

**FUNDAÇÃO ESTATAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIAS INTEGRADAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MEMORIAL: CONSTRUÇÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**LUÍSA VALE DE CARVALHO**

CAMAÇARI-BA

2019

LUÍSA VALE DE CARVALHO

**MEMORIAL: CONSTRUÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como parte do requisito obrigatório para certificação como Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora:** Amanda Costa Melo

## Sumário

<b>1. MEMORIAL DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....</b>	<b>4</b>
<b>2. SÍNTESE REFLEXIVA DA TRAJETÓRIA NA RESIDÊNCIA.....</b>	<b>5</b>
2.1 O primeiro contato .....	5
2.2 Análise das relações profissionais da equipe.....	6
2.3.1 Gestão do tempo .....	8
2.3.2 Acolhimento.....	10
<b>3. CONSTRUÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....</b>	<b>14</b>
3.1 Atividades coletivas .....	14
3.2 PSE- Programa Saúde na Escola e a importância do NASF nesse espaço .....	15
3.3 Construção da linha de cuidado do hiperdia .....	17
<b>4. A CHEGADA AO R2 E MUDANÇAS NA AGENDA.....</b>	<b>19</b>
<b>5. ARTICULAÇÃO DE REDE: IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....</b>	<b>19</b>
<b>6. O ESPAÇO DE GESTÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>26</b>

## 1. MEMORIAL DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

A vontade em compreender o ser humano e a saúde humana, sempre esteve presente em minha trajetória. Influenciada por um pai biólogo, a busca por entender a saúde criou desde criança a vontade de ser uma profissional dessa área, para a criança, o objetivo era de usar os conhecimentos para cuidar do outro, poder ajudar a recuperar alguém doente e orientar a outros, cuidados para manter a saúde.

Ao entrar no curso de enfermagem, percebi que assim como muitas pessoas não entendia de forma completa o que era ser enfermeira, docentes foram importantíssimos nesse processo de compreensão da enfermagem, em sua história e fundamentos, e da minha função e responsabilidade enquanto enfermeira e profissional da saúde. Não diferente era o entendimento em relação a Atenção Básica, assim como o senso comum de alguns brasileiros, entendia que por ter acesso a certos privilégios, não precisava da atenção básica e realizando uma graduação em uma instituição de metodologias tradicionais, seguindo o modelo de atenção hospitalocêntrico e médico assistencial, comum a grande maioria das instituições de ensino, não possuía muito contato tanto no aspecto pessoal quanto no profissional com a Atenção Básica.

Devido a curiosidade em conhecer ainda mais da saúde humana, desde o início da graduação busquei grupos de estudo em que pudesse utilizar essa curiosidade, logo no segundo período da graduação encontrei uma docente que me acompanharia por todo o tempo de graduação, me fazendo trabalhar com avaliação de qualidade de vida e despertando o interesse por prevenção em saúde. Ao passar dois anos acompanhando cardiopatas já à espera da cirurgia de revascularização do miocárdio e até seis meses após a cirurgia, pude observar então o quanto o cuidado de qualidade com a saúde na atenção básica é imprescindível para evitar situações como a das pessoas que acompanhava.

Logo no início da minha formação como enfermeira, portanto, com a contribuição de alguns docentes e de histórias de pacientes que encontrei ao longo do caminho, cresceu em mim a vontade de trabalhar com a atenção primária em saúde, ao se aproximar do final da graduação essa vontade só aumentou. Ao longo do estágio curricular hospitalar, estar em uma enfermagem voltada para pacientes com doenças infectocontagiosas, de diferentes origens e com diversas histórias, me fazia curiosa em conversar, conhecer e poder oferecer mais do que minha assistência enquanto enfermeira, ceder um pouco também da minha atenção como pessoa e amiga, pois

alguns não possuíam das suas famílias, e diversas vezes era podada pelos preceptores que apenas queriam avaliar atitudes metódicas e pré-estabelecidas para o setor.

Como citado no início, minha intenção em ser enfermeira era poder cuidar e orientar, cuidar não com o sentido de caridade, mas com o sentido de dar atenção e utilizar do que me é permitido e do conhecimento adquirido para ser resolutiva. Percebi que a atenção básica e mais especificamente a saúde da família é o local onde me sentiria completa e realizada enquanto enfermeira, por permitir a escuta do outro e ter como objetivos a promoção e prevenção da saúde além da recuperação da mesma, sentindo a necessidade de aprender mais sobre a saúde da família e adquirir experiência prática, deficiente durante a graduação, enxerguei na residência essa oportunidade de aprendizado e ampliação dos conhecimentos.

## **2. SÍNTESE REFLEXIVA DA TRAJETÓRIA NA RESIDÊNCIA**

### **2.1 O primeiro contato**

Ao iniciar a residência, pela primeira vez entrei em contato com a metodologia de ensino utilizada pela residência médica e multiprofissional em saúde da família da FESF-SUS/Fiocruz, tanto falada e discutida durante o processo de acolhimento dos residentes, a metodologia ativa. Por ser proveniente de uma escola católica dirigida pela arquidiocese e de um curso de enfermagem com grade curricular ainda antiga em processo de atualização, situação bem representada no fato de que me formei em 04 anos e meio, não conhecia outras metodologias de ensino além da tradicional.

Com a necessidade de formar dentro das instituições de ensino profissionais que estejam em consonância com os princípios do SUS, capaz de criar, planejar, implementar e avaliar políticas e ações que visem o bem estar geral de determinada comunidade, além de ser capacitado para transformar a prática técnica, teórica, em subsídios para prestar assistência aos vários aspectos de necessidade em saúde dos indivíduos, começaram a surgir debates em busca de novas metodologias<sup>1</sup>.

Inicialmente a compreensão do significado e do processo de desenvolvimento dessa nova metodologia de ensino foi difícil, as principais dificuldades se encontravam na maneira como as atividades teóricas eram desenvolvidas, não haviam momentos de explanação sobre os temas utilizando, por exemplo, apresentações de slides como o costume do meu processo de aprendizado até esse momento, a reflexão e a aprendizagem é realizada em conjunto a partir de rodas ou grupos de discussões sobre a temática. Essas situações me retiravam da zona de conforto e me forçavam a ser um ator ativo no processo, me incentivando a ser participativa, impor minhas ideias, a ouvir e a refletir sobre as ideias dos outros colegas.

