



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MICROINTERVENÇÕES EM SAÚDE PARA MELHORAR E QUALIFICAR A**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO SANTO AMARO DAS**  
**BROTAS**

**Yeilín Rodríguez Jerez**

---

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

---

---

**MICROINTERVENÇÕES EM SAÚDE PARA MELHORAR E QUALIFICAR A  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO SANTO AMARO DAS  
BROTAS**

**Yeilín Rodríguez Jerez**

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 Helena Pires Araújo  
Barbosa**

---

(Elemento Opcional)  
DEDICATÓRIA

---

---

(Elemento Opcional)  
AGRADECIMENTOS

---

---

## **RESUMO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizada pelo conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. O desenvolvimento de intervenções e estratégias, voltadas para a qualidade da atenção e acesso aos serviços de saúde na APS, apresentam-se como importantes ferramentas para o alcance de resultados positivos relacionados às condições de saúde, a gestão dos recursos, a aos níveis de satisfação, tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do sistema. Este estudo tem como objetivo evidenciar a importância das microintervenções em saúde para melhorar e qualificar a APS no município Santo Amaro Das Brotas. Foram realizadas seis microintervenções na equipe 2 da ESF Santo Amaro Das Brotas. Acredita-se na relevância deste estudo por permitir a reorganização do processo de trabalho, por meio de discussão em equipe, reflexão, análise de prática e construção de saberes, possibilitando experienciar novos métodos de agir em saúde e cuidado, provocando mudanças no sentido de um serviço de maior qualidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Microintervenções em saúde. Maior qualidade.

---

---

---

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
CAPÍTULO 1 Observação na Unidade de Saúde .....	10
CAPÍTULO 2 Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....	18
CAPÍTULO 3 Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpério.....	25
CAPÍTULO 4 Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	33
CAPÍTULO 5 Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.....	38
CAPÍTULO 6 Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
REFERÊNCIAS .....	54
APÊNDICES .....	60
ANEXOS .....	63

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizada pelo conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012a).

Uma APS de qualidade tem sido requisito enfatizado em vários países. Esse movimento ganha força a partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002). A APS tem demonstrado estar associada ao maior acesso aos serviços de saúde, melhores resultados de saúde, e diminuição da hospitalização e do uso de serviços de emergência (SHI, 2012).

A qualidade da assistência tem sido tema relevante nas questões direcionadas à saúde. Os altos custos e a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos têm direcionado os esforços no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde são providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao usuário (BRASIL, 2007a).

De acordo com Donabedian (1966), para a avaliação qualitativa do cuidado, são comparadas e analisadas as informações a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado. A avaliação da estrutura baseia-se na existência de recursos físicos, humanos e organizacionais adequados; a avaliação do processo está voltada para as inter-relações de trabalho que envolvem gestão, profissionais e usuários; e a avaliação dos resultados está ligada ao impacto da assistência prestada na situação de saúde. Estas diferentes abordagens estão relacionadas entre si e devem ser analisadas em conjunto. A estrutura física e organizacional tem impacto direto na qualidade do processo que, por sua vez, se reflete na melhora dos resultados (BRASIL, 2007a).

A avaliação, segundo critérios que envolvam a estrutura, o processo e o resultado, permite, ao final, juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, e mostra a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005)

---

---

---

No Brasil, com o alcance da cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de APS tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as iniciativas centradas na qualificação da APS destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica –PMAQ (BRASIL, 2012b).

O desenvolvimento de intervenções e estratégias, voltadas para a qualidade da atenção e acesso aos serviços de saúde na APS, apresentam-se como importantes ferramentas para o alcance de resultados positivos relacionados às condições de saúde, a gestão dos recursos, a aos níveis de satisfação, tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do sistema.

Dentro dessa perspectiva, construiu-se este trabalho, que trata de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas na ESF onde atuo para melhorar a qualificação da APS no município.

O estudo foi realizado no Estado de Sergipe, no município de Santo Amaro Das Brotas, na ESF Santo Amaro Das Brotas. A cidade se localiza a 37 km da capital do Estado de Sergipe, tem uma área de abrangência de 234,2 km<sup>2</sup> e uma população de 11410 habitantes (IBGE, 2010).

Meu nome é Yeilín Rodríguez Jerez, sou médica cubana, formada na Universidade das Ciências Médicas de Santiago de Cuba (2013). Tenho 5 anos de experiência profissional, sou Especialista em 1er grau em Medicina Geral Integral com Especialização em Saúde da Família (2016). Cheguei ao Brasil em dezembro do ano 2016 para fazer parte do Programa Mais Médicos. Atualmente estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde Santo Amaro Das Brotas.

Desde que comecei a trabalhar na ESF de Santo Amaro Das Brotas, decidi focar o trabalho em ações de saúde com base na medicina preventiva, por meio de intervenções que respondessem às necessidades de saúde da população. A saúde não cobre apenas cuidados médicos, mas também a qualidade de vida das pessoas, daí a importância da qualidade da educação em saúde para a prevenção de doenças.

Muitos dos profissionais que encontram-se trabalhando na rede de saúde de atenção básica, no município de Santo Amaro Das Brotas, ainda não tem bem esclarecido o papel das ESF na saúde na comunidade, e, no dia-a-dia enfrentamos dificuldades para desenvolver o trabalho, faltando uma visão do modelo preventivo e não assistencial. Isso

---



---

também torna difícil a participação integral da equipe nos grupos de atividades realizadas na unidade, tendo um papel fundamental a presença desta para aumentar a participação dos indivíduos e melhorar a qualidade das atividades, para obter os resultados esperados, direcionando as atividades em conjunto às terapias a serem desenvolvidas, melhorando-se a relação médico-paciente e elevando assim, a qualidade do atendimento.

Este estudo tem como objetivo evidenciar a importância das microintervenções em saúde para melhorar e qualificar a APS no município Santo Amaro Das Brotas. A presente pesquisa é de abordagem quali-quantitativa, tipo estudo descritivo exploratório. Foram realizadas seis microintervenções na equipe 2 da ESF Santo Amaro Das Brotas. As mesmas iniciaram em abril de 2018, entre elas destacam-se: 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, e Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde; disponibilizadas no texto na forma de capítulos, respectivamente, para melhor compreensão.

Acredita-se na relevância deste estudo por permitir a reorganização do processo de trabalho, por meio de discussão em equipe, reflexão, análise de prática e construção de saberes, possibilitando experienciar novos métodos de agir em saúde e cuidado, provocando mudanças no sentido de um serviço de maior qualidade. Esperamos que ele garanta um aprendizado prazeroso.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde**

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária, trouxe como um dos pontos centrais de suas proposições a necessidade da mudança no modelo de atenção. Inicialmente, na primeira década da implantação, a Atenção Primária à Saúde, designada nacionalmente de Atenção Básica, foi considerada como caminho para alcançar a universalidade das ações no território nacional (TEIXEIRA, 2006).

No sentido da reestruturação dos serviços de saúde a partir do SUS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), numa perspectiva focalizadora, a partir do qual, buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava-se o alcance da equidade dentro do sistema (GIOVANELLA, 2008).

Por apresentar características distintas dos demais programas e por ter sido considerado um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da atenção básica, o PSF foi considerado, em 1997, uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 1997).

Neste sentido, o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária (BRASIL, 2007b).

De acordo com o exposto, no presente mês de abril foi feito um processo de avaliação na Unidade Básica de Saúde Santo Amaro Das Brotas com a equipe 2 para a elaboração do diagnóstico situacional da Unidade de Saúde e do processo de trabalho de forma coletiva, identificando as fortalezas e as fragilidades, de modo a servir como ponto de partida para o desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A Unidade Básica de Saúde Santo Amaro Das Brotas está localizada no bairro centro do município Santo Amaro Das Brotas, do Estado Sergipe. A Unidade Básica tem uma estrutura física necessária para seu funcionamento, estando composta por uma área de

---

---

recepção e de prontuários, dois banheiros públicos, consultórios médicos e de enfermeiras, com banheiro anexo e climatizados, consultório odontológico, sala de vacinas, sala de procedimentos e curativos, sala de fisioterapia, sala de psicologia e farmácia. Tem além disso, uma sala de atividades coletivas, sala de administração e gerência, banheiros feminino e masculino para funcionários, cozinha, sala de esterilização e uma área para ambulância e depósito de resíduos comuns.

Nossa ESF está composta por uma Médica do Programa Mais Médico, uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. O atendimento é de segunda-feira até sexta-feira de manhã e de tarde, fazendo inserção entre ações planejadas e atenção à demanda espontânea. O acolhimento é feito pela enfermeira e técnica de enfermagem com escuta qualificada sendo de muita importância para a resolutividade do posto de saúde. São feitas ações de atenção domiciliar, atenção pré-natal, puericultura, atenção à saúde bucal, ações de promoção, prevenção de agravos, vigilância epidemiológica, assim como tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação. As reuniões de equipe são realizadas a última quinta-feira do mês, e nela são discutidos assuntos pertinentes ao processo de trabalho e comunicações em geral, fazendo intercâmbios de temas de interesse para a equipe.

