



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

**REGISTRO E MONITORAMENTO DAS SOLICITAÇÕES DE EXAMES,  
ENCAMINHAMENTO ÀS ESPECIALIDADES, BEM COMO OS RETORNO**

**FERNANDO SALOMON ZALDIVAR**



**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**

**FERNANDO SALOMON ZALDIVAR**



**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**

**FERNANDO SALOMON ZALDIVAR**

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: ISAAC ALENCAR PINTO**

DEDICATÓRIA  
**PARA MEU FILHO ESSA E MINHA INSPIRAÇÃO**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a toda minha família, colegas de trabalho e facilitador

## **RESUMO**

Com as micro-intervenções, nossa equipe de saúde pretende, melhorar em termos de quantidade como a qualidade o serviço para a população; partindo do acolhimento até a atenção e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis; como a atenção a população com doença mental.

Este estudo nos permitirá; conhecer, planejar, organizar melhor o nosso trabalho e aumentar sistematicamente o nível de conhecimento de nossa população em geral e, em particular de nossos pacientes em termos de planejamento reprodutivo e amamentação até os seis meses de idade

## SUMÁRIO

**CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde.Pag:1,2,3,4**

**CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.Pag:5,6**

**CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.Pag:7,8,9,10**

**CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária.Pag:11,12,13**

**CAPÍTULO V: Atenção á Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.Pag:14,15,16**

**CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.Pag:17,18,19**

**CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação.Pag:20,21,22**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS.Pag:23**

**REFERÊNCIAS.Pag:24**

**APÊNDICES.Pag:25**

**ANEXOS.Pag:26**

---

## APRESENTAÇÃO

Meu trabalho de conclusão do curso de forma foi realizado baseado em um problema da lista de fragilidades da Unidade Básica de Saúde na qual estou trabalhando. Tem como objetivo conseguir uma maior organização, assim como melhores condições de trabalho para os membros da equipe, conseguindo assim um impacto positivo para a população e uma interação positiva entre os membros da equipe. O trabalho está composto por capítulos nos quais se relata tudo o que acontece na unidade de saúde, as decisões que foram tomadas, os responsáveis por fazer o trabalho planejado, espera-se como resultados uma melhor atenção a população, que essa fique mais satisfeita com os serviços oferecidos, garantindo a resolutividade da equipe de trabalho.

---

## **CAPÍTULO I: MICROINTERVENÇÃO OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE.**

Este relato tem a finalidade de descrever a construção de uma microintervenção, realizada na equipe de saúde da família (ESF) do município de Timbaúba dos Batista. Em reunião, optamos em escolher o problema mais relevante da lista de problemas identificados, sendo este o registro e monitoramento das solicitações de exames, o encaminhamento às especialidades, também como os retornos. A importância da microintervenção na unidade de saúde é reduzir o tempo de espera e retorno a unidade, com o objetivo de concretizar o cuidado integral em um tempo oportuno, melhorar a qualidade e quantidade de atendimentos e aumentar a organização.

Na reunião, os participantes da equipe opinaram sobre os problemas mediante a auto avaliação ao utilizar a AMAQ a equipe conseguiu detectar as principais problemáticas, deficiências e fragilidades que estão afetando negativamente a qualidade do trabalho. Dentro da listagem de fraquezas e debilidades escolheram o problema que tem necessidade de resolutividade mais a curto prazo. A equipe não faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos; não dispõe de veículo em boas condições de uso, manutenção e segurança para realizar atividades externas programadas.

As estratégias para alcançar os objetivos foram reduzir o tempo de espera e retorno das informações da unidade, concretizar o cuidado integral em tempo oportuno, atenção por meio de ações e serviços pertinentes às práticas integrativas e complementares, coordenação do cuidado incluindo o acesso das ações e os serviços, atenção e cuidado programado-continuado tanto em a unidade de saúde como em os domicílios, promoção de saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde; apresentar a necessidade de um veículo institucional a secretaria de Saúde, os recursos necessários para a realização das atividades planejadas são os prontuários e os livros de encaminhamentos. Os responsáveis são a técnica de enfermagem, a enfermeira, o médico e o dentista. Os resultados esperados são a solução para as solicitações de exames, organização dos encaminhamentos e retornos. Responsável à técnica de

---

enfermagem. O prazo de tempo é de três dias para a adaptação e informar sobre as atividades realizadas, e um prazo de quinze dias para concluir a atividade indicada. O monitoramento se faz através dos livros de registro de encaminhamentos, livros de retorno, livros de registros de exames e da alimentação e-SUS.