A resolução nº 03 de 20/06/2014 do Ministério da Educação que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina, estabelece que o curso deverá ser centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante. Para isso, orienta que o curso deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, bem como promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular. <sup>2,3</sup>

As metodologias ativas incitam o processo de ensino-aprendizagem nos quais o estudante assume o papel de instituidor do seu conhecimento e não somente receptor, dentre essas metodologias se destaca a “Aprendizagem baseada em problemas”, método no qual a partir de um problema o estudante utiliza conhecimentos pré adquiridos para refletir sobre a situação, para isso, são necessárias duas condições: disposição para aprender e conteúdo interessante e significante.<sup>1</sup>

A metodologia utilizada possibilitou a mim, recém-formada com pouco mais de 3 meses e sem experiências anteriores, ter a oportunidade de ser a enfermeira referência de uma equipe mínima completa, com 03 agentes comunitárias e uma população de pouco mais de 3.590 pessoas com expectativas sobre mim, fazendo-me auto exigir grandes responsabilidades. O desenvolver do aprendizado se tornou gradual a partir das experiências vividas no transcorrer das dificuldades que surgiam incentivando a busca de conhecimento a partir da necessidade de solução dos problemas, a preceptoria e o núcleo profissional, no meu caso o de enfermagem, representavam no processo facilitadores e não modificadores do mesmo.

Para *Carabetta Júnior*, é prioritário reconhecer o aluno como sujeito do seu conhecimento colocando-o no centro do ensino e viabilizar uma proposta educacional inovadora em que o currículo apresente conteúdos que possam ser trabalhados de modo integrado, desvinculando-se do tradicional ensino fragmentado e especializado e para *Freire*, a educação precisa ser um processo incessante e de permanente busca do conhecimento, opondo-se à educação bancária, caracterizada pela falta de criticidade do conhecimento. <sup>3</sup>

## **2.2 Análise das relações profissionais da equipe**

Encontrei ao chegar no local em que fui alocada, a Unidade de Saúde da Família do PHOC- CAIC, uma unidade jovem que havia passado por um processo de esvaziamento por parte de residentes desistentes, precisando de pessoas realmente dispostas a se comprometer e trabalhar para organizar processos de trabalho e equipes.

Através de um sorteio fui escolhida para compor a equipe de saúde da família 01, de um dos territórios mais populosos da unidade e o mais próximo também. Segundo a atual PNAB (Política Nacional de Atenção Básica, 2017), a equipe de saúde da família é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.<sup>4</sup>

A eSF (equipe de saúde da família) deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.<sup>4</sup>

A equipe de saúde da família 01 da USF PHOC CAIC era composta por mim, enfermeira sem experiência profissional anterior, uma médica de experiência em saúde da família, uma cirurgiã-dentista também inexperiente e por 03 agentes comunitárias de mais de 19 anos de experiência na profissão e pertencentes a unidade em questão desde o seu início. Algumas agentes comunitárias possuíam mente e coração aberto para receber os novos profissionais e outras apresentavam uma resistência, talvez decorrente de decepções nas relações pessoais anteriores ou de promessas de mudanças não cumpridas, já demonstrando que além do desafio de crescimento profissional também precisaríamos enfrentar o desafio de crescimento pessoal.

Pela ausência de residentes do segundo ano (R2) na unidade, precisávamos rapidamente nos apropriar da equipe e das atividades da mesma, a ajuda da preceptoria e o trabalho de forma multiprofissional foram importantes para que o processo de apropriação caminhasse de forma gradual reduzindo o impacto, mesmo assim devido a necessidade, esse processo precisou ocorrer mais rápido que o habitual.

Por ser uma residência multiprofissional, passei a conhecer na prática o trabalho do NASF (Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família), não possuía experiências prévias com o núcleo e o conhecimento que eu detinha em relação a ação do mesmo era apenas teórico. Assim como eu, muitos colegas também não haviam consigo essa experiência, portanto, o trabalho do NASF de forma inicial se tornou um pouco desgastante.

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.<sup>5</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas.<sup>6</sup>

A equipe de NASF da residência que cobria o território da minha unidade era composta por apenas 3 profissionais residentes do primeiro ano dos núcleos de nutrição, fisioterapia e educação física, mais 3 residentes do segundo ano que rapidamente saíram das atividades da unidade para a realização das demais atividades de R2 seguindo o desenho daquele momento da residência.

O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas. Essa integração deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde.<sup>6</sup>

## **2.3 Dificuldades do processo**

### **2.3.1 Gestão do tempo**

A agenda padrão determinada pela residência possui 05 turnos de consultas, 01 turno semanal para reunião de equipe, 01 turno semanal de visita domiciliar, 01 turno semanal para atividades pedagógicas em núcleo, 01 turno semanal para realização de atividades coletivas e 01 turno semanal para realização de educação permanente, matriciamento e atividades administrativas da unidade como a reunião geral. A divisão dos turnos de consulta, não deveriam ser divididos por programas de saúde pois, esse tipo de divisão pode representar uma barreira de acesso ao usuário.

A agenda elaborada em conjunto pela equipe e preceptoria era composta por 02 turnos de acolhimento, 01 para pré-natal, 01 para preventivo e 01 para consultas em geral, totalizando os 05 turnos de atendimento exigidos, possuíam 04 vagas para pré-natal, 05 para exame citopatológico e 05 para as demais consultas. A determinação de dias específicos para a realização de pré-natal e de exames citopatológicos discordava do padrão exigido pela residência, pois, devido a questões estruturais e de falta de



disponibilidade para todos de materiais necessários a execução das atividades, necessitou-se realizar essa adequação.

Resolução nº159/1993, que dispõe sobre a consulta de enfermagem garantiu em seu art. 1º que em todos os níveis de assistência à saúde seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem.<sup>7</sup>

Por inexperiência, a gestão do tempo de realização de consultas foi uma das principais dificuldades iniciais, principalmente em relação as consultas de pré- natal. O número de instrumentos para registro e a demanda de informações exigidas durante esse tipo de consulta para manutenção de um atendimento integral, demandava tempo e a consulta se estendia limitando o aumento do número de vagas se necessário.

Uma estratégia utilizada em núcleo para a gestão do tempo foi a formulação de roteiros de consulta que orientavam o caminho a seguir contribuindo com a racionalidade lógica do processo de enfermagem, não limitando a avaliação clínica em relação as individualidades (Apêndice A ). Com o tempo as consultas passaram a transcorrer em um tempo mais adequado e foi possível ampliar a oferta para se adequar melhor a demanda grande que a equipe exigia de nós profissionais, passando de um padrão de 10 vagas/dia para 12 vagas/dia, e de 14vagas/sem para 17vagas/sem, sem considerar os atendimentos do acolhimento.