Nossa área de abrangência tem 6 microáreas, atendidas pelos agentes comunitários de saúde onde realiza-se diariamente visitas as famílias para conhecer o dia a dia da nossa população. Esta ESF é responsável pelo cuidado de 2738 pessoas, distribuídas em 785 famílias. Neste momento acompanhamos a 31 grávidas, delas 7 são menores de 20 anos de idade. Temos também em nossa área 54 crianças menores de dois anos, com vacinação em dia.

Temos na área só 1 escola de ensino fundamental, onde realizamos palestras educativas para desta forma capacitar aos professores sobre alguns temas das crianças de vital importância no desenvolvimento destas do ponto de vista física, psicológica e de aprendizagem. Nossa população é composta de 45% de trabalhadores da pesca, por tanto a incidência de doenças da coluna lombo-sacra é muito frequente.

Durante os meses de inverno, pelas temperaturas baixas e abundantes chuvas que aumentam a umidade ambiental, a maior quantidade de atendimentos é por Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS), tanto em adultos como crianças.

Na população de forma geral tem uma elevada prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus, estas doenças

---

---

são mais comuns nas pessoas da terceira idade, sendo a Hipertensão Arterial a mais frequente com um total de 325 hipertensos. Além disso, existe um alto índice de Doenças Sexualmente Transmissíveis (Sífilis, Gonorreia e Tricomoníase) que acarretam inúmeras preocupações, devido ao seu alto potencial de disseminação e de alta incidência.

Inicialmente foi convocada uma reunião com toda a equipe de saúde para realizar a autoavaliação das ações e foram apresentadas as estratégias do processo autoavaliativo aos gestores e aos coordenadores do município, ressaltando a importância deste processo autorreflexivo na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços e da satisfação do profissional com o trabalho.

Para realizar este processo foi escolhido o instrumento Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Nesse momento fizemos uma análise real, onde foram identificados e priorizados os principais problemas que afetam a nossa área, de acordo com o nível de factibilidade, realizando-se a matriz de intervenção para o alcance do padrão de qualidade.

Na descrição do padrão: 4.41 (A equipe de Atenção Básica desenvolve atividades que abordam conteúdos de saúde sexual) nossa maior deficiência foi identificada, com uma pontuação muito baixa e com a possibilidade de resolução em nossas mãos.

No município Santo Amaro Das Brotas existe o problema de baixo nível de conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), observado principalmente em adolescentes da escola pública pertencente à equipe 2 do município de Santo Amaro Das Brotas.

As IST acarretam inúmeras complicações psicossociais e econômicas, devido ao seu alto potencial de disseminação e de alta incidência (DORETO, 2007). Sabe-se que elas são infecções disseminadas principalmente através do contato sexual (WHO, 2007) e podem ser causadas por vírus, fungos, protozoários e bactérias (NAUD, 2008).

No Brasil as IST têm aumentado entre os adolescentes, estando entre os principais agravos que podem comprometer sua saúde, pois nesta fase, a atividade sexual normalmente é mais intensa (CANELLA, 1988). Além disso, características próprias desse período da vida, como a falta de pensamento abstrato dos adolescentes, que muitas vezes os impede de prever as consequências de seus atos, os tornam mais vulneráveis (PIAGET, 1972).

---

---

Os profissionais de saúde possuem um importante papel de educar a população em relação à prevenção e aos riscos de IST, além disso, eles devem estimular a procura por serviços de saúde quando um sintoma seja detectado.

Assim, nosso objetivo é avaliar os conhecimentos de adolescentes sobre sexualidade, métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis. Levando para o espaço escolar uma discussão sobre a educação sexual, por meio de conversas e reflexões, pautando-se na participação de adolescentes e jovens sobre os temas da Sexualidade e da Saúde Reprodutiva, bem como no questionamento de valores que discriminam pessoas desses grupos.

---

---

Estratégia para alcançar os objetivos/metasp	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismo e indicadores para avaliar o alcance dos resultados.
Realizar uma intervenção educativa sobre IST em adolescentes da equipe 2 do município Santo Amaro Das Brotas	<p>-Aplicar um questionário aos adolescentes contendo perguntas relacionadas às IST.</p> <p>-Oferecer atividades teóricas explicativas através de palestras e roda de conversa aos adolescentes sobre as IST.</p> <p>-Aplicar o questionário inicial aos adolescentes.</p>	<p>-Recursos humanos: Equipe de Saúde da Família.</p> <p>-Recursos Materiais: -Computador, -Impressora -Resma de papel A4 – 1 -Caixa de canetas tipo piloto com 12 unidades – 1 -Cartucho HP 1018 Preto – 1</p>	Melhorar os conhecimentos dos adolescentes da equipe 2 do município Santo Amaro Das Brotas	Médica da equipe.	Desde abril até junho de 2018	Avaliação através da enquete para medir o nível de conhecimentos adquiridos pelos adolescentes

Entendemos que a população do Município de Santo Amaro Das Brotas, se mostra carente de informações e com déficit de ações educativas locais. Da mesma forma, vimos que a atual situação de desconhecimento do tamanho real do problema, estabelece um cenário rico para a execução desta proposta, já que pode fornecer informações fundamentais para a prática e planejamento da equipe de saúde. Acarretando um momento de mudanças no processo de trabalho oportuno para a inclusão na agenda desta equipe com esta temática.

A intervenção será realizada em uma escola pública localizada no território da equipe 2, deste Município, com início em abril 2018, tendo como público alvo adolescentes, matriculados no ensino fundamental. Será realizado um levantamento bibliográfico, com referencial científico e fidedigno, para fundamentação teórica do trabalho.

Previamente, com a declaração oficializada, por escrito, da solicitação, autorização e fidedignidade da privacidade do uso de informações dos adolescentes participantes desta intervenção, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santo Amaro Das

---

Brotas e pela Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Santo Amaro Das Brotas, bem como da voluntariedade dos adolescentes e aprovação dos pais e responsáveis na realização do estudo através de um modelo de consentimento informado.

A pesquisa iniciará com a realização de visita à Escola Pública que pertence ao território da equipe 2. Após, explanação inicial com divulgação dos objetivos deste estudo à equipe diretiva e escolar, participante, dar-se-á início as entrevistas, propriamente dita. Nesta, será realizada a aplicação de um questionário contendo perguntas relacionadas as Infecções Sexualmente Transmissíveis, possibilitando desse modo analisar de forma eficiente os conhecimentos dos adolescentes da referida escola sobre estas doenças. A entrevista será realizada seguindo uma sequência de perguntas (Anexo1), onde os participantes terão a oportunidade de expor suas dúvidas e conhecimentos referentes ao tema.

Semanalmente serão aplicadas, na escola pesquisada, atividades teóricas explicativas, com duração média de uma hora, onde os adolescentes participantes deste estudo receberão as informações e orientações a respeito das IST, englobando desde conceitos iniciais até seguintes:

- 1- Primeira semana: Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino.
- 2- Segunda semana: As Infecções Sexualmente Transmissíveis. Conceito, tipos e característica de cada uma delas.
- 3- Terceira semana: As Infecções Sexualmente Transmissíveis. Complicações para o sexo feminino e masculino.
- 4- Quarta semana: Métodos de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- 5- Quinta semana: Avaliação através da enquete para medir o nível de conhecimento adquirido pelos adolescentes.

Ao final dessa intervenção, espera-se melhorar os conhecimentos dos adolescentes da escola pública pertencente à equipe 2 do município de Santo Amaro Das Brotas sobre a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis, assim como os diferentes tipos, sinais de alerta e sempre procurar atendimento médico para evitar complicações e possíveis sequelas.

Faz-se necessário o uso efetivo de informações à população assim como o conhecimento sobre educação em saúde, sobre forma de instrumentos vitais enquanto prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Além disso, espera-se estimular as

---

---

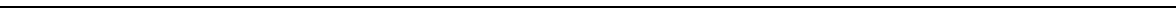
equipes ao trabalho multidisciplinar em saúde com compartilhamento de vivências e conhecimentos mútuos para que casos de IST sejam cada vez menos frequentes.

Estamos no caminho certo, mas os processos autoavaliativos na Atenção Básica devem ser contínuos e permanentes como ponto de partida da melhoria da qualidade dos serviços. Por esse motivo, nossa equipe propôs como estratégia de monitoramento dos indicadores de desempenho, a criação de um banner que apresentará todos os indicadores de saúde. O instrumento será discutido pela equipe nos encontros de avaliação, realizado no final de cada mês, registrando-se de forma quantitativa os indicadores mensalmente. O mesmo será exibido de forma pública na recepção da Unidade Básica de Saúde, a fim de reconhecer os resultados alcançados pela equipe e estimulando a busca por melhores resultados.

