 - 159	1	2
> = 160	2	3

TABELA PARA DETERMINAÇÃO DE RISCO EM 10 ANOS DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
< 0	< 1
0	1
1	1
2	1
3	1
4	1
5	2
6	2
7	3
8	4
9	5
10	6
11	8
12	10
13	12
14	16
15	20
16	25
> ou = 17	> ou = 30

Ajustar o escore aos seguintes fatores:

- Multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC ≥ 30 kg/m².

MULHERES

IDADE

Anos	Pontos
20 - 34	-7
35 - 39	-3
40 - 44	0
45 - 49	3
50 - 54	6
55 - 59	8
60 - 64	10
65 - 69	12
70 - 74	14
75 - 79	16

COLESTEROL TOTAL

Colesterol Total	Idade 20 - 39	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
< 160	0	0	0	0	0
160 - 199	4	3	2	1	1
200 - 239	8	6	4	2	1
240 - 279	11	8	5	3	2
> ou = 280	13	10	7	4	2

TABAGISMO

	Idade 20 - 39	Idade 40 - 49	Idade 50 - 59	Idade 60 - 69	Idade 70 - 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1

HDL

HDL	Pontos
> 60	- 1
50 - 59	0
40 - 49	1
< 40	2

PRESSÃO ARTERIAL

Sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada
< 120	0	0
120 - 129	1	3
130 - 139	2	4
140 - 159	3	5
> = 160	4	6

TABELA PARA DETERMINAÇÃO DE RISCO EM 10 ANOS DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Total de pontos	Risco em 10 anos (%)
< 9	< 1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	2
14	2
15	3
16	4
17	5
18	6
19	8

20	11
21	14
22	17
23	22
24	27
> ou = 25	> ou = 30

Ajustar o escore aos seguintes fatores:

- Multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC ≥ 30 kg/m².

]