Segundo o parecer COFEN CTAS nº14 de 29 de julho de 2015 por não haver documentos específicos sobre o tempo mínimo para a consulta de enfermagem, depreende-se, pelo princípio da razoabilidade, que se adote a Portaria nº. 1101, do Ministério da Saúde, de 12 de junho de 2002, que estabelece os parâmetros assistenciais do SUS, para demarcar a temática, esta preconiza como capacidade de produção para o enfermeiro 03/consultas/hora não fazendo distinção entre a consulta nova e consulta de seguimento<sup>8,9</sup>. Ressalta que esses dados podem variar de acordo com convenções sindicais, dissídios coletivos das categorias profissionais ou adoção, pelo gestor, de políticas específicas.<sup>8,9</sup>

A portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015 que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS afirma em seu art. nº7 a revogação da portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 e estabelece parâmetros por áreas temáticas divididas em: Atenção à gravidez, parto e puerpério; Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); Eventos de Relevância para a Vigilância em Saúde; Atenção à saúde bucal; Atenção especializada; Atenção hospitalar; Equipamentos; Hematologia e Hemoterapia. Os parâmetros ficam estabelecidos em quantas consultas de enfermagem ao ano são necessárias para cada área temática.<sup>10</sup>

A resolução COFEN nº 543 de 18 de abril 2017 que atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem determina como tempo médio de atendimento de consulta de enfermagem para a atenção básica no Brasil 0,42 horas, que representa 25,2 minutos por usuário.<sup>11</sup> Utilizar 25 minutos para cada usuário representaria no tempo de trabalho diário de 8h, já retirando 1h de almoço que possuíamos, exigiria o atendimento de aproximadamente 10 usuários por turno ou um total de 20 usuários por dia, o que representaria quase o dobro do número de atendimentos que realizávamos por consulta.

Em um processo de pós graduação lato sensu, como é o caso da residência, a atenção é voltada para a especialização de um profissional em determinada área de saúde, no caso da residência o aprendizado se dá em serviço com uma carga horária final de mais de 5.760H, 60h semanais, sendo 80% carga horária prática e 20% carga horária teórica e teórico prática. Portanto, o residente além de profissional se encontra em processo de aprendizagem, especialização, necessitando desenvolver além de atividades práticas atividades teóricas.

Entre as definições de especialização no dicionário estão: Ação de especializar, de passar a possuir conhecimentos ou habilidades em determinada área, atividade, profissão, ramo do conhecimento que uma pessoa domina. Entendendo que para o domínio de uma atividade e criação de habilidades é preciso tempo e foco para a busca da qualidade, é compreensível a dificuldade de desenvolver atividades como consultas no tempo exigido pelas portarias citadas, que preciso ressaltar, não estão preocupadas com a qualidade da assistência e sim com absorção de demanda. Podemos relacionar essa redução do número de atendimentos à necessidade de formação de vínculo, a busca por informações detalhadas e pela qualidade da ação, podendo representar perda na quantidade de atendimentos, mas também podendo representar ampliação de qualidade da assistência.

### **2.3.2 Acolhimento**

O acolhimento, foi uma atividade que para todos nós demandou tempo e energia para melhorias e adaptação. Durante a minha formação, já possuía um conhecimento teórico da atividade, pois, havia realizado um projeto de intervenção para implantação do acolhimento em uma unidade de saúde da família, criando fluxogramas e instrumento de classificação de risco, porém, a prática era uma situação nova e desafiadora.

A primeira experiência com a prática do acolhimento foi de início confusa, precisava entender o limite do que se podia ou não fazer em um acolhimento para que

fosse executado o propósito a que foi determinado, facilitar o acesso a demanda espontânea e ser resolutivo aos casos que necessitam de maior atenção, e não se tornasse uma consulta de fato. Um dos desafios foi compreender os limites dentro desse espaço enquanto enfermeira, o protocolo municipal de prescrição e solicitação de exames para a enfermagem, bem como a atuação de forma multiprofissional foram ferramentas importantes para o desenvolvimento da atividade.

O acolhimento à demanda espontânea é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas<sup>12</sup> O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, é um modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários, ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade.<sup>13</sup>

Ao longo da residência o processo de acolhimento da unidade passou por diversas avaliações e mudanças em busca de uma melhor execução e solução de problemas que iam sendo identificados com a prática, o modelo escolhido inicialmente foi o acolhimento por equipe de acolhimento do dia, em que todos os dias havia uma equipe completa de médica e enfermeira para realização da atividade.

O modelo na unidade funcionava da seguinte forma:

- Enquanto as demais equipes realizavam as atividades programadas, a equipe do dia do acolhimento acolhia todas as demandas espontâneas por turno;
- A coordenação do acolhimento representada inicialmente pelas enfermeiras e depois de um tempo passou a ser o ACS e em alguns momentos auxiliado pelo NASF, realizava a 1º escuta, onde eram escutadas as queixas e anotados os dados para a busca de prontuários
- Se houvesse uma queixa aguda, o ACS chamava a enfermeira para, de forma não sistematizada, classificar o risco;
- A 2ª escuta ficava dentro de um espaço com relativa privacidade, espaço resolutivo onde as condutas em relação as queixas eram tomadas;
- Se houvesse necessidade de maior atenção ou privacidade, o profissional solicitava a ajuda de outro ou buscava realizar o atendimento dentro de um consultório.

Inicialmente foi escolhida essa modalidade para a unidade por toda a equipe compreende-la como a melhor para a situação, como forma de ser organizativa nos processos de trabalho e resolutiva com a ajuda dos protocolos. Devido a quantidade

reduzida de dentistas, por desistência ficamos com apenas 01 dentista e a preceptora, inicialmente não foi possível a participação contínua desse profissional no acolhimento, com isso, a equipe de odontologia realizou um matriciamento com a equipe para que queixas mais simples pudessem ser solucionadas dentro do espaço do acolhimento, as demais, eram repassadas para a equipe de dentistas que se organizavam para o atendimento de urgência ou marcação de consulta quando necessário.

As agentes comunitárias de saúde (ACS), como parte da equipe, após discussões e reuniões passaram a integrar a equipe do acolhimento realizando a triagem inicial como coordenação do acolhimento. Foi trazido as equipes o questionamento das ACS da realização do acolhimento dentro da unidade, pois elas justificam que já realizavam a atividade no território. Após algumas discussões, chegou-se a conclusão de que para não atrapalhar as atividades no território do ACS, seria determinado uma carga horária de 10 horas semanais para cada uma dentro de atividades na unidade, acolhimento, reuniões de equipe, atividades coletivas, reuniões de unidade e pesagem do bolsa família, com essa carga horária controlada pela equipe.

O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é o membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe.<sup>14</sup> A presença do ACS no acolhimento dentro da unidade facilitou o serviço pois esse profissional passou a ser o coordenador do fluxo da atividade, permitindo que mais um profissional estivesse livre para o atendimento em si, principalmente para equipes com desfalque em relação a outros profissionais de nível superior, facilitando e agilizando o serviço.

A nossa unidade em questão, possuía uma dificuldade em relação ao corpo técnico de enfermagem, inicialmente o nosso quadro era composto por apenas duas técnicas de enfermagem, que davam conta de demandas como vacina, teste do pezinho, triagem pré-natal, procedimentos, sala de observação e esterilização, dificultando a incorporação das mesmas para dentro da atividade acolhimento devido a sobrecarga de trabalho. Posteriormente a unidade passou a possuir 04 técnicos, sendo 02 deles 30h semanais e um desses com restrição de trabalho devido a questões de saúde, a chegada dos mesmos amenizou a quantidade de trabalho, porém, devido ao alto absenteísmo, não representavam figuras ideais para a atividade.