---

---





---

## **CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza, em sua política de saúde, um conjunto de ações que possibilitem a execução dos princípios da universalidade do acesso; a integralidade e a equidade da atenção à saúde; descentralização da gestão; regionalização e hierarquização; e participação popular por intermédio do controle social. O acesso da comunidade e a forma de recepcioná-la constituem-se como pontos importantes a serem considerados para viabilizar a execução desses princípios e, portanto, devem ser revistos e aperfeiçoados no contexto da prática e da organização dos serviços de saúde. A desqualificação do cuidado ao usuário reflete a falta de comunicação entre profissionais e população, o que impossibilita que as reais necessidades deste último segmento sejam reveladas, dificultando a diversificação das práticas de atenção à saúde e fazendo com que os serviços se organizem a partir de uma demanda limitada de procedimentos (LOPES, 2014; CAMPOS, 2006).

A Política Nacional de Humanização (PNH), idealizada pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu como uma proposta para requalificar essa atenção, de modo a manter uma associação entre as formas de produzir saúde e as formas de administrar os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Esta política objetiva possibilitar inovações nas ações gerenciais e nas ações de produção de saúde, de modo a propor novas formas de organização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2004).

As abordagens teóricas e organizativas da PNH demonstram que essa política surgiu para impulsionar a efetivação de um SUS inclusivo, democrático, resolutivo e acolhedor. Apresentam conceitos amplificados sobre a humanização, de forma a agregar valores diversos: 'organizativo' porque se refere às formas de organizar os serviços de saúde; 'gerencial' por abordar o modo de gestão e a coordenação do trabalho desenvolvido; e 'relacional' por referir-se ao relacionamento consolidado entre os indivíduos que participam do processo de trabalho em saúde, que são os gestores, os trabalhadores e os usuários (MENDES, 2010; VILAR, 2014).

Para pôr em prática esses conceitos, a PNH fundamenta-se em algumas diretrizes específicas para a Atenção Básica, que enfatiza: a elaboração de projetos individuais; o incentivo às práticas de promoção da saúde; o acolhimento e a inclusão do

---

---

usuário no sistema, na perspectiva da garantia do acesso e da resolubilidade, além do trabalho em equipe, para gerar uma maior corresponsabilidade na atenção (BRASIL, 2004).

Em documento oficial desta política, o acolhimento é definido por:

*Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2004, p.14).*

Acolher é, portanto, nesse sentido, posicionar-se junto ao problema do outro, o qual sempre é legítimo, independentemente de sua natureza e se apresenta como demanda para os trabalhadores da saúde. Demanda esta que deve ser atendida de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que o usuário traz, pois, essa atitude valoriza a singularidade dos sujeitos que procuram os serviços, o que confirma que o acolhimento deve ser, para o serviço de saúde, uma “diretriz norteadora de sua forma de funcionamento” (PASCHE, 2009).

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2010a). Nesta percepção, o acolhimento adquire o discurso de inclusão social em defesa do SUS, subsidiando a geração de reflexões e mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na ideia do acesso universal, na retomada da equipe multiprofissional e na qualificação do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Dessa forma, pode-se afirmar que o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que:

---

---

possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. (BRASIL, 2011a)

Na Unidade de Saúde Santo Amaro Das Brotas o acolhimento é feito geralmente pela enfermeira e técnica de enfermagem onde escutam seus problemas de saúde, respondendo de forma resolutiva às necessidades apresentadas, principalmente para aqueles usuários que não precisam atendimento médico de urgência ou emergência sendo de muita importância para a resolutividade do posto de saúde.

Apesar de realizar diariamente o acolhimento dos usuários, nossa equipe de saúde achou que o acolhimento deveria ser estudado, para verificar a sua eficácia e assim oferecer subsídios à sua consolidação na Unidades de Saúde, procurando, ao mesmo tempo, viabilizar seu aperfeiçoamento, enquanto tecnologia de organização de serviços de saúde.

Primeiramente realizou-se uma exposição dialogada sobre o tema de acolhimento, discutindo conceitos, objetivos, seus elementos e a importância do acolhimento com classificação de risco.

Para um bom envolvimento em equipe, foi necessária a definição das tarefas, como: quem serão os responsáveis por receber o usuário na unidade ou pela avaliação do risco e vulnerabilidade desse usuário; a conduta inicial do caso; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; a organização da agenda dos profissionais e quais serviços poderão ser oferecidos além da consulta médica para o atendimento da demanda espontânea. Faz-se necessário a ampliação da capacidade de escuta humanizada e da clínica da equipe de saúde, para a realização de uma boa anamnese, reconhecendo riscos e vulnerabilidades e realizar ou acionar intervenções de forma oportuna em cada caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Na reunião foi ratificada a necessidade de que cada usuário fosse acolhido pelos profissionais de sua equipe, com o objetivo de obter uma potencialização do vínculo e responsabilização entre a equipe e população adscrita. Além disso, foi acordado que a enfermeira da equipe realizará a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na nossa área de abrangência e também a seus usuários agendados; enquanto o médico faz a retaguarda para os casos agudos e classificação de risco, além de atender os usuários agendados.

---

---

Também foi acordado, que os agendamentos das consultas programadas sejam feitos pelos agentes comunitários de saúde, para evitar que os usuários tenham que formar filas na madrugada para agendar suas consultas, garantindo um melhor acesso ao serviço; sempre deixando um espaço na agenda de trabalho para o acolhimento das demandas espontâneas.

O acolhimento odontológico deverá ser realizado pela equipe de odontologia em seus consultórios específicos e a classificação de risco odontológica ficará sob a responsabilidade da cirurgiã dentista.

Os prontuários serão separados pela recepcionista e o preenchimento da ficha de acompanhamento familiar, será de responsabilidade do profissional que fará o acolhimento. O horário de funcionamento será: Manhã: de 08:00h às 12:00h. Tarde: 13:00h às 17:00h e serão utilizados os consultórios dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiãs dentistas.

Como representação de um padrão de fluxos dos usuários na Unidade Básica de Saúde, foi tomada a proposta de organização do atendimento à demanda espontânea que é apresentada no fluxograma existente nos Cadernos de Atenção Básica sobre o Acolhimento (Anexo 2). Vale ressaltar que esse fluxograma é uma forma de nortear o acolhimento, não de moldá-lo, sendo importantes os ajustes necessários para a realidade de cada equipe, adequando aos serviços e rede de saúdes disponíveis em cada região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a; 2013b).

De acordo com o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde, em situações não agudas as condutas possíveis são: orientações específicas ou sobre as ofertas da unidade, adiamento/agendamento de ações previstas ou ainda a programação de intervenções. Já em situações agudas são previstas como possibilidades de condutas: o atendimento imediato em casos de alto risco, obrigando a presença do médico; o atendimento prioritário, em risco moderado, com intervenção breve da equipe, podendo haver medida de conforto inicialmente ofertada pela enfermagem, até a nova avaliação do profissional mais indicado, sendo priorizado na ordem dos atendimentos médicos; o atendimento no dia para casos de baixo risco ou ausência de risco com vulnerabilidade significativa que são situações que devem ser manejadas no mesmo dia pelo médico e/ou enfermeiro e/ou odontólogo dependendo da situação, aproveitando para captar usuários sem adesão às linhas de cuidado existentes na unidade.

---

---

Nesta perspectiva, notamos que todos os profissionais da equipe se sentem responsáveis em minimizar as dificuldades de acesso e oferecer um atendimento digno e com qualidade. Podendo então afirmar que os profissionais, sem exceção, se encontram preparados para receber o usuário, a qualquer momento e em qualquer espaço, dentro da Unidade de Saúde ou fora dela, seja na rua a caminho das visitas domiciliares ou nas casas. Ao receber este usuário, a regra geral é saber ouvi-lo e compreender a sua necessidade no momento. Sua necessidade pode ser a mais simples ou a mais complexa, mais é imprescindível que o profissional, possa direcioná-lo, de forma a apontar o caminho mais curto e com maior chance de resolutividade.

Neste âmbito, onde todos são capazes de resolver os problemas de menor complexidade e encaminhar de forma mais adequada, é que ocorre a diminuição da demanda pelos atendimentos médicos e de enfermagem, os quais podem ser voltados para problemas de sua real competência, possibilitando assim maior qualidade na assistência e efetividades das ações. Assim um usuário que procura a enfermeira para saber sobre a previsão de data de uma consulta especializada, pode ser atendido diretamente pela recepcionista, que se encontra capaz de prestar a informação correta e realizar orientações pertinentes.