As dificuldades encontradas foram que não tem livro de registro de alimentação dos dados, a equipe não tem ciência da importância de reportar os dados correspondentes dos usuários. As potencialidades de fazer essa microintervenção é melhorar e reduzir o tempo de espera de retorno das informações com mais fidedignidade. O impacto que observado com a microintervenção foi o aumento do percentual de resolutividade dos usuários. Espero com a continuidade desta microintervenção melhorar o percentual de qualidade de atendimento dos serviços aos pacientes.

A avaliação da ESF de Saudade junto com sua equipe de trabalho do município é um processo onde se faz um juízo das ações desenvolvidas, no âmbito de trabalho, com o objetivo de identificar, mediante os diferentes instrumentos avaliativos, e aplicar critérios e normas das características positivas e negativas do âmbito laboral. Além de melhorar as condições através dos planejamentos de ações que resolvam os problemas e melhore a qualidade dos atendimentos, superar concepções pré-formadas e complexas que apenas os especialistas podem compreender e podem diminuir a qualidade do trabalho em equipe. A auto avaliação é entendida como um ponto de partida da face de desenvolvimento do processo orientado para melhoria da qualidade que tem início na identificação do reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho, da gestão e das equipes de atenção à saúde, mobilizar iniciativas para mudanças e aprimoramento dos serviços.

A avaliação tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, realizando um conjunto de ações pela equipe de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo ministério da Saúde com o intuito de promover movimentos de mudanças da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

---

Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação do processo auto avaliativos no município.

#### Fragilidades

- A educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica e uma atividade que tem problemas porque a equipe não tem acesso a cursos instrutivos que aumentem seu conhecimento.
- A unidade básica de saúde não dispõe veículos em boas condições de uso, para realizar atividades externas programadas.
- A equipe não faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames e encaminhamento as especialidades assim como dos retornos.

#### Potencialidades

- A atenção integral à saúde é boa já que os doentes são consultados, pegam os medicamentos de grátis e são avaliados por os especialistas sim precisarem.
- A participação, controle social e satisfação do usuário são bons, já que a unidade básica de saúde junto com a equipe em seu trabalho diário satisfaz as necessidades em a saúde da população.
- Apresentar a necessidade de um veículo institucional a secretaria de Saúde.

#### Descrição do Padrão

- 1) A equipe não faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades;
- 2) A unidade básica de saúde não dispõe veículos em boas condições de uso, para realizar atividades externas programadas, como os retornos.

#### Estratégias:

- 1) Reduzir o tempo de espera e retorno das informações da unidade, concretizar o cuidado integral em tempo oportuno.
-

2) Atenção por meio de ações e serviços pertinentes as práticas integrativas e complementares; Coordenação do cuidado incluindo o acesso das ações e os serviços; Atenção e cuidado programado-continuado tanto na unidade de saúde como nos domicílios.

3) Os recursos necessários para a realização das atividades planejadas são os prontuários os livros de encaminhamentos a técnica de enfermagem a enfermeira o médico.

4) Os resultados esperados são a solução para as solicitações de exames, organizações dos encaminhamentos e retornos.

5) Superar as fragilidades identificadas no processo de trabalho, através de reuniões em equipe e com educação permanente.

---

---

## **CAPÍTULO II: AÇÕES PARA A MELHORA DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA**

Hoje trataremos sobre o aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Paulino dos Santos é composta por uma recepção, sala de espera para um mínimo de vinte pessoas. O acolhimento tem início na escuta do paciente em suas queixas por parte do agente de saúde ou recepcionista com o intuito de estabelecer se o paciente irá realizar uma consulta normal, de urgência ou emergência.

Essa classificação de risco é uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Assim, a implantação do acolhimento é o princípio do primeiro contato, o ponto de entrada mais fácil e próximo do usuário para os serviços de um sistema de saúde. Portanto, o acolhimento facilita a acessibilidade de atendimento e as intervenções necessárias para resolver um determinado problema de saúde.

O acolhimento é um encontro complexo entre dois ou mais sujeitos, que gera compromissos e eventualmente gera tensões também a partir das necessidades, dos interesses e dos direitos de cada um desses sujeitos. Portanto, é importante que redescubramos nossa vocação para o cuidado, superando as assimetrias que possam existir nessas relações, sejam de saber ou poder.

Assim, nossa equipe buscou em outras UBS suas experiências e debatemos em conjunto, para que possamos colocar em prática na nossa realidade a eliminação do sistema de fichas; para criar e organizar a Sala de escuta, onde o técnico de enfermagem, a enfermeira e o médico participam no início de cada turno, para atender as demandas do acolhimento e classifica-las de acordo suas prioridades clínicas, garantindo um atendimento mais adequado e equânime; permitindo avaliar e decidir rapidamente ações acertadas, iniciar ou auxiliar nos primeiros socorros e identificar vulnerabilidades individuais ou coletivas.