Estudo de Carli et.al 2014, mostrou a necessidade de valorização da capacidade dos ACS, por exemplo, no plano da vida em comunidade que precisa ser respeitada e valorizada, e que sua contribuição, em momentos coletivos, em equipe, pode produzir saberes e ações que se sustentem em si, em benefício de uma verdadeira atenção acolhedora e resolutiva, consolidando, talvez, a capacidade de criar novas práticas éticas comprometidas com os direitos de cidadania dos usuários<sup>15</sup>.

Após a chegada dos R1, e apresentadas novas dificuldades dos mesmos em relação ao serviço, o corpo pedagógico, preceptores e apoiadores, da residência em conjunto com os novos residentes, decidiram por mudar a modelagem, passando a utilizar o acolhimento por equipe, referindo a busca por maior vínculo e maior controle da agenda e das consultas marcadas.

Esse modelo dentro da unidade é desenvolvido da seguinte forma:

- Enquanto as demais equipes atendem a demanda programada, uma equipe é determinada para a realização do acolhimento por turno;
- Essa equipe só atende no acolhimento usuários do seu território de referência, excetuando aqueles que apresentam uma queixa aguda;
- A coordenação do acolhimento, ACS ou NASF, realiza a primeira escuta, registra os dados, solicita os prontuários para o arquivo e direciona para o atendimento do médico, enfermeira ou dentista no espaço do acolhimento;
- Se houver a necessidade de maior atenção ou privacidade, o profissional solicita a ajuda de outro ou busca realizar o atendimento dentro de um consultório;
- Se o usuário não pertence ao território de referência da equipe e não possui uma queixa aguda é orientado a retornar no dia/turno de acolhimento da sua equipe de referência.

No acolhimento pela equipe de referência do usuário a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adstrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta<sup>12</sup>.

No acolhimento por equipe de acolhimento do dia, em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade, o médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento e todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. A principal

vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita<sup>12</sup>.

Além disso, por ter iniciado meu estágio optativo na rede de urgência e emergência, passei junto à minha colega de estágio e com apoio da preceptora de enfermagem da unidade, a buscar qualificar o acolhimento e implantar a sistematização da classificação de risco do acolhimento da unidade com o objetivo de fazer valer o princípio da equidade no atendimento.

### **3. CONSTRUÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

#### **3.1 Atividades coletivas**

Desde o princípio, a realização das atividades coletivas na USF PHOC CAIC estava sendo motivo de angústia compartilhada entre os residentes lotados na unidade, como já relatado, a ausência de R2 e o quantitativo reduzido da equipe do NASF, bem como o espaço estrutural da unidade de saúde, representavam dificuldades na execução de atividades coletivas. Era em comum o sentimento de necessidade de atividades em um modelo voltado para prevenção e promoção da saúde e para ampliação da comunicação entre a unidade e a comunidade, porém a intenção em formação de grupos de saúde esbarrava nas dificuldades estruturais e de recursos humanos, sobressaindo a realização de atendimentos coletivos, como forma de suprir a demanda, em detrimento da realização de grupos de saúde.

Uma das modalidades de atuação dos profissionais de saúde no nível primário é por meio do trabalho grupal, com ações de educação em saúde e atividade física. Os grupos de promoção da saúde envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes, que compreendem aspectos emocionais, sociais e biológicos, não se configurando apenas como um somatório de pessoas, mas como uma nova entidade com objetivos compartilhados, consistindo em instrumentos de intervenção coletiva e interdisciplinar, com a finalidade de construir relações sociais cooperativas para o desenvolvimento contínuo da autonomia dos seus integrantes<sup>16</sup>.

Na consulta coletiva o profissional pode verificar exames realizados pelos usuários participantes; renovar receitas e/ou entregar medicamentos aos participantes; realiza ações segundo os padrões de uma consulta individual, contudo, possui como particularidade ser desenvolvida de forma coletiva, ou seja, é uma ação assistencial. É certo que, durante consultas coletivas ou também denominadas “consultas em grupo”, são feitas abordagens de cunho educativo para a saúde e têm sua importância, porém não podem substituir os grupos de educação em saúde, ambas beneficiam os usuários, mas cada uma possui sua particularidade e não podem ser substitutivas<sup>17</sup>.

O trabalho de grupos na Atenção Básica é uma alternativa para as práticas educativas. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa<sup>18</sup>.

Para a equipe como também para os usuários, representados em falas de alguns deles, as consultas coletivas não estavam sendo efetivas, por diversas dificuldades já citadas, e o objetivo de execução de atividade de promoção e prevenção da saúde estava ficando em segundo plano. Para realizar a mudança necessária na situação, em conjunto foram pensados em quais grupos de saúde seriam realizados na unidade, então foi determinada a criação de 2, Grupo de Gestantes e Grupo de Saúde da mulher, que seriam executados para todas as equipes e o Grupo do Hiperdia, realizado e voltado apenas para a equipe 01, da qual eu pertencia.

As demais equipes tiveram uma dificuldade inicial em transformar o atendimento coletivo de hiperdia em grupo, pois essa mudança exigia a formação de um fluxo de rastreamento e atendimento que permitisse que os componentes do grupo fossem pacientes compensados em relação as doenças sem necessidades imediatas de atendimento, foi preciso trabalho em equipe multiprofissional com reorganização de agendas e construção conjunta de linha de cuidado para que a realização dos grupos na unidade pudesse ser algo concreto e efetivo.

Com a contribuição do NASF pudemos pensar em atividades mais educacionais e sair até mesmo do ambiente, para alguns, intimidador da unidade de saúde da família. Os estudos apontaram que a inserção de outros profissionais, além daqueles previstos na equipe mínima, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional na AB, ou seja, a inserção do NASF, tem como objetivo o fortalecimento desse nível de atenção, uma vez que aumenta a resolutividade do sistema e contribui para a integralidade no cuidado<sup>16</sup>.

### **3.2 PSE- Programa Saúde na Escola e a importância do NASF nesse espaço**

Após reuniões entre o NASF, o dentista e as diretorias das escolas que estão inseridas no território do CAIC, foram organizadas temáticas e o cronograma de realização das atividades de PSE para cada equipe em cada escola. A primeira equipe determinada para a atividade foi a minha, enfrentamos dificuldades com material disponível e com a logística de pessoal, pois a quantidade de profissionais disponíveis para a realização da atividade não era suficiente em relação a quantidade de alunos matriculados na escola determinada para realização da atividade.

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos<sup>19</sup>.

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. O trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida<sup>19</sup>.