Um usuário que encontra com um agente comunitário de saúde na rua e pede que agende uma consulta para conseguir uma dieta, será orientado a se consultar com a nutricionista. Um usuário diabético que deseja uma consulta médica de rotina, será orientado a passar primeiramente pela enfermeira, a qual solicitará exames laboratoriais, de modo que na consulta com a médica, o usuário já possa estar com os resultados em mãos. Todas estas situações são exemplos de otimização do atendimento, na medida em que proporciona resolutividades aos problemas ou necessidades apresentadas pelos usuários sem que tenham que enfrentar filas, e viabiliza o caminho mais adequado para cada situação, considerando, desta forma, o princípio da integralidade.

Com a implantação e utilização do protocolo de acolhimento e do fluxograma de atendimento à demanda espontânea, espera-se que haja maior organização e qualidade no atendimento aos usuários pertencentes ao PSF Santo Amaro Das Brotas.

Além disso, espera-se obter muitos benefícios, tais como: o fim das filas de madrugada; a diminuição significativa ou até mesmo eliminação das filas de espera; a construção de um vínculo estreito entre equipe e comunidade; o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre profissional e usuário; uma maior credibilidade no

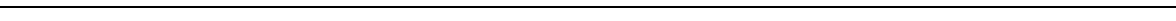
---

---

serviço de saúde; maior agilidade na resolução dos problemas; otimização das atividades e ações de saúde; e o mais importante: fazer com que o usuário reconheça o PSF como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

---

---





---

### **CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério**

A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa “ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (BRASIL, 2010b). Devem, portanto, ser ofertados a homens e mulheres adultos, jovens e adolescentes informação, acesso e escolha a métodos eficientes, seguros, permissíveis, aceitáveis e não contrários à Lei nº 9.263/1996, além da oferta de outros métodos de regulação da fecundidade e o direito ao acesso a serviços apropriados de saúde para o pré-natal, o parto e o puerpério. (BRASIL, 1996; BRASIL, 2011b)

O planejamento reprodutivo, designa um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual. (HEILBORN et al, 2009)

Diante o exposto, na unidade de saúde Santo Amaro Das Brotas realizamos consulta de planejamento familiar onde promovemos ações educativas para homens e mulheres, sobre a decisão de ter filhos ou não, através de conversas individuais e em grupos, proporcionando à pessoa condições para avaliar suas próprias vulnerabilidades, tomar decisões sobre ter ou não filhos, assim como programar a gravidez e o parto nas condições mais adequadas. Além disso, são oferecidas informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometem a sua saúde, garantindo direitos iguais para as mulheres, para os homens e para o casal, num contexto de escolha livre e informada.

Nessa perspectiva, oferecemos orientações aos usuários sobre todos os métodos contraceptivos e seus mecanismos de ação, permitindo a livre escolha do usuário e garantindo o acesso ao método escolhido e o seguimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, se disponibiliza gratuitamente mais de um tipo de contraceptivo, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida. São eles: preservativo masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, anticoncepção de emergência e minipílula.

Igualmente orientamos os usuários sobre os métodos comportamentais, que estão embasados na auto-observação que ocorre no organismo ao longo do ciclo menstrual,

---

---

sendo necessário que as usuárias tenham ciclos menstruais regulares e que exista cumplicidade entre o casal, tais como o método de Ogino-Knaus, temperatura basal corporal e mucocervical ou Billings; de modo que os usuários recebam informações sobre as diversidades de os métodos de forma igual e tenham acesso a eles para que escolham livremente, de forma segura, confiável e adequada nos diferentes momentos da vida reprodutiva, de acordo com a história de saúde e adaptação ao método. Em cada consulta aborda-se ainda a importância da saúde sexual e reprodutiva, estimulando a adoção da dupla proteção, a fim de garantir a prevenção das DST/HIV/Aids e da gravidez não planejada e/ou indesejada.

Por meio do respeito à pessoa no trabalho diário, a equipe tem conseguido a construção de um relacionamento confiável e saudável entre os profissionais e usuários, onde discutimos conteúdos sobre diversidade sexual, relações de gêneros e prevenção de HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sempre abordando a diversidade sexual numa perspectiva de valorização da dignidade da pessoa humana, com ênfase no enfrentamento da homofobia, do preconceito e da discriminação de gênero.

Além disso, a equipe realiza diversos procedimentos na área com potencial na prevenção e promoção da saúde sexual, tais como testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis, palestras em escolas e em espaços da comunidade, com parceria da rádio do município; incentivando em cada intervenção a prática do sexo seguro e a necessidade de proteção e negociação do uso da camisinha.

Na nossa área de abrangência não temos casos diagnosticados de HIV, mas a equipe de saúde é capacitada sobre a importância da notificação e encaminhamento adequado ao serviço especializado dos casos diagnosticados de HIV, bem como para realizar acompanhamento conjunto com o serviço especializado, contribuindo para que as pessoas diagnosticadas e em uso de terapia antirretroviral, tenham uma melhor adesão ao tratamento e contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

No entanto, temos na área um alto índice de Infecções Sexualmente Transmissíveis (Sífilis, Gonorreia e Tricomoníase) que são diariamente diagnosticadas e adequadamente tratadas por meio da abordagem sindrômica e dos fluxogramas propostos para cada síndrome pelo Ministério da Saúde, a fim de romper a cadeia de transmissão dessas doenças, evitar as complicações advindas das IST, assim como a transmissão do HIV e a regressão imediata dos sintomas.

---

---

Entre as ações preventivas que realizamos na área estão as discussões em grupos (jovens, gestantes, idosos) sobre saúde sexual, as rodas de conversas, dramatizações, e outros mecanismos que de maneira dinâmica, facilitam a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo, com especial atenção na formação e fortalecimento de vínculos e cujo objetivo principal é despertar em jovens, gestantes e idosos a importância do uso do preservativo nas relações sexuais.

A assistência pré-natal está associada à redução da mortalidade materna e infantil, assegurando a saúde tanto da mãe quanto do feto ou recém-nascido, através da prevenção, identificação e diagnóstico precoces de eventos indesejáveis. (BRASIL, 2012c). O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”.

Para facilitar a captação precoce no primeiro trimestre da gestação, fazemos busca ativa das gestantes da Unidade, inclusive adolescentes, por meio de visitas domiciliares preferencialmente pelos agentes de saúde, que consiste na busca ativa das mulheres que apresentam amenorreia há mais de quinze dias e na orientação quanto a importância do pré-natal.

Além disso, nas reuniões de avaliação realizadas ao final de cada mês fazemos levantamento periódico das gestantes do bairro, incluindo as que fazem pré-natal em serviço privado, conseguindo assim um adequado acompanhamento da evolução da gestação e garantindo o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal no município.

O cartão da gestante é uma fonte primária de informação para avaliar os cuidados prestados durante a assistência ao pré-natal, utilizadas para registrar todas as intervenções realizadas com a gestante (BRASIL, 2012). Por este motivo, em cada consulta pré-natal preenchemos adequadamente a caderneta da gestante, com anotações legíveis e completas das informações principais sobre o curso da gravidez, como: identificação, número do Cartão Nacional de Saúde, antecedentes obstétricos, dados da anamneses, exame físico, vacinação, exames complementares realizados, condutas e hospital de referência para o parto, entre outros dados, visando permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, garantir o fluxo de informações entre os serviços de saúde no sistema de referência e contra-referência, assim como uma

---

---

maior qualidade no acompanhamento do período gestacional com uma abordagem qualificada e humanizada.

Após o diagnóstico de gravidez, damos início ao acompanhamento da gestante, e na primeira consulta pré-natal solicitamos todos os exames complementares recomendados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de um diagnóstico precoce, sendo repetidos alguns exames no início do 3º trimestre da gestação. São eles:

- Hemograma
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Coombs indireto (se for Rh negativo)
- Glicemia de jejum
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV
- Anti-HIV
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Exame de urina e urocultura
- Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional.
- Citopatológico de colo de útero (se necessário)
- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica)
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
- Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

As IST, quando diagnosticadas durante o período gestacional, também são adequadamente tratadas, através da estratégia de abordagem sindrômica recomendada pelo Ministério da Saúde, a fim de realizar um tratamento oportuno e efetivo das mesmas, prevenindo complicações e reduzindo o risco de disseminação.

A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais. Seja em termos de micro ou macronutrientes, o inadequado aporte energético da gestante pode levar a uma competição

---

---

---

entre a mãe e o feto, limitando a disponibilidade dos nutrientes necessários ao adequado crescimento fetal (MELO et al., 2007).