□ A potencialidade da microintervenção:

- A equipe oferece acolhimento coordenado e humanizado a todos os usuários da área de saúde.
-

- Realiza acolhimento da demanda espontânea durante todo o período de acolhimento da unidade básica de saúde.
  - Disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de maneira clara e acessível para os pacientes da comunidade.
  - Disponibiliza canais de comunicação, com a população de forma permanente e contínua.
    - As fragilidades do trabalho diário
  - A unidade tem problemas com a demanda espontânea e programada, o acolhimento, já que a demanda espontânea sempre é muito maior que a demanda planejada e as pessoas ficam querendo ser atendida: a equipe realiza um esforço na cobertura da quantidade de pessoas priorizando primeiro os pacientes que são de urgência.
  - A unidade não tem sala de escuta para uma melhor atenção aos usuários.
  - As mudanças observadas com a implantação do acolhimento é que nosso trabalho está mais organizado sem trazer prejuízos ao acesso, planejando melhor as demandas espontâneas e programadas e esperamos com sua continuidade, estar preparados para a para oferecermos atenção à saúde de nossos pacientes com a função de promover, prevenir, proteger, cuidar e recuperar saúde.
-

---

---

---

---

### **CAPÍTULO III: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**

A unidade Básica de Saúde localizada no município de Timbaúba dos Batista, estado do Rio Grande do Norte, tem um grupo de profissionais que atuam na atenção básica composto por uma enfermeira, um médico, um técnico de enfermagem e uma Especialista em Psicologia. Nós realizamos uma reunião mensal onde se fala e se oferece o conhecimento que são fundamentais para os integrantes da equipe sobre a saúde sexual na adolescência, a juventude e o pessoal da terceira idade.

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, 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.

Os serviços de saúde do município ao qual eu estou vinculado oferece ações educativas individuais, ao casal e em grupo, acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.

Além de informar a os usuários do SUS que o pré-natal é um direito e pode reduzir, consideravelmente as principais causas de mortalidade materna-infantil. As orientações iniciais e o acompanhamento durante o pré-natal, são fatores importante a serem considerados para a assistência humanizada.

O atendimento ou acompanhamento do pré-natal realizado em nossa unidade de saúde da família implica diferentes possibilidade de ações, que fomentem assistência de qualidade e atenção humanizada a mulher e familiares: acolhimento; consultas e exames adequados; identificação, monitoramento, acompanhamento de fatores de risco; imunização, atividade de educação em saúde, visita domiciliar e preparo para parto e nascimento humanizado.

Em algumas situações as mulheres já irão procurar o profissional de saúde com sinais que permitem o diagnóstico de gravidez sem a necessidade de solicitação de BhCG. Os sinais clássicos de confirmações de gravidez incluem:

---

ausculta de batimento cardíaco-fetal; visualização fetal através de exames de imagem, percepção de os movimentos fetal pelo examinador, sinal de pulos na 14ª semana de gestação.

Para o Pré-natal de baixo risco, o total de consulta deverá ser de seis, com o acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Recentemente a OMS fez uma nova recomendação, considerando como oito o número ideal de consultas na assistência pré-natal.

Os exames recomendados para a gestante: Hemograma, Triagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh -); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e\ou VDRL\RPR; Teste rápido diagnostico Anti HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para Hepatite B; Exame de urina e Urocultura.

O cálculo da idade gestacional, consiste em calcular o tempo da gravidez estabelecendo a conduta baseada na idade gestacional obtida; e tem como objetivo estimar o tempo gestacional em semanas.

O profissional de saúde deve conhecer os principais fatores de risco da gestante:

- Fatores relacionados as características individuais e as condições sócio demográficas desfavoráveis;
- Fatores relacionados a história reprodutiva anterior;
- Fatores relacionado a gravidez atual;
- Fatores relacionados a condições prévias.

Todo profissional de saúde envolvido na assistência humanizada ao pré-natal deve conhecer a importância do a imunização e aleitamento materno na gestante.

Após o pré-natal adequado e nascimento, a equipe precisa estar preparada para acompanhar o puerpério e a primeira semana de vida integral. A consulta puerperal é de extrema importância, pois faz parte de a assistência pré-natal. Atualmente foi proposta a realização da primeira semana de saúde integral; nesses primeiros sete dias, logo após do nascimento, está contemplada a primeira visita à puérpera e ao recém-nascido.

Essa visita é realizada pela equipe de ESF com o objetivo de verificar as condições de saúde da mãe e do RN. Proporcionar ações preventivas que

---

contribuem para a redução da mortalidade infantil: a triagem auditiva, checagem da vacinação e o estímulo ao aleitamento com orientações à puérpera.

No período pós-parto ocorrem as manifestações regressivas e a recuperação da genitália materna, além de importantes modificações locais e sistêmicas, que perdura até o retorno do organismo ao estado pre-gravídico. Essas transformações ocorridas no puerpério têm com finalidade restabelecer o organismo da mulher de forma geral.