Apesar das dificuldades, o NASF se manteve presente para contribuir ativamente no planejamento e na execução da atividade, inclusive, em solarização a mim, mudaram o dia da reunião do NASF para realizar o planejamento junto a minha equipe. As ACS também participaram ativamente da atividade determinada com a temática, “Avaliação nutricional e alimentação saudável” que só conseguiu ser realizada devido ao trabalho em equipe.

O programa estabelece 12 ações para serem desenvolvidas ao longo de dois anos, dentre elas estava incluída a avaliação nutricional, no entanto, devido a dificuldades em relação à planejamento e logística do desenvolvimento da atividade, foi decidido interromper o PSE por um tempo até que conseguíssemos encontrar maneiras de cumprir as temáticas solicitadas com todos os alunos das até então 3 escolas sob nossa responsabilidade. Mais uma vez o trabalho do NASF foi primordial para a continuidade da atividade, oferecendo momentos de matriciamento e capacitações acerca do programa, sua organização e funcionamento, bem como estabelecendo um cronograma e divisões das ações por equipe.

A Portaria nº 1.055, de 25/04/2017, que redefine as regras e critérios para adesão ao PSE, traz como principais pontos de mudança do Programa que ciclo o do PSE passa a ter duração de 24 (vinte e quatro) meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após 12 (doze) meses do início da vigência. As ações a serem desenvolvidas são:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;



5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação da situação vacinal;
9. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis

Após discussões e levantamento de ideias, ficou estabelecido e reorganizada as agendas das equipes para que a realização ocorresse de duas em duas equipes, contemplando também todas as escolas e turnos de estudo, duas equipes realizariam a atividade pelo turno da manhã nos primeiros 06 meses fechando um ciclo e as outras duas realizariam a atividade pelo turno da tarde nos 06 meses seguintes, fechando um novo ciclo. Com a chegada dos R2 e um maior quantitativo de profissionais tanto no NASF quanto da equipe mínima na unidade (R1 e R2), o acordo continua sendo executado, com mudanças apenas de agenda, e o desenvolvimento da atividade passou a ser mais efetiva, incluindo ainda mais uma creche para a referência da unidade.

### **3.3 Construção da linha de cuidado do hiperdia**

A situação do hipertenso e diabético na unidade estava afligindo a equipe, as consultas voltadas para esse grupo de pessoas estavam superlotando a agenda e o acolhimento, mesmo com a realização das consultas coletivas os pacientes se encontravam sempre descompensados em relação aos parâmetros das doenças, tornando um ciclo vicioso o retorno constante no acolhimento e com as vagas de consultas já cheias com uma espera de mais de dois meses para uma nova marcação, renovações de receita, troca de medicações, solicitação e avaliação de exames desse grupo eram a principal procura no acolhimento, espaço que deveria ser voltado principalmente para atendimento de demandas agudas.

Portanto, foi identificada a necessidade de realização de um fluxo na unidade para atendimento e rastreamento do paciente portador de hipertensão e diabetes mellitus, para isso, utilizamos reuniões aos sábados com a presença de corpo pedagógico, residentes médicas e multiprofissionais para discussão e construção de uma linha de cuidado do Hiperdia da USF PHOC-CAIC (Apêndice B).

A linha de cuidado configura-se como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a fim de superar a fragmentação das práticas e alcançar uma assistência integral. Para se alcançar a integralidade plena, as linhas de produção de cuidado deverão se comportar como uma estratégia gerencial, como também guiar os usuários no fluxo, ao romper com os limites dos serviços de origem e se transversalizar pela rede assistencial<sup>21</sup>.

As linhas de cuidado são conceituadas como uma forma de organizar o caminho do usuário pela rede de serviços e de qualificar as portas de entradas do sistema de forma que a equipe possa acolher, compreender, corresponsabilizar, intervir com vínculo e produzir autonomia, oferecendo um atendimento adequado às necessidades de cada um<sup>21</sup>.

Foi de extrema importância a determinação desse momento para o bom funcionamento do cuidado continuado da unidade, desde o princípio o pré-natal tinha um espaço particular na agenda para permitir o segmento do cuidado garantido de acordo com os protocolos existentes, a puericultura em reuniões de equipes foi alinhada e determinada a garantia do segmento do cuidado, mas em relação aos hipertensos e diabéticos todo o cuidado se mantinha solto e as equipes não possuíam o controle do quantitativo e frequência de consultas de tais usuários na unidade. Importante salientar também a importância da união de toda a equipe multiprofissional para a elaboração dessa linha de cuidado, permitindo visualizar o usuário de forma ampla e em relação a todas as suas necessidades.

O NASF iniciou com um matriciamento de orientações alimentares e de exercícios físicos para hipertensos e diabéticos, construindo um documento de consulta que ficaria fixado em cada consultório, a equipe médica contribuiu com um matriciamento sobre medicamentos e solicitação de exames e plano de cuidado para o paciente utilizando estudos de casos em reunião que contou com a participação, além dos residentes, também das ACS da unidade, um momento que demonstra como o trabalho em equipe foi crucial para o desenvolvimento da linha de cuidado.

Após o início da utilização desse fluxo de cuidado, pude observar a presença de mais usuários hipertensos e diabéticos em minhas consultas, antes eles eram mais direcionados para a médica da equipe pois o papel de cada uma não estava pré determinado no atendimento ao paciente Hiperdia, além disso, passei a identificar de maneira mais efetiva tais usuários dentro do território da minha equipe e a busca e controle daqueles sem adesão e acompanhamento se tornou mais fácil pois já existia uma determinação do local pertencente a cada um de acordo com a situação clínica em que se encontrava.

#### **4. A CHEGADA AO R2 E MUDANÇAS NA AGENDA**

O período de transição do primeiro ano para o segundo ocorreu de maneira menos repentina para nós, foi disponibilizado 45 dias de transição, artifício que contribuiu para orientar usuários sobre as mudanças, permitindo uma construção de vínculo gradual dos mesmos com os novos residentes facilitando o processo de troca. Além disso, possibilitou a R1 e R2 a troca de experiências e de orientações sobre problemas da equipe e casos importantes, construindo aos poucos a segurança do novo residente.

Porém, particularmente na unidade do PHOC-CAIC, algo não funcionou como deveria nesse processo de troca, os motivos são suposições. Nós R2 nos apegamos tanto a unidade que superprotegemos o novo residente de situações que exigissem maior controle do mesmo? O novo residente, R1, não conseguiu visualizar e desenvolver alguns dos processos de trabalho já estabelecidos e decidiu mudar os processos ao invés de tentar se adequar a eles? Os R2 foram muito emotivos ao questionarem as mudanças e não visualizaram que eram necessárias? O corpo pedagógico foi muito flexível em relação a algumas posturas? São perguntas as quais não consigo sozinha responder, porém, quaisquer que sejam os motivos, a transição que tinha artifícios para ser tranquila acabou se tornando um pouco tensa e difícil.