Dada a importância de uma alimentação adequada ao longo do período gestacional, para o bom desenvolvimento do feto e para a prevenção de complicações durante a gravidez e o parto, orientamos em cada consulta quanto aos cuidados nutricionais na gestação, pois é uma fase muito importante na vida da mulher e requer cuidados especiais, como por exemplo:

- Ter uma alimentação balanceada.
- Fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer.
- Beber água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia.
- Consumir frutas, legumes e verduras, para fornecer vitaminas, minerais e fibras, essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna.
- Beber sucos naturais de frutas.
- Consumir alimentos ricos em proteína como carnes, aves, peixes, ovos, vísceras e feijão, para prevenir anemias.
- Incluir diariamente nas refeições cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim; já que são a principal fonte de energia para a realização das funções do organismo.
- Consumir leite e derivados (queijo e iogurte), como boa fonte de cálcio, importante para o crescimento ósseo fetal.
- Diminuir a quantidade de sal na comida.
- Cozinhar com óleo vegetal, evitando o surgimento de obesidade e hipertensão arterial, entre outras.

Além da alimentação saudável, as gestantes são incentivadas a realizar atividade física, a evitar o fumo e o consumo de álcool, visando a redução de riscos tanto para a gestante quanto para o conceito. O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar. (BARACHO, 2007)

Nesse sentido, orientamos desde o pré-natal, sobre a importância do retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto, para a consulta de

---

---

puerpério. Logo após a alta da maternidade, nessa primeira semana, a equipe realiza visita domiciliar com o objetivo de avaliar o estado de saúde da mãe e do recém-nascido, bem como de proporcionar ações preventivas que contribuem para a redução da mortalidade infantil, como a orientação sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, a checagem da vacinação e o estímulo ao aleitamento com orientações à puérpera.

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribuem para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas (WHO, 1998). Durante a assistência pré-natal, orientamos às mulheres sobre os benefícios da amamentação exclusiva por seis meses e a manutenção do aleitamento materno complementado até os dois anos ou mais, assim como as desvantagens do uso de leites não humanos, e orientações quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

Depois de refletir sobre o produzido em relação ao planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, podemos dizer que nossa equipe está organizada para este acompanhamento, pois contamos com uma adequada infraestrutura e com profissionais capacitados que trabalham com competência e dedicação para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério.

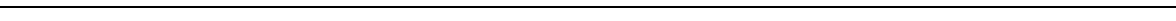
Dentro das fragilidades enfrentadas pela equipe, merece destaque o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de vida, apesar do pré-natal adequado e do grande incentivo e orientações realizadas pelos profissionais de saúde ao mesmo. A lactação é um dos elementos essenciais ao crescimento físico, funcionamento imunológico e desenvolvimento psicológico de crianças, especialmente ao longo do primeiro ano de vida (ICHISATO, 2002). O leite humano é, consensualmente, o único alimento capaz de atender, de maneira adequada, a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo dos lactentes (RAMOS, 2003).

O profissional da saúde deve identificar durante o pré-natal os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante a fim de promover educação em saúde para o aleitamento materno (ONOFRE, 2012). Assim, nosso objetivo é promover o aleitamento materno exclusivo a partir do desenvolvimento de uma intervenção educativa em um grupo de gestantes atendidas na equipe 2 da unidade básica de saúde Santo Amaro Das Brotas.

---

Estratégia para alcançar os objetivos/metasp	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismo e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizar uma intervenção educativa sobre a importância do aleitamento materno exclusivo em gestantes da equipe 2 do município Santo Amaro Das Brotas.	Capacitar à equipe sobre o tema e a metodologia a ser utilizada na intervenção.  Oferecer atividades teóricas explicativas através de palestras e dinâmica de grupo às gestantes, sobre a importância do aleitamento materno exclusivo.	1- Recursos humanos:  -Equipe de Saúde da Família. -ESF Santo Amaro Das Brotas  2- Recursos materiais:  -Computador, -Impressora -Resma de papel A4 – 1 -Caixa de canetas tipo piloto com 12 unidades – 1 -Cartucho HP 1018 Preto – 1 -Livro de ata	-Aumentar o nível de conhecimento das gestantes.  -Fortalecer o estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.	-Médico da equipe	Desde maio até junho de 2018, com uma frequência quinzenal.	Capacitação realizada.  Palestras realizadas com registro em livro de ata.

Ao final dessa intervenção, espera-se aumentar o nível de conhecimentos das gestantes da equipe 2 do município Santo Amaro Das Brotas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, assim como as consequências do desmame precoce e as técnicas de amamentação, com a finalidade de aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida. Ao mesmo tempo, pretende-se fortalecer o trabalho em equipe com a participação de cada profissional nas decisões tomadas, em reuniões de equipe ou individualmente, possibilitando maior qualidade na assistência pré-natal e sucesso nas atividades educativas.





---

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

A Reforma Psiquiátrica tem construído importantes ações e intervenções que vêm consolidando a produção de uma clínica ampliada em saúde mental. Tem como ênfase principal a desinstitucionalização, com a conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas, bem como a cidadania do usuário com transtorno psíquico vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (TENÓRIO, 2002).

Exige-se, cada vez mais, a produção de novos modos de cuidado em saúde mental que operem na produção de subjetividade e provoquem novos modos de existência, atuando na desconstrução de estigmas acerca da saúde/doença psíquica no âmbito coletivo (GUIMARÃES et al., 2001).

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade (BRASIL, 2003).

No município de Santo Amaro Das Brotas é por meio da Atenção Básica de Saúde que se estrutura a rede de atendimento à saúde mental, uma vez que segundo critérios populacionais os municípios com menos de 20.000 habitantes não dispõem de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Por esta razão, foi pactuado abrir um CAPS regional localizado no município mais próximo geograficamente (Maruim), para o atendimento de pessoas com problemas de saúde mental, pertencentes aos municípios de Santo Amaro Das Brotas e Maruim; e assim alcançar o limite populacional orientado pelo Ministério de Saúde.

O CAPS de Maruim foi aberto desde o 2006 com atendimento para pessoas de toda faixa etária que sofrem transtornos mentais severos e persistentes e usuários de álcool e outras drogas. O pessoal de nosso município com problemas de saúde mental é trasladado ao CAPS em transporte público duas vezes por semana. Funciona de manhã e de tarde, durante os cinco dias úteis da semana. A equipe multiprofissional do CAPS está

---

---

composta por um médico psiquiatra, uma enfermeira com formação em saúde mental, uma psicóloga, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicopedagoga, professora de educação física entre outros profissionais necessários ao projeto terapêutico. A assistência prestada aos usuários no CAPS inclui as seguintes atividades:

- ✓ Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros).
- ✓ Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)
- ✓ Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio.
- ✓ Atividades físicas.
- ✓ Visitas domiciliares.
- ✓ Atendimento à família.

No município de Santo Amaro Das Brotas, há uma alta demanda de atendimentos de saúde mental, sendo cotidiano o acolhimento de portadores de sofrimento psíquico do território adscrito na nossa unidade básica de saúde.

Todas as quintas-feiras pela manhã realizamos consultas de saúde mental programadas, e de tarde visita domiciliar, para conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores. Além disso, temos na unidade uma psicóloga que realiza consultas duas vezes por semana.

Os casos de urgência psiquiátrica são encaminhados para a Unidade de Urgência Clínica e Mental do Hospital São José, localizado na capital do Estado.

Neste município, a Atenção Básica de Saúde é responsável por organizar e desenvolver o atendimento a esta demanda obedecendo ao modelo de cuidados de base territorial, com o objetivo de acolher e estabelecer vínculos terapêuticos.

Com o incentivo de melhorar a linha de cuidados em saúde mental, se elaborou uma ficha espelho para registrar todos os usuários em uso crônico de psicotrópicos de nossa área. Primeiro colocamos a identidade pessoal, data de nascimento, cartão nacional de saúde, endereço e telefone. Depois disso, descrevemos em formato de tabela os diagnósticos, para ter um resumo útil dos problemas de saúde da pessoa, com os medicamentos, apresentação e as doses terapêuticas, numa sequência lógica, com avaliação ou não pelo psiquiatra. Além disso, decidimos colocar também em formato de tabela as

---

---

datas das consultas médicas agendadas para obtenção de receita de psicotrópicos e comparecimentos, para ter um maior controle da adesão ao tratamento.

O instrumento construído foi apresentado na reunião de avaliação da equipe, e se discutiram as ações que poderiam ser feitas para fazer os registros adequados e assim, estar apto para alcançar este indicador na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O engajamento dos trabalhadores das Equipes da Estratégia de Saúde da Família com a Saúde Mental tem resultado em experiências bem-sucedidas, demonstrando ser possível a articulação seguindo os princípios do SUS com os da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Para demonstrar o funcionamento da rede de pessoas e serviços de saúde mental em nosso território, selecionou-se um caso de uma pessoa atendida na nossa unidade básica, com necessidade de uma atenção integral em saúde mental e da construção de sua linha de cuidado.