Além das modificações fisiológicas necessárias para o restabelecimento do organismo materno as condições pré-gravídicas, ocorrem algumas intercorrências que precisam ser conhecidas pelos profissionais de saúde, pois estão entre as três principais causas de mortalidade materna: infecção puerperal, hemorragia puerperal e patologias da lactação.

#### Potencialidades em o trabalho em a unidade de saúde

- A presença em a UBS Manuel Paulino dos Santos de uma equipe de agentes comunitários de saúde que tem muito conhecimento sobre seu trabalho para as micro áreas.
- A realização de reuniões com a presença de todos os membros da equipe, onde se planeja o acompanhamento das gestantes.
- A disponibilidade de recursos gratuitos para todas as pessoas sem discriminação de remédios para o tratamento de as diferentes doenças que acontecem em a gestação, e em a população em idade fértil.

#### Fragilidades em o trabalho em a unidade de saúde

- As demoras em a primeira consulta de captação pré-natal e nos encaminhamentos das pessoas que querem planejar quando ter o não ter família.
- O baixo nível cultural de algumas gestantes, adolescentes e idosos e os baixos ingressos econômicos que tem a maior parte da população, que dificulta a compra de alimentos para sua nutrição.
- Se tem dificuldades com o seguimento programado para o puerpério, já que as puérperas vão à consulta só quanto precisam.

Nssa equipe fez um planejamento para resolver as três problemáticas citadas a cima: aumentar as visitas de saúde às mulheres que se encontram em idade reprodutiva; realizar reuniões mensalmente com o intuito de levar

---

informação às gestantes sobre a gestação, o puerpério e o tratamento com o neonato; aumentar as visitas às puérperas com o intuito de diminuir a quantidade de infecção puerperal, bem como efetuar planos para o tratamento das puérperas juntamente com os recém nascidos. .

---

---

## CAPÍTULO IV: : ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.

Essa microinvenção responderá as questões sobre as ações preconizadas para o PMAQ\AB em nossa Unidade de Saúde: Manoel Paulino dos Santos.

| QUESTÕES  | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| A equipe realiza consulta de Puericultura nas crianças de até dois anos.                              | x   |     |
| A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos.                    | x   |     |
| A equipe possui cadastramento atualizado de criança até dois anos do território.                      | x   |     |
| A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento.                           | x   |     |
| Há espelho das cadernetas de saúde da criança ou outra ficha com informações equivalentes na unidade. | x   |     |

No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:

| QUESTÕES  | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| Vacinação em dia  | x   |     |
| Crescimento e Desenvolvimento   | x   |     |
| Estado Nutricional  | x   |     |
| Teste do Pezinho  | x   |     |
| Violência familiar  | x   |     |
| Acidentes   | x   |     |
| A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS; Conselho Tutelar) | x   |     |

| QUESTÕES  | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| Prematuras  | x   |     |
| Com baixo peso  | x   |     |
| Com consulta de puericultura atrasada   | x   |     |
| A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para criança até seis meses  | x   |     |
| A equipe desenvolve ações de estímulo a introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança | x   |     |
| Possuem alguma atividade exitosa  | x   |     |

---

Na UBS Manoel Paulino dos Santos realizamos as ações preconizadas para o PMAQVAB. Para consegui-lo, nós temos além da equipe de saúde, consulta semanal dos especialistas em Pediatria e Ginecologia. Também realizamos a consulta de puericultura, utilizando os protocolos voltados para a atenção às crianças.

A equipe tem atualizado e cadastrado as crianças do território, utilizando a caderneta de saúde da criança para seu acompanhamento. Possuímos espelho das cadernetas de saúde das crianças, registro das vacinas em dia, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, acidentes e violência familiar, estímulo do aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

Para a articulação com nossa equipe, determinou-se que um de nossos técnicos de enfermagem era o coordenador da equipe, para coordenar ações, tarefas, reuniões e avaliar sistematicamente cada ação, como imprimir cartazes, onde colocá-los, qual mensagem ou informação teria, quem e quando faria as conferências, quais mães ou gestantes precisariam de nossas visitas em casa ou em consulta.

O resultado dessa microintervenção foi a satisfação de nossa população e nossa equipe, levando em consideração nossa meta de atingir 100% de amamentação exclusiva pelas lactantes até os seis meses da criança.

Em nossa unidade de saúde as crianças e os adolescentes têm prioridade no acesso aos serviços públicos e primazia na proteção e nos cuidados em quaisquer circunstâncias, com precedência no atendimento. Além disso, têm preferência como sujeitos que devem ser considerados na formulação e na execução de políticas públicas e na destinação privilegiada de recursos.