Outra dificuldade da transição foi a mudança da agenda, ficou determinado que o R2 teria 2 dias e meio turno na unidade de saúde da família e 2 dias e meio turno nos estágios optativos e de gestão para possibilitar a realização da articulação de rede entre os espaços, porém, apesar do objetivo ser muito válido e de ser uma conquista essa troca entre as experiências dos espaços em que estamos inseridos, efetivamente não funcionou como deveria. Devido a desistências, já esperadas dentro da residência, acabávamos ocupando espaços vazios e muitas vezes a articulação de rede ficou em segundo plano.

#### **5. ARTICULAÇÃO DE REDE: IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

O desenho do segundo ano de residência era dividido em estágio optativo, estágio eletivo e estágio de gestão, nós residentes fomos divididos por grupos e linhas de cuidado para facilitar o processo organizativo, com isso, no início do segundo ano de residência passei a realizar o estágio optativo na rede de urgência e emergência, utilizando como campos de estágio o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da sede do município de Camaçari.

Como já citado, um dos objetivos da realização dos estágios era a possibilidade de articulação de rede com a Unidade de Saúde da Família, desde 2010, através da

Portaria nº 4.279, o ministério da saúde já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS. O documento traz a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência<sup>22,23</sup>.

Ainda segundo a mesma portaria, experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a Atenção primária a saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, são mais eficazes, tanto em termos de organização interna, quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário<sup>22</sup>. Portanto, as redes de atenção à saúde são conceituadas como conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à saúde de determinada população<sup>23</sup>.

Na UPA foi possível acompanhar a classificação de risco realizada pelo serviço e obter dados para avaliação do perfil de atendimentos do serviço, pode-se então identificar a superlotação do serviço de queixas não urgentes, sabendo que a atenção básica também é componente da Rede de Urgências e Emergências (RUE) e conhecendo o acolhimento como estratégia ao atendimento das demandas espontâneas e das pequenas urgências, em conjunto com os demais residentes e com preceptoria, passamos a buscar a qualificação do serviço do acolhimento na unidade introduzindo a classificação de risco.

A Atenção Básica em Saúde tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário. No que se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na urgência/emergência, os profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências<sup>24</sup>.

Com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004, com objetivo de redução de filas, tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, passou-se a utilizar o acolhimento

com classificação de risco como um dos dispositivos para viabilização dos princípios e resultados esperados da política de humanização<sup>25</sup>.

Utilizando como referência os cadernos de atenção básica sobre acolhimento, módulo I e módulo II, desenvolvemos dois instrumentos, um para registro dos dados necessários ao acolhimento e outro para realização e registro da classificação de risco (Apêndice C). Para a implantação também foi necessária a mudança dos fluxos do serviço, deslocando um profissional de nível superior para a primeira escuta com o objetivo de classificar os usuários inicialmente e após a finalização, continuar o atendimento na segunda escuta. Atualmente o acolhimento com classificação de risco já se encontra implantado na unidade do PHOC-CAIC e passa por processo de avaliação através dos dados registrados.

## **6. O ESPAÇO DE GESTÃO**

Ao buscar um estágio eletivo para complementação de parte da carga horária da residência, escolhi a gestão por entender que durante minha formação profissional como enfermeira, a temática apenas foi contemplada para o aspecto hospitalar da enfermagem, estando em processo de formação de especialização em saúde da família, compreendo que o estágio em gestão contribuiu para ampliar o conhecimento sobre o processo de gestão em saúde da rede de atenção primária de um município, permitindo a compreensão de forma ativa da articulação em rede.

Escolhi Aracaju por ser minha cidade natal e por ter conhecimento da boa cobertura em atenção primária que o município possuía e dos objetivos da gestão atual em melhorar a qualificação da mesma. Acompanhei o trabalho realizado pela coordenação de enfermagem da REAP caracterizado em projetos e ações como a elaboração de normas, rotinas, procedimentos operacionais padrão (POP), implantação e qualificação da SAE (sistematização da assistência de enfermagem), reuniões com a equipe de enfermagem, avaliação de desempenho da equipe, avaliação contínua das relações interpessoais, mediação de conflitos da equipe, realização de pareceres técnicos, promoção da educação continuada, participação em conselhos de saúde, consolidar frequências de profissionais de vínculo temporário, avaliar relatórios mensais das unidades, monitorar o processo de responsabilidade técnica e despachar processos referentes a equipe de enfermagem.

No estágio eletivo tive a oportunidade de participar e executar ações como etapas do projeto de implantação do prontuário eletrônico, avaliação de planejamento estratégico das unidades, junta a coordenadora construí um projeto para reimplantação das salas de esterilização, reuniões com responsáveis técnicos das unidades,

organização do dimensionamento de pessoal de enfermagem e determinação da padronização do quantitativo de dispensação de materiais para acamados do município. A oportunidade do estágio foi importante para trazer uma melhor compreensão desse espaço de gestão que sempre me senti deficiente e entender suas dificuldades e contribuições para a atenção a saúde.

Ao retornar para o município de Camaçari, pude entrar agora no espaço da gestão de um município menor sob uma ótica de um gestor diferente. Consegui avaliar as diferenças estruturais e organizativas do espaço, analisando prós e contras de cada um deles, infelizmente o momento em que a gestão de Camaçari se encontrava não proporcionou o desenvolvimento de muitas atividades, o município passava por um período de articulações políticas e "troca das cadeiras", o que não é algo que ocorre apenas em Camaçari, sendo um "padrão" no nosso país, inclusive em Aracaju.

Era o momento do gestor atual realizar o planejamento Plurianual, e com isso precisava realizar "parcerias" para colocar em prática os seus desejos. Nesse contexto iniciei o estágio e em meio a um clima de tensão e incertezas foi difícil encontrar espaços em que poderia me inserir para a realização de um produto.

Inicialmente foi pensado em eu e minha colega de estágio avaliarmos as pactuações realizadas no acolhimento pedagógico, realizado por volta de 3 meses antes, depois foi pensado em contribuir com o PSE através da formulação de estratégias para sensibilização das escolas e professores para o programa, ao final ficou decidido que iríamos contribuir com a área técnica de TB e Hansen na atualização dos fluxos e contribuição para o protocolo de critérios para encaminhamento à atenção secundária, nenhum desses produtos foram continuados, pois, a gestão do município solicitou de forma urgente que fizéssemos a cotização para encaminhamentos a rede especializada e solicitação de exames da atenção básica objetivando ajudar a organização da regulação do município.