Trata-se de uma mulher, 68 anos, aposentada, portadora de Hipertensão arterial, depressão moderada, e uma vez teve ideia suicida faz 9 meses quando faleceu seu marido; com tratamento e acompanhamento conjunto no CAPS e nossa unidade de saúde. Há dois dias teve uma visita domiciliar pela agente de saúde da sua área, e a mesma percebeu que a usuária estava num episódio depressivo, chorando muito, além de não querer falar com ninguém, ficar sozinha no quarto, não ter vontade de fazer nenhuma coisa na casa. Uma vizinha contou para ela que seu único filho que morava em São Paulo havia se separado da esposa e retornado para morar com a mãe. Ele não trabalha, é usuário de álcool faz mais de 5 anos, a família tem tentado levar a consulta para avaliação e encaminhamento para o CAPS e ele não quer. Refere usuária que quando ela não está em casa ele rouba seu dinheiro, faz bagunça na casa e não tem respeito para com ela.

A agente de saúde dessa área trouxe o caso dessa mulher na reunião de equipe para que nós avaliássemos o caso.

### **Análise e Diagnóstico.**

Depressão moderada, caracterizada pelo episódio de choro frequente, não querer falar com ninguém, ficar sozinha no quarto, e não ter vontade de fazer nenhuma coisa na casa.

### **Construção da linha de cuidado.**

---

---

Começamos a fazer a visita domiciliar com a psicóloga do município, que foi o começo do atendimento tanto para ela como para seu filho. Ele não estava em casa quando fizemos a visita domiciliar como parte do acompanhamento da família. Refere a usuária que ele fala que não tem nada e que não precisa atendimento médico.

Agendamos consulta para a usuária para o outro dia, a avaliamos, e a equipe toda determinou que deveria ser avaliada pelo psiquiatra. Houve então um contato com a coordenação com o CAPS regional, foi agendada uma consulta para o outro dia, ela foi avaliada e medicada, e o psiquiatra retornou à ligação para o posto de saúde para nos informar que decidiu incorporar psicoterapia e atividades físicas, como tratamento adjuvante não farmacológico, e que o acompanhamento da idosa fosse em conjunto com o posto de saúde. Desta forma a usuária está compensada de todas suas doenças melhorando sua qualidade de vida.

Nessa abordagem, percebeu-se a importância de a equipe de saúde acolher os aspectos subjetivos em todas as ações que desenvolve e que não é estratégico criar um momento ou espaço exclusivo de acolhimento em saúde mental. Esta experiência possibilitou a criação de novos modos de agir e intervir dentro da equipe, que passou refletir sobre como atender a demanda de saúde mental. Além disso, a equipe percebeu que o processo de discussão dos casos, gerado a partir do acolhimento de saúde mental, deve ser extrapolado para todas as linhas de cuidado, o que permite maior compreensão e troca entre os profissionais, refletindo numa ação integral e mais resolutiva para os usuários.

---

---



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

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. No entanto, os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades. (BRASIL, 2009). A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida, onde por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial (CAMPOS *et al.*, 2011).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo norteador da assistência à saúde da criança, com ênfase na vigilância de fatores que podem interferir nesse processo. Assim, o acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde é configurado como uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes e para o alcance de melhor qualidade de vida (MONTEIRO, 2000).

De acordo com o exposto, no presente mês foi realizada uma reunião com a equipe 2 do PSF Santo Amaro Das Brotas, para uma melhor avaliação das ações referentes à “Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”. Para realizar este processo foi escolhido o questionário a seguir, disponibilizado no material do curso. Nesse momento fizemos uma análise real das ações preconizadas, de modo a servir como ponto de partida para o desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Quadro 1: Ações referentes à “Atenção à Saúde da Criança na ESF Santo Amaro de Brotas

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	X	

seu acompanhamento?		
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	

Na Unidade de Saúde de Santo Amaro Das Brotas realizamos todas as terças-feiras, consultas programadas de puericultura de acordo com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde: sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção serão vistas com maior frequência.

---

A consulta de puericultura visa reduzir a incidência de doenças, favorecendo um crescimento saudável com um acompanhamento periódico e sistemático com seguimento de seu crescimento e desenvolvimento, monitoramento da vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, manutenção de aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, buscando à intervenção efetiva e apropriada (CAMPOS *et al.*, 2011).

Nesse sentido, orientamos desde o pré-natal, sobre a importância do retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto, para a consulta de puericultura. Logo após a alta da maternidade, nessa primeira semana, a equipe realiza visita domiciliar com o objetivo de avaliar o estado de saúde da mãe e do recém-nascido, bem como de proporcionar ações preventivas que contribuem para a redução da mortalidade infantil, como a orientação sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, a checagem da vacinação, verificar a caderneta de saúde da criança e relatório de alta da maternidade; orientar registro de nascimento; orientar e realizar teste do pezinho e incentivar o aleitamento materno com orientações à puérpera. Caso o recém-nascido (RN) tenha sido classificado como de risco, a visita acontece nos primeiros 3 dias após a alta.

Nas reuniões de avaliação realizadas ao final de cada mês, fazemos levantamento de nascidos vivos no mês, de recém-nascidos pesados ao nascer, com menos de 2500 gramas, prematuros, além do número de crianças com vacinação em dia, de modo a manter atualizado o cadastramento de crianças até dois anos do território, conseguindo assim um adequado acompanhamento da evolução do crescimento e desenvolvimento da criança e garantindo o monitoramento do desempenho da puericultura no município.

A caderneta de saúde da criança (CSC) é um instrumento de vigilância que facilita o acompanhamento integral da saúde infantil (ALVES *et al.*, 2009). Por este motivo, em cada consulta de puericultura preenchemos adequadamente a caderneta de saúde da criança e o prontuário, com anotações legíveis e completas, das informações principais como: anamnese e exame físico, peso, comprimento ou altura e perímetro cefálico; estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, alimentação, vacinas em dia, teste do pezinho, prevenção de acidentes, violência familiar, identificação de problemas ou sinais de perigo segundo a idade, entre outros cuidados. Temos espelho das cadernetas de saúde das crianças, com informações equivalentes, que fica arquivada na Unidade Básica.

Realizamos busca ativa das crianças, através de visitas domiciliares, preferencialmente pelos agentes de saúde, afim de identificar atraso vacinal, atraso das

---



---

consultas de puericultura e orientação dos familiares. Nesse momento são anotadas as vacinas contidas na caderneta da criança, no cartão espelho, para poder ter o controle das vacinas já realizadas e as em atraso, assim como a data da próxima consulta agendada, para melhor monitoramento das crianças da área de abrangência.

Desde o pré-natal, orientamos às mulheres sobre os benefícios da amamentação exclusiva por seis meses e a manutenção do aleitamento materno complementado até os dois anos ou mais, além das desvantagens do uso de leites não humanos, e orientações quanto às técnicas da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança.

Dada a importância de uma alimentação adequada durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, orientamos em cada consulta quanto à prática correta do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a introdução adequada de alimentos a partir dessa idade, de forma gradativa, em adição ao leite materno, para atender às necessidades nutricionais da criança.

Em alusão à Semana Mundial da Amamentação (1º a 7 de agosto), que tem como tema Amamentação: a base da vida, os profissionais do PSF Santo Amaro Das Brotas realizamos um evento com gestantes, puérperas e mães do município: “Hora do Mamaço, ” marcando o agosto Dourado, com apresentação cultural, e exposição de fotos de mães amamentando, e dos pais apoiando. Foi uma atividade exitosa que reforçou a importância do leite materno para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças.

---

---



## CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção

### Primária à Saúde

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um sério problema de saúde pública para todos os países do mundo, são a principal causa de morbimortalidade e responsáveis por 58,5% de todas as mortes, dentro delas as mais frequentes a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), estando associadas sua incidência e prevalência ao envelhecimento populacional (FERREIRA et al., 2011).

A população do município Santo Amaro Das Brotas de forma geral, tem uma elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus, estas doenças são mais comuns nas pessoas da terceira idade, sendo a Hipertensão Arterial a mais frequente.

Em resposta ao desafio das DCNT, nossa equipe decidiu realizar uma reunião para avaliar a assistência prestada aos usuários com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis na Estratégia de Saúde da Família Santo Amaro de Brotas.

Para realizar este processo utilizou-se como instrumento de avaliação um questionário que norteia-se pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para avaliar as ações de controle das DCNT. Foi um processo intenso que nos permitiu refletir sobre a realidade da atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis no território, e resolvemos compartilhar através deste relato de experiência. O primeiro momento foi o preenchimento do quadro abaixo.