O trabalho da equipe de saúde, potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida das crianças e os adolescentes das comunidades. Além disso, propicia o uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

Durante a reunião a equipe decidiu fazer uma vez ao mês, atividades recreativas e/ou educativas com os meninos e os adolescentes da área em conjunto com a psicóloga da unidade, com o objetivo de melhorar o nível de aceitação e conhecimento destas pessoas com respeito às ações que faz pôr os

---

profissionais da saúde da equipe ao qual eu estou vinculado, evitando assim fobias e preconceitos em nestas crianças e adolescentes.

Fragilidades encontradas durante a microintervenção:

- O baixo nível cultural da população em geral e particularmente a população de idade fértil;
- Desconhecimento das vantagens da amamentação exclusiva até seis meses;
- A ausência de ações para incentivar a amamentação exclusiva até os seis meses de idade.

Potencialidades encontradas durante a microintervenção:

- Conferências sobre amamentação foram agendadas para a população em geral e especialmente para mulheres de gravidade e idade fértil;
- Fazemos cartazes, palestras, folhetos instrutivos sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Monitorar ações planejadas e avaliar sua eficácia a cada mês.
-

---

.

---

---

## **CAPÍTULO V: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FACILITADOR: ISAAC ALENCAR PINTO**

**ESPECIALIZANDO: FERNANDO SALOMON ZALDIVAR**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual eu estou vinculado fica em Timbaúba dos Batista, em o estado Rio Grande Do Norte e tem um programa de saúde mental para as pessoas da população do município. A equipe em que eu trabalho possui um registro de todos os usuários em uso de remédios controlados, também temos acompanhamento dos casos mais graves.

A equipe é composta por um enfermeiro, um médico generalista, um técnico de enfermagem e uma psicóloga, e realizamos reuniões com grupos de pacientes e profissionais vinculados a atenção básica (equipe da ESF e NASF).

A equipe de trabalho reúne-se mensalmente com o objetivo de proporcionar a equipe conhecimento sobre condições psiquiátricas, desmistificando dessa maneira os transtornos mentais, e reduzindo dessa forma o preconceito em procurar atendimento para saúde mental.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental foram feitas para reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, além de qualificar, expandir e fortalecer a Redes de Serviços e dispositivos substitutivos em Saúde Mental; fomentando a criação de políticas e mecanismos de atenção à Saúde Mental, como: Hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas Terapêuticas e de Geração de Renda, Serviços Residenciais Terapêuticos, Enfermarias Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Equipes matriciais de apoio.

Assim o tratamento dos pacientes com transtornos mental está priorizado e efetivado em nossa Unidade Básica. O tratamento medicamentoso coloca-se como mais um aliado no processo e não apenas como única possibilidade na oferta dos cuidados em Saúde Mental. Durante o estudo do modulo Atenção de a Saúde Mental, na atenção primaria a saúde conheci a política nacional de saúde mental no Brasil e compreendi a importância de atuar de forma mais proativa nessa área.

Com a equipe na aula do módulo conheci as redes de atenção à saúde mental e entendi que nenhum serviço é resolutivo e isolado, que é necessária a

---

articulação em rede e que para isso é necessário conhecer os serviços nas redes.

Em Timbaúba dos Batista não existe CAPS. Possuímos serviço de Psicologia, mas as emergências psiquiátricas são encaminhadas para o centro hospitalar de Caicó, utilizando o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), quando necessitam de internação do serviço de psiquiatria do hospital geral, mas não funciona um sistema de referência e contra referência.

Reconhecemos nos debates em nossas reuniões que nosso município possui falhas porque não temos todos os pacientes identificados com sofrimento psíquico, não acompanhamos com a continuidade que o cuidado exige, muitos doentes moram na zona rural o que dificulta a realização de visitas domiciliares. Além disso não obtemos informação do tratamento pelo especialista (contra referência).

Acordamos na reunião da equipe que os agentes comunitários de saúde vão visitar inicialmente todas as casas para fazer um levantamento e identificar todos os pacientes com doença mental que usam medicamentos controlados, onde e quando são acompanhados, para conhecer a realidade de nossa área. Durante a reunião foi proposto fazer um plano de intervenção para a melhoria de integração entre os profissionais da atenção básica, através de grupo de estudo e palestras educativas, realizando monitoramento das condições de vida e o ambiente em que moram.

Conhecendo a necessidade de apoio, as profissionais, geralmente a psicóloga, realiza atendimento semanal até que a necessidade em questão seja sanada. De modo que se o paciente apresenta perfil de tratamento em CAPS, o mesmo será referenciado àquela instituição na cidade mais próxima.

A rede de saúde mental funciona da seguinte forma: identificado o paciente com sofrimento psíquico, através do agente comunitário de saúde, profissional de NASF ou ESF, o profissional que fizer o acolhimento a esta demanda avalia e este será referenciado ao serviço de acordo com a necessidade. Se o paciente se encontrasse em crise, oferecendo risco, este deve ser encaminhado ao Hospital Regional, para ser avaliado e tratado pelo médico de plantão.