Para tal trabalho, foi preciso que fizéssemos primeiramente o perfil sociodemográfico de cada unidade de saúde do município, pois as necessidades de saúde se modificam conforme grupos etários e de gênero. Através de uma territorialização do ano de 2017, ofertada pelo departamento de atenção básica, utilizando dados do IBGE e o manual de parâmetros do SUS do ministério da saúde de 2015, traçamos esse perfil identificando estimativa de homens e mulheres cadastrados em cada unidade, crianças de 0 a 5 anos, mulheres em idade fértil, gestantes, alto risco e baixo risco, hipertensos e diabéticos, baixo risco, médio risco e alto risco. Devido ao curto tempo que nos foi fornecido, não conseguimos realmente cotizar as vagas, entendemos também que para isso são precisos outros dados que não possuímos

acesso, porém, o trabalho que ofertamos pode ser muito útil para a regulação nessa cotização.

Ponto aqui o quanto perceptivelmente esse jogo político atrapalha no processo de trabalho, muitas vezes não levando em consideração a competência do servidor. Existem aqueles que resistem por apresentar um trabalho de qualidade que ultrapassa as questões políticas, porém, esses são poucos e nesse processo as mudanças municipais influenciaram em todos os setores inclusive na gerência da minha unidade de lotação.

## **7. CONCLUSÃO**

O programa de residência multiprofissional em saúde da família FESF-SUS, tem como objetivo a formação de profissionais de saúde qualificados na especialidade escolhida com competências técnico científicas, sociopolíticas e ético-humanistas, orientado pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) como descrito em seu projeto político pedagógico, enquanto recém formada na enfermagem e pelos motivos já citados escolhi o programa possuindo um objetivo similar, a especialização e qualificação em saúde da família, adquirir competência técnico científica e sociopolíticas, conhecer a fundo e na prática os princípios e diretrizes do SUS.

Para além do desenvolvimento de competências, entendo que a experiência me trouxe muito mais aprendizado, não descritos em nenhum objetivo, aqueles transmitidos nas relações de contato e vínculo com os usuários do serviço e equipe da unidade. Ao meu ver, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar traz consigo além do aprendizado em um cuidado transversal, integralizado e a ampliação da visualização do paciente, sendo o mesmo um indivíduo inserido em comunidade com relações sociais e econômicas que influenciam no processo da saúde, também o processo de aprendizado das relações de trabalho e boas relações adicionam nesse caminho a construção de práticas efetivas.

O desenvolvimento de trabalho em equipe com perspectiva de transdisciplinaridade, a Humanização da atenção à saúde, a elaboração de planos de cuidado visando a integralidade da assistência e a articulação da rede intersetorial e intrasetorial, são algumas das competências que o residente precisa ter desenvolvido para aprovação ao final da residência, porém, o desenvolver, construir das mesmas é a maior dificuldade e ao mesmo tempo satisfação do processo, encontrar o apoio da equipe, amigos residentes, servidores da unidade, gerência e preceptoria foi essencial nesse caminho, pois a prática do dia a dia algumas vezes exige, é cansativa, mas tudo isso torna esse aprendizado prazeroso e definitivo.

## REFERÊNCIAS

- 1- MELLO, C. C. B; ALVES, R. O; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, dec, 2014.
- 2- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina. Diário oficial da união, 20 de junho de 2014.
- 3- CARABETTA JÚNIOR, V. Metodologia ativa na educação médica. **Rev Med**, São Paulo, v. 95, n. 3, p.113-21, jul-set. 2016.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- 5- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário oficial da união, 24 de janeiro de 2008.



- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 7- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 159, 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. 1993.
- 8- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. CTAS nº 14, de 29 de julho de 2015. Questionamento quanto ao tempo mínimo da consulta de enfermagem. Brasília, 29 de julho de 2015.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Capacidade de produção, em consultas, de alguns recursos humanos na área de saúde. Brasília, 2002.
- 10- BRASIL. Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS Brasília, 1 de outubro de 2015.
- 11- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 543, de 18 de abril 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF, 18 de abril de 2017.
- 12- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- 14- BOVIOT, A. B. **A importância do agente comunitário de saúde para a Estratégia Saúde da Família: a Unidade Básica de Saúde com Saúde da Família de Saturnino Braga, em Campos dos Goytacazes, RJ.** 2016. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade Aberta do SUS, Campos dos Goytacazes, 2016.
- 15- CARLI, R; COSTA, M.C; SILVA, E.B; RESTA, D.G; COLOMÉ, I.C.S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n.3, p. 626-32, Florianópolis, Jul-Set, 2014.
- 16- FRIEDRICH, T.L; PETERMANN, X.B; MIOLO, S.B; PIVETTA, J.M.F. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 373-85, 2018.
- 17- MATIAS, P.S. **Grupos educativos em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz.** 2017. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde- Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2017.
- 18- MARON, L.C; GUZZO, P. C; GRANDO, T. Grupos de saúde na atenção básica: Experiências de enfermeiras residentes. **Revista Contexto & Saúde**, v. 14, n. 27, Jul./Dez, 2014.

- 19- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.
- 20- BRASIL. Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2017.
- 21- MARINHO, C.C; CONCEIÇÃO, C.S; SANTOS, M.L; CARVALHO, S.M; MENEZES, T.M; GUIMARÃES, E.P. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as Linhas de Cuidado: (vi)endo o tecer dos fios. **Rev Baiana Saúde Pública**. v. 35, n. 3, p. 619-33, 2011.
- 22- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.
- 23- RANDOW, R.M.V; BRITO, M.J.M; SILVA, K.L; ANDRADE, A.M; CAÇADOR, B.S, SIMAN, A.G. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n. esp, p. 904-12, 2011.
- 24- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- 25- OLIVEIRA, A. E. F; ARAÚJO, F.L.S.M; GARCIA, P.T . Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde .**Universidade Federal do Maranhão**. São Luís: EDUFMA, 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