Quadro 2: Ações de controle das DCNT na ESF Santo Amaro de Brotas

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	/	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	1 dia		1 dia	

A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
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		
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	
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X

**EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE**

<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	<b>X</b>	
Após a identificação de usuário com obesidade ( $IMC \geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?	<b>X</b>	
<b>Se SIM no item anterior, quais ações?</b>		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>X</b>	
Oferta ações voltadas à atividade física	<b>X</b>	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	<b>X</b>	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		<b>X</b>
Encaminha para serviço especializado	<b>X</b>	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	<b>X</b>	

---

Todas as sextas-feiras realizamos consultas de Hiperdia (programa para acompanhamento de hipertensos e diabéticos), com o objetivo de ampliar o vínculo entre os usuários e profissionais de saúde, assim como facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos, à realização de exames periódicos e às orientações necessárias para adotar um estilo de vida saudável.

A equipe utiliza para o cadastro ou acompanhamento mensal das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus a Ficha B-HÁ e a Ficha B-DIA respectivamente. Os dados são coletados e preenchidos pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares.

É cotidiano o acolhimento de usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, sendo a primeira consulta no mesmo dia em que o usuário vai à unidade de saúde. Além disso, realizamos acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com HAS e programamos as consultas e exames em função da estratificação de risco, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Para garantir o acesso aos cuidados em tempo oportuno, a equipe coordena a fila de espera e o acompanhamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção, visando melhorar o acesso aos serviços de saúde. Temos um registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção, para dar melhor seguimento aos usuários em conjunto com a atenção especializada.

Dentre das complicações do diabetes estão: retinopatia diabética, edema macular diabético, pé diabético, infarto, dentre outros. Para evitar o aparecimento das úlceras e, como consequência, as amputações, realizamos exame do pé diabético periodicamente nos usuários portadores de diabetes, tanto nas consultas quanto nas visitas domiciliares, com qualidade e resolutividade.

No entanto, não contamos em nossa unidade básica com o oftalmoscópio, instrumento utilizado para a observação das estruturas oculares, por isso a equipe solicita o exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com Diabetes Mellitus, para a detecção de possíveis complicações oculares.

Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico e diabetes aumentam com o aumento de peso. Considerando isso, a equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) de todos os usuários atendidos e após a identificação de

---

---

usuário com obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), realizamos o acompanhamento dos mesmos na Unidade Básica de Saúde.

No município não temos equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica que apoie o acompanhamento destes usuários na unidade básica, assim os usuários com obesidade são encaminhados para serviço especializado para avaliação por Nutricionista.

Vale ressaltar que no acompanhamento de usuários com sobrepeso/obesidade em consulta individual o em grupo de educação em saúde, oferecemos intervenções de aconselhamento e de mudança de comportamento, como o incremento da atividade física aliada à alimentação saudável na busca pela qualidade de vida. Nessa perspectiva, nossa equipe criou um grupo de hipertensos e diabéticos onde realizamos encontros de educação em saúde quinzenalmente.

Através de palestras, rodas de conversa, dinâmicas de grupo, teatros e vídeos são debatidos temas como conceito e fatores de risco para HAS, tabagismo, etilismo, Diabetes, obesidade e sedentarismo, entre outros. Ações neste sentido são consideradas importantes, pois além da prevenção, despertam nos usuários uma atenção especial quanto aos cuidados com a saúde, gerando bem-estar físico, mental e social.

Esta análise nos colocou na frente de uma série de desafios e dificuldades, desde as relacionadas ao acesso das consultas especializadas e até mesmo nos exames complementares, principalmente os de imagens. Mas também nos ajudou a perceber que temos muitas potencialidades, pois contamos com uma adequada infraestrutura e com profissionais da assistência e da gestão capacitados e dedicados à profissão e que trabalham com competência para garantir o bem-estar dos indivíduos residente no município.

Com a realização desta microintervenção espera-se melhorar a assistência prestada dos usuários acompanhados com doenças crônicas não transmissíveis na Unidades Básica de Saúde. Além de fortalecer o trabalho em equipe, com a perspectiva de aproximar-nos para reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que nos permitam atender as necessidades de saúde de nossa população com a melhor qualidade possível.

---

---





## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

### PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde	Na UBS Santo Amaro Das Brotas foi realizado um processo de avaliação com a equipe 2 para a elaboração do diagnóstico situacional da Unidade de Saúde. Se identificou como problema baixo nível de conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis observado principalmente em adolescentes. Nosso objetivo foi avaliar o conhecimento sobre IST em adolescentes, através de uma intervenção educativa sobre IST em adolescentes matriculados em uma determinada Escola Pública do município Santo Amaro Das Brotas.	Aumento do nível de conhecimento dos adolescentes do município Santo Amaro Das Brotas, sobre IST.	Criar um banner (sala de situação) para o monitoramento mensal dos indicadores de saúde.  Continuar desenvolvendo mensalmente atividades educativas de forma integrada por profissionais e gestores em saúde, bem como implementar esta estratégia entre as diferentes faixas etárias, visando à adoção de práticas preventivas que sejam adequadas ao contexto de cada indivíduo.  Realizar registro das atividades em livro de ata.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	Se realizou um estudo sobre o acolhimento dos usuários na ESF Santo Amaro Das Brotas, para verificar a sua eficácia e assim oferecer subsídios à sua consolidação na Unidades de Saúde, procurando, ao mesmo tempo, viabilizar seu aperfeiçoamento, enquanto tecnologia de organização de serviços de saúde.	Maior organização e qualidade no atendimento dos usuários pertencentes ao PSF Santo Amaro Das Brotas.	Monitoramento através dos relatórios consolidados do e-SUS/AB e discussão pela equipe de saúde nas reuniões de avaliação.

<p>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério</p>	<p>Na equipe 2 da ESF Santo Amaro Das Brotas se realizou uma reflexão sobre como é feito o Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério na área de saúde. Se destacou como fragilidade o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de vida. Nosso objetivo foi promover o aleitamento materno exclusivo a partir do desenvolvimento de uma intervenção educativa em um grupo de gestantes atendidas na equipe 2 da ESF Santo Amaro Das Brotas</p>	<p>Aumento do nível de conhecimento das gestantes.</p> <p>Redução do número de desmame precoce em crianças de 0 a 6 meses.</p>	<p>Monitoramento através da sala de situação e discussão pela equipe de saúde nas reuniões de avaliação.</p> <p>Criar um espaço (sala de reuniões) para brindar informações necessárias sobre boas prática do aleitamento materno às gestantes, puérperas, mães com filhos menor de 6 meses, sogra e esposo para lograr a conscientização da população sobre a importância do aleitamento materno. Programar as atividades com registro em livro de ata.</p>
<p>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</p>	<p>Na equipe 2 da ESF Santo Amaro Das Brotas se realizou uma avaliação das ações referentes à Atenção à Saúde da Criança, com o objetivo de monitorar os fatores que poderiam interferir nesse processo. Utilizou-se um questionário de modo a servir como ponto de partida para o desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.</p>	<p>Início oportuno das consultas de puericultura.</p> <p>Aumento no índice de aleitamento materno exclusivo.</p>	<p>Monitoramento através da sala de situação e discussão pela equipe de saúde nas reuniões de avaliação.</p>
<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Foi realizada uma reflexão sobre a estruturação das redes de atenção em saúde mental no município Santo Amaro Das Brotas com o objetivo de atuar de forma mais proativa e melhorar a linha de cuidados em saúde mental</p>	<p>Melhora da qualidade de vida dos usuários portadores de sofrimento psíquico no território.</p>	<p>Monitoramento através dos registros (ficha espelho) dos usuários portadores de sofrimento psíquico no território.</p>

---

Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	Em resposta ao desafio das DCNT, foi realizada uma avaliação da assistência prestada aos usuários com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis na ESF Santo Amaro Das Brotas. Utilizou-se como instrumento de avaliação um questionário que se norteia pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para avaliar as ações de controle das DCNT.	Controle das DCNT.  Melhora da qualidade de vida dos usuários portadores de DCNT.	Monitoramento através das Ficha B-HÁ e a Ficha B-DIA e discussão pela equipe de saúde nas reuniões de avaliação.
--	---	---	--

---



---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos resultados encontrados, podemos dizer que as microintervenções em saúde proporcionaram uma experiência positiva, pois permitiram momentos de estudo e análise do processo de trabalho, identificação de avanços, dificuldades e a reorientação das ações para as necessidades sentidas da população, aumentando o vínculo e a motivação dos profissionais da equipe, numa tentativa de transformação da realidade, através de reuniões mais periódicas, de um acolhimento mais adequado, posicionando-se junto ao problema do outro, e de práticas de educação em saúde, com proposições de monitoramento como aspectos chaves para alcançar a qualificação da APS no município Santo Amaro Das Brotas.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

[ALVES CRL, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública** [online]. 2009 Mar [acesso 2018 Fev 12]; 25(3):583-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/13.pdf>

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos da ginecologia e neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: **resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Anvisa; (2007a).

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 10, p. 1-3, 12 jun. 1992. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental** [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2010 fev. 15]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual técnico. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 121, p. 109-111, 27 jun. [2011b].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, [2010b]. (Caderno de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf)>.