Quando a equipe realiza o cadastro do paciente com transtorno mental, é indicado a realização de visitas domiciliares a cada duas semanas para os novos

---

casos. Para os demais, a visita é realizada mensalmente pelo agente de saúde responsável micro área. A longo prazo as visitas serão feitas a cada dois meses com o objetivo de avaliar a melhoria do paciente e se indica ser avaliada novamente pelo médico da área em consulta, com periodicidade de cada duas semanas. No caso de o paciente não melhorar, então se faz encaminhamento para o especialista na cidade de Caicó.

#### Potencialidades:

- A equipe se reúne mensalmente para avaliar os objetivos traçados.
- Temos atualizado o registro de usuários em uso crônico de medicamentos controlados.
- Se realiza o levantamento e identificação de todos com transtornos psicológicos.

#### Fragilidades:

- Não temos consolidada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- Não conhecemos todos os pacientes com doença mental de nossa área.
- Não temos o acompanhamento dos pacientes com transtorno mental, com a continuidade que sua doença precisa.

A equipe ao qual eu estou vinculado durante a reunião que se faz mensal em conjunto com a especialista em psicologia, planejo a possibilidade de melhorar a interação de nossa unidade com a (RAPS) em o município de Caicó, melhorando assim o atendimento e seguimento dos doentes de Timbaúba dos Batista. Para um melhor conhecimento dos doentes de saúde mentais, de meu município, se decidiu em conjunto com os agentes de saúde aumentar as pesquisas em as famílias de pessoas que podam ter doenças mentais, ou que tenham fatores de risco.

A secretaria de saúde de Timbaúba dos Batista em coordenação com a equipe de saúde, decidiu pela contratação de um especialista em Psiquiatria em o próximo mês, para um melhor atendimento e acompanhamento dos usuários de saúde mental.

---

---

## CAPÍTULO VI: . CONTROLE DAS DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISIBLES NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE

**FACILITADOR: ISAAC ALENCAR PINTO**

**ESPECIALIZANDO: FERNANDO SALOMON ZALDIVAR**

Nossa equipe de saúde, em reunião realizada, discutiu as questões colocadas na análise do controle das doenças crônicas não transmissíveis, seguindo as orientações do PMAQ em conjunto com a equipe do NASF.

Nossa equipe presta atenção a saúde das pessoas que convivem com doenças crônicas não transmissíveis em nosso território, tentando cada dia mais, provocar a mudança de estilo de vida de nossos pacientes em termos de atividade física, nutrição adequada, o uso prejudicial de álcool e o tabaquismo.

Para isso temos um especialista em educação física, que realiza suas atividades com os pacientes, duas vezes por semana, nosso especialista em nutrição e responsável por orientar a dieta adequada para cada doença específica, nossa Psicóloga em coordenação com o especialista em terapia ocupacional, eles são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes que o uso de fumar e/ou alcoolismo e detectado, nossas técnicas de enfermagem são responsáveis pelo controle da pressão arterial em cada uma das consultas ,também como pela verificação antropométrica de cada paciente.

Eu como médico da equipe faço o exame físico do paciente e indiquei os estudos necessários para avaliar sua condição clínica, como;(ECG, lipidograma, urina, microalbuminúrica e fundo dos olhos) classificando-os e indicando o tratamento farmacológico ou não, também faço os encaminhamentos necessários as diferentes especialidades para aqueles com patologias associadas a hipertensão arterial; como Cardiologia, Nefrologia, endócrino etc.

| Questões  | Em relação as pessoas com HIPERTENSA ARTERIAL |     | Em relação as pessoas com DIABETES MELLITUS |     |
|---|---|-----|---|-----|
|   | SIM   | NAO | SIM   | NÃO |
| A equipe realiza consulta para pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus?  | X   |     | X   |     |
| Normalmente, qual e o tempo de espera em número de dias para a primeira consulta de pessoas com HSA e/ou DM na unidade de saúde?  |   |     |   |     |
| A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?  | X   |     | X   |     |
| A equipe avalia a existência de morbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?  | X   |     | X   |     |
| A equipe possui registro de usuários com Diabetes com maior risco \gravidade?   |   | X   |   | X   |
| A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou Diabetes mellitus?   |   |     |   |     |
| A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnostico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?  | X   |     | 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   |     | X   |     |
| A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco\gravidade?   |   | X   |   | 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 registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?  |   | X |            |            |
| A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes Mellitus em função da estratificação dos casos e elementos considerados por ela na gestão do cuidado?               | X |   | X          |            |
| A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?  | X |   | X          |            |
| <b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>  |   |   |            |            |
| <b>QUESTÕES</b>   |   |   | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> |
| A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?   |   |   | X          |            |
| Após a identificação de usuário com obesidade (IMC > 30 kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?  |   |   | X          |            |
| Realiza o acompanhamento desde usuário na UBS   |   |   | X          |            |
| Oferta ações voltadas a atividade física  |   |   | X          |            |
| Oferta ações voltadas a alimentação saudável  |   |   | X          |            |
| Aciona equipe de Apoio Matricial (NAAF e OTROS) para apoiar o acompanhamento desde usuário na UBS   |   |   | X          |            |
| Encaminha para serviço especializado  |   |   | X          |            |
| Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso   |   |   | X          |            |
|   |   |   |            |            |