ROTEIRO ATENDIMENTO CONSULTA DE PRÉ NATAL E METODOLOGIA DE REGISTRO	
<b>CONCEITUAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem objetivo acompanhar a gestação para detectar precocemente quaisquer situações de risco que possam ser corrigidas e tomar medidas de promoção de saúde e prevenção de problemas e para assegurar o bom desenvolvimento da gestação.</li> <li>• Na primeira abordagem a gestante , é esclarecido todo o funcionamento do acompanhamento de Pré Natal na unidade.</li> <li>• Frequência das consultas:***** Até 28 semanas – mensais 28 semana até 36 semana – quinzenais Após de 36 semanas – semanais</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As dimensões que serão avaliadas ( DUM, DPP, IG , BCF, AU, PESO, PA)</li> <li>• Todas as informações são registradas no E-sus, prontuário e na caderneta da gestante .</li> </ul>
<b>COLETA DE DADOS</b>	<b>ANAMNESE</b>
	<p><b>- ENTREVISTA : ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta atenta, aberta , sem julgamentos ou preconceitos , conversa buscando formação de vínculo.</li> <li>• Garantia de confidencialidade e privacidade</li> <li>• Perguntas abertas sobre preocupações e ansiedade.</li> <li>• Estimulo à presença do parceiro nas consultas</li> <li>• Esclarecimento de todas as dúvidas</li> <li>• <b>Perguntas norteadoras :</b></li> <li>• “Como você está se sentindo? “</li> <li>• “ Tem alguma coisa que te preocupa na sua gestação?”</li> <li>• “ Como vão as coisas em casa?”</li> <li>• “Ocorreu alguma mudança importante na família desde a nossa última consulta?”</li> <li>• “Você quer me falar uma coisa que eu não te perguntei ?”</li> </ul> <p><b>Atenção :</b>É importante ainda evitar abordagens intrusivas ou interpretativas que não pronunciem a descrição natural dos fatos :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “ Você está dormindo mal? “ ou porque você não veio antes ?”</li> </ul> <p><b>Cadastrar no SisPrenatal, Registrar no prontuário e no cartão espelho e na caderneta da Gestante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação pessoais, antecedentes pessoais, familiares, sociais, dados ginecológicos e obstétricos , doença ou problemas maternos, uso de medicações prévias, alergia medicamentosa, sintomatologias e queixas frequentes relacionadas a gestação atual e anterior, hábitos alimentares, uso de bebidas, cigarros e outras drogas , hábito intestinal, sono , atividade física, apoio familiar e social.</li> </ul>
	<b>EXAME FÍSICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar (medida estatura se ainda não tem o dado)</li> <li>• Pressão arterial</li> <li>• Exame das mamas</li> <li>• Pesquisar edemas (pernas, face, região lombar)</li> <li>• Palpação obstétrica</li> <li>• Medir altura uterina (após a 12 semana de gestação)</li> <li>• Registrar a movimentação fetal</li> <li>• Ausculta cardiofetal (após 12 semanas de gestação)</li> <li>• Apresentação fetal (sobretudo após a 36 semana)</li> <li>• Exame ginecológico e Papanicolau ( antes do 3 trimestre)</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refazer a classificação de risco gestacional.</li> </ul> <p><b>MEDIDAS DE ROTINA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o estado nutricional</li> <li>• Avaliar ganho de peso</li> <li>• Exame das mamas</li> <li>• Pedir exames de rotina*</li> <li>• Fazer testes rápidos indicas**</li> <li>• Encaminhar para fazer triagem Pré natal (sala de triagem)</li> <li>• Checar resultados de exames solicitados anteriormente</li> <li>• Checar agendar e aplicar vacinas indicadas ***</li> <li>• Encaminhar para consulta odontológica</li> <li>• Prescrever suplementação de ferro e de ácido fólico****</li> <li>• Agendar próxima consulta*****</li> <li>• Promover atividades educativas</li> </ul>
<p><b>PROBLEMAS IDENTIFICADOS/ DIAGNÓSTICO (CIAP-2)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamento dos problemas identificados na coleta de dados; Processo de construção entre profissional -usuário-família.</li> <li>• Importante enumerar os problemas (análise de risco e vulnerabilidades, bem como priorização dos problemas para estruturação das intervenções e pactuação com usuário-família)</li> </ul>
<p><b>PLANEJAMENTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quais as dimensões que serão abordadas no plano de cuidado:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Promoção da saúde;</li> <li>b) Prevenção de doenças e agravos;</li> <li>c) Reabilitação;</li> <li>d) Recuperação...</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fatores de risco complicadores que exigem maior atenção :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a)Relacionados à mãe, à família ou ambiente.</li> <li>b)Problemas em gestações anteriores e relacionados a gestação atual <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fatores de risco e critérios que podem indicar encaminhamento para o Pré natal de alto risco.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a)Comorbidades maternas</li> <li>b)Problemas em gestações anteriores e Relacionados à gestação atual</li> </ol> </li> </ul> </li> </ol> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>INTERVEÇÕES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar as ações (prescrições, orientações) de acordo com os problemas identificados e seguindo o planejamento pactuado.</li> </ul> <p><b><u>EXAMES A SER SOLICITADOS 1º TRIMESTRE :*</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG morfológica</li> <li>• Hemogra</li> <li>• Glicemia de jejum</li> <li>• Grupo sanguíneo e Rh</li> <li>• Coombs indireto (se Rh -)</li> <li>• Súmário de urina + Urocultura</li> <li>• Anti-HVI 1 e 2</li> <li>• AgHbs</li> <li>• Anti -Hbs</li> <li>• Anti – HCV</li> </ul>

- VDRL
- Toxoplasmose IgM e IgG
- CMV IgM e IgG
- Rubéola IgM e IgG
- HTLV 1e2

#### **EXAMES SOLICITADOS EM QUE FOR NECESSÁRIO PELA CLÍNICA**

- Teste de gravidez
- Proteinúria
- Usg morfológica
- Parasitológico de fezes
- Urocultura com antibiograma
- Eletroforese de Hb
- Citologia do colo uterino
- Exame da secreção vaginal

#### **EXAMES DE ROTINA NO 2º TRIMESTRE**

- Teste de tolerância a glicose (se glicemia >85 ou na presença de algum fator de risco .
- Coombs indireto( mãe Rh - , pai Rh + ou desconhecido ) repetir mensalmente.
- Repetir sorologia de toxoplasmose nas susceptíveis.

#### **EXAMES DE ROTINA NO 3º TRIMESTRE (MESMO SE NEGATIVO NO 1º**

- Hemograma
- VDRL
- Anti – HIV
- Toxoplasmose se IgG -
- Glicemia de jejum
- Combs indireto Rh –
- Hepatite B AgHbs
- Sumário de Urina e urocultura
- Usg Obstétrica

#### **TESTE RÁPIDO DEVEM SER REALIZADOS NA HORA \*\***

- Anti -HIV
- SÍFILIS
- AgHbs
- HCV

#### **RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS\*\*\***

- **ACIDO FÓLICO** :Prevenção de defeitos do tubo neural, anemia.  
**Solução oral (0,2mg ml ) => 40gotas**  
ou Cápsula gelatinosa mole (400mcg ou 0,4 mg)  
iniciar 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação.
- **FERRO ELEMENTAR**: Anemia  
**Comprimido (40mg) => 1comprimido por dia**  
Solução oral (25mg/ml)  
A partir do conhecimento da gravidez até o 3º mês pós parto

#### **VACINAÇÃO INDICADA\*\*\*\***

**DT difteria e Tétano : 3 doses ( intervalo das doses 30 a 60 dias)**

	<p>DTPa acelular : dose anual e completa uma das 3 doses de DT =&gt; Indicado a partir de 20<sup>a</sup> de gestação até 42<sup>o</sup> Pós parto.  Hepatite B: 3 doses ( 0, 1 , 6 meses ) =&gt; se AntiHbs Não Reagente.  Influenza : Dose anual</p>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de avaliação da consulta junto ao usuário;</li> <li>• Em consultas