---

---

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (MS). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica**. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2011a].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [2012c]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, [2012a].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Edição. Brasília: MS; (2007b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde; [2012b].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. 112p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2010a].

---

---

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.

CAMPOS, CEA. **Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde**. Rev. bras. saúde matern. infant. 2005; 5(supl. 1): s63-s69.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

CAMPOS RMC, *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm.** USP 2011.

CANELLA PRB. **Adolescência e doenças sexualmente transmissíveis**. In: Vitiello N, Conceição ISC, Canella PRB, Cavalcanti RC, organizadores. Adolescência hoje. São Paulo: Editora Roca; 1988. p. 123-34.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care**. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44(3):166-206. <http://dx.doi.org/10.2307/3348969>.

DORETO DT, Vieira EM. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2007;23(10):2511-2516.

FERREIRA, D. et al. Prevalência de fatores de riscos e complicações da Diabetes Mellitus tipo II em usuários de uma USF. **Rev Brasileira Ciências da Saúde**. vol 15N 3 issn. Brasil 2011.

GIOVANELLA L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GUIMARÃES J, et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Revista Saúde em Debate** 2001; 25:5-11.

---



---

HEILBORN, Maria Luiza et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CIDADES**. Sergipe. Santo Amaro Das Brotas. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/santo-amaro-das-brotas/panorama>. Acesso em: 15/04/2018.

ICHISATO SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Latino-Am Enfermagem** [internet]. 2002.

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família**. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MELO, Adriana Suely de Oliveira et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, jun. 2007.

MENDES, R. N. S. **Humanização & acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde**. 2010. 40 f. Monografia (Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 28, v. I: Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, [2013a]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica-volume1.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica-volume1.pdf). Último acesso em: 21 de maio de 2018 às 12h31min.

---

---

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 28, v. II: Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, [2013b]. Disponível em:

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf). Último acesso em: 21 de maio de 2018 às 11h32min.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONTEIRO CA, França Júnior I, Conde WL. Evolução da assistência materno–infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev Saúde Pública**. 2000;34(6):19-25.

NAUD P, MATOS JC, HAMMES LS, STUCZYNSKI JV, CHAVES EBM. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em Ginecologia, 5ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2008, 127- 149.

ONOFRE PSC, Oliveira PP, Belinelo RGS, Ferreira SSAS. **Conhecimento de gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde sobre o aleitamento materno**. J Nurs UFPE on line [Internet] 2012.

PASCHE, D.F. (2009). **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar**. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. V.13, supl.1, pp.701-8.

PIAGET J. **Intellectual evolution from adolescence to adulthood**. Human Dev. 1972; 15: 1-12.

RAMOS CV, Almeida JAG. **Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo**. J pediatr [internet]. 2003.

SHI L. **The Impact of Primary Care: A Focused Review**. Scientifica. 2012; 2012.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

---

---

TEIXEIRA CF. **Saúde da Família, Promoção e Vigilância**: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006.

TENÓRIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais; história e conceitos. **Revista História, Ciências, Saúde** 2002; 9:25-9.

VILAR, R. L. A. **Humanização na Estratégia Saúde da Família**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Geneva: World Health Organization; 1998

\_\_\_\_\_. Sexually **transmitted infections**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/>. Acesso em: maio. 2018.]

---

---

---

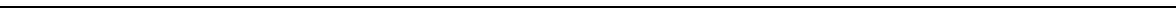
## APÊNDICES

---

---



[





---

## ANEXOS

---

---

---

## ANEXO 1

### Enquete sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Selecione com X.

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

1). Você conhece as Infecções Sexualmente Transmissíveis?

Sim ( ) Não ( )

2). Quais destas Infecções Sexualmente Transmissíveis conhece?

HIV ( ) Hepatite B e C ( ) HPV ( ) Tricomoníase ( )

Sífilis ( ) Clamídia ( ) Gonorreia ( )

3). Se você teve alguma dessas infecções, como as tratou?

Com ajuda Médica ( ) Sem ajuda Médica ( )

4). Como você suspeita que pode estar com alguma Infecções Sexualmente Transmissíveis?

Cociceira ( ) Corrimento ( ) Ferida na região genital ( )

Dor ao fazer xixi ( )

5). Você conhece algum método para evitar o contágio das Infecções Sexualmente Transmissíveis?

Sim ( ) Não ( )

6). Quais métodos conhece para evitar Infecções Sexualmente Transmissíveis?

Preservativo ( ) Pílulas anticoncepcionais ( ) DIU ( )

7). Você utiliza algum método para evitar o contágio dessas infecções?

Sim ( ) Não ( )

8). Qual método utiliza?

\_\_\_\_\_

9). Com que frequências você utiliza os métodos anticoncepcionais.

Sempre \_\_\_\_\_ Às vezes \_\_\_\_\_

10) Como você obtém informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Por unidades de saúde \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_

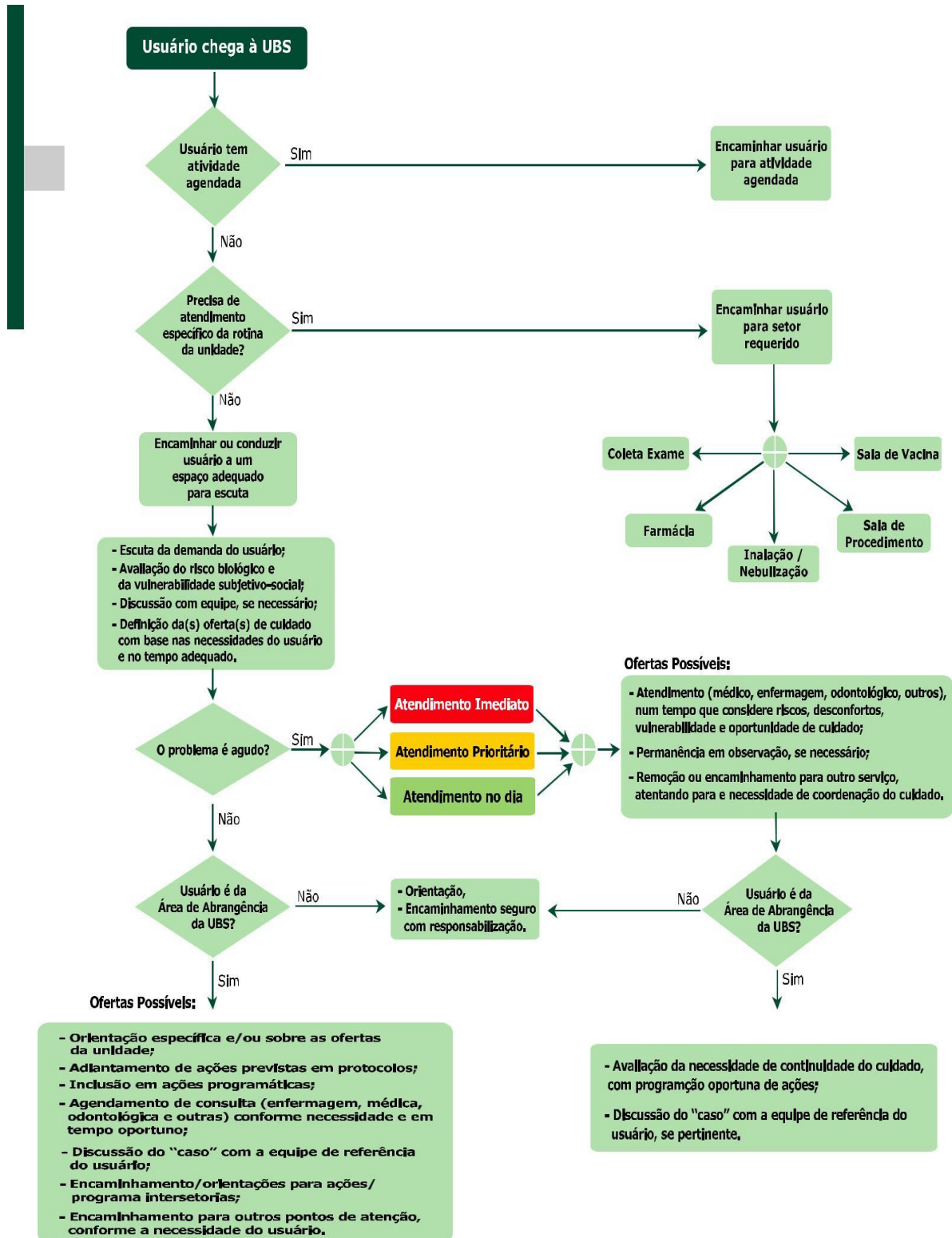
Amigos \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

---

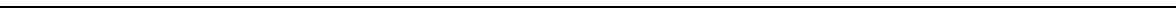


## ANEXO 2

**Figura 1: Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea.**



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.





]