Na reunião, falamos sobre o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, o que é feito através de consultas agendadas e programadas; não há pesquisa ativa na busca de possíveis pacientes Hipertensos e Diabéticos; também não tivemos registros de pacientes com Hipertensão e Diabetes com maior risco e ou gravidade, apesar de termos registros de hipertensos e diabéticos, não temos a interação entre as outras especialidades e nosso posto médico para o acompanhamento efetivo do paciente doente.

Realizamos atividades físicas e recreativas em conjunto com pacientes e equipe de saúde; coordenada pela especialista de educação física das UBS. Damos palestras educativas sobre nutrição adequada alcoolismo e tabagismo.

A equipe após identificar o paciente obeso, e aconselhada a estudar e avaliar sua condição clínica, também se refere a especialidade da Nutrição, está associada ao grupo de atividades físicas, para as quais foi criado para atendê-las.

#### FRAGILIDADES:

Não há rastreamento ativo de pacientes com Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial.

Não há registro de Diabéticos e Hipertensos com maior risco e ou gravidade

Não temos interação real com as especialidades a que nossos pacientes se referem.

#### POTENCIALIDADES:

A unidade básica de saúde tem um banco com os dados de os doentes que tem pressão alta e diabetes mellitus em a comunidade.

Férias e visitas domiciliares foram programadas para a triagem ativa de pacientes Diabéticos e Hipertensos.

Coordenamos com a secretaria de saúde a interação com as especialidades que atendem nossos pacientes encaminhados.

Após a criação do novo registro do Hipertensão e Diabetes; sabemos que dos 62 hipertensos cadastrados, 12 apresentam alto risco e/ou gravidade, assim como os 35 diabéticos cadastrados, 9 são de risco e/ou gravidade.

Em visitas domiciliares, para triagem da pressão arterial na sexta-feira (250) e (60) triagem da glicose, o que faremos a cada 15 dias em nossa população. Sobre a interação entre nossa equipe de saúde e as diferentes especialidades a que nossos pacientes são encaminhados, a gestão foi realizada por meio da secretaria de saúde e/ou da equipe de saúde do Hospital de Caicó.

---

---

## CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

| NOME DA INTERVENÇÃO                                  | RESUMO  | RESULTADOS   | PLANO DE CONTINUIDADE   |
|--|---|--|---|
| <u>OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE</u>                | As estratégias para alcançar os objetivos foram reduzir o tempo de espera e retorno das informações da unidade, concretizar o cuidado integral em tempo oportuno, a atenção por meio de ações e serviços pertinentes às práticas integrativas e complementares, coordenação do cuidado incluindo o acesso das ações e os serviços, atenção e cuidado programado-continuado tanto em a unidade de saúde como em os domicílios, promoção de saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde; apresentar a necessidade de um veículo institucional a secretaria de Saúde. | Foi resolvido a organização dos encaminhamentos e retornos. O monitoramento se faz através dos livros de registro de encaminhamentos, livros de retorno, livros de registros de exames e da alimentação e-SUS.   | Melhorar e reduzir o tempo de espera de retorno das informações com mais fidedignidade. Continuar insistindo para resolver o transporte necessário  |
| <u>ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA</u> | O acolhimento resolutivo real com análises das necessidades de saúde da família, avaliação de vulnerabilidades e avaliação e classificação de riscos, atendimento de urgências, emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho foi importante sua implantação porque o acolhimento es o princípio do primer contato, o ponto de entrada mais fácil e próximo do usuário para os serviços de um sistema de saúde.  | Foi criado e organizado a Sala de escuta, onde o técnico de enfermagem, a enfermeira e o médico participam no início de cada turno, para atender as demandas do acolhimento e classificaras acordo suas prioridades clinicas garantindo um atendimento mais adequado e equânime; permitindo avaliar e decidir rapidamente ações acertadas, iniciar ou auxiliar nos primeiros socorros e identificar vulnerabilidades individuais ou coletivas. | Disponibilizar sistematicamente e permanentemente os canais de comunicação, com a população. Oferecer acolhimento coordenado e humanizado a todos os usuários da área de saúde de forma permanente e continua |
| <u>PLANEJAMENTO</u>                                  | O serviços de saúde do município ao qual eu estou   | Nós não temos mais atrasos na primeira consulta de captação  | Continuar sistematicamente a  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>REPRODUTIVO E PUERPERIO</b></p>                                   | <p>vinculado oferece ações educativas individuais, ao casal e em grupo, acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.</p> <p>Além de informar aos usuários do SUS que o pré-natal é um direito e pode reduzir, consideravelmente as principais causas de mortalidade materna-infantil. As orientações iniciais e o acompanhamento durante o pré-natal, são fatores importante a serem considerados para a assistência humanizada</p> | <p>pré-natal e nos encaminhamentos das pessoas que querem realizar o planejamento familiar. Foi melhorado o acompanhamento programado para o puerpério.</p>                           | <p>educação de nossa população em idade fértil, para aumentar seu conhecimento sobre o planejamento reprodutivo e puerpério</p>   |
| <p><b>SAÚDE MENTAL</b></p>  | <p>Registrar todos os pacientes com doença mental e aqueles com medicação controlada crônica. Qualificar, expandir e fortalecer a Redes de Serviços e dispositivos substitutivos em Saúde Mental; fomentando a criação de políticas e mecanismos de atenção à Saúde Mental,</p>   | <p>Temos atualizado o registro de usuários em uso crônico de medicamentos controlados. Se realiza o levantamento e identificação de todos os usuário com transtornos psicológicos</p> | <p>Continuar trabalhando para consolidar a Rede de Atenção Psicossocial. Reavaliar com consultas psiquiátricas a todos os pacientes com medicação controlada crônica, para reduzir essa população</p> |
| <p><b>ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO</b></p> | <p>A UBS Manoel Paulino dos Santos através de equipe de saúde realiza as ações preconizadas para o PMAQAB .Para consegui-lo, nós temos a consulta semanal dos especialistas em Pediatria e</p>  | <p>Com nossa conferencias, cartazes informativos educativos e encontros para nossas mães aumentou o número da amamentação exclusiva até os seis meses.</p>                            | <p>Continuar sistematicamente a educação de nossa mães de bebes e mulheres gravidas,</p>  |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | <p>Ginecologia, consulta de puericultura , utilizando os protocolos voltados para a atenção a crianças, a equipe tem atualizado e cadastrado as criança do território, utiliza a caderneta de saúde da criança para sua acompanhamento, temos espelho das cadernetas de saúde das crianças, existe registro das vacinas em dia, crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, teste do pezinho, acidentes e violência familiar</p> |   | <p>ensinando-lhe as vantagens da amamentação exclusiva até os seis meses.</p>  |
| <p><b><u>CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAUDE</u></b></p> | <p>Nossa equipe presta atenção à saúde das pessoas que convivem com doenças crônicas não transmissíveis em nosso território, tentando cada dia mais provocar a mudança de estilo de vida de nossos pacientes em termos de atividade física, nutrição adequada, o uso prejudicial de álcool e o tabaquismo</p>   | <p>Temos o registro atualizado de todos os pacientes Diabéticos e Hipertensos, além de ter aqueles com maior risco ou gravidade</p> | <p>Melhorar a interação com as especialidades que atendem nossos pacientes encaminhados. Continuar com a avaliação clínica e sistemática de os pacientes obesos.</p> |

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos considerar que este trabalho nos permitiu conhecer verdadeiramente os problemas a enfrentar em nossa Unidade Básica de Saúde. Nos deu as ferramentas básicas para realizar as diferentes tarefas, aumentando nosso conhecimento em geral, causando uma melhor atenção a nossa população.

Causa em nossa Equipe de Saúde uma melhor inter-relação e aumenta nossa capacidade científica e como seres humanos.

Com nossas micro intervenções, alcançamos conquistas e metas que melhoram, organizam e planejam nosso trabalho; nossa população foi atendida com qualidade e participa de cada tarefa ou solicitação, melhorou a atenção a nossa população doente e saudável.

Nossa experiência vivida foi muito reconfortante ao constatar que o esforço de tanto trabalho, provocou uma melhora na atenção, com planejamento e qualidade

## **REFERÊNCIAS**

— — —

---

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde. Disponível em: Acesso em: 20 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Tutorial para preenchimento da auto avaliação. Disponível em: Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa saúde da família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. CARVALHO, M. C. B. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC-Cortez, 1995. 122p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Tutorial para preenchimento da auto avaliação. Disponível em: . Acesso em: 12 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo: Sistema de Ampliação. Disponível em: . Acesso em: 20 jan. 2017.

## APÊNDICES

---



CRÔNICO DE BENZODIAZEPINICOS.docx

## **ANEXOS**



[Inclua seus anexos aqui]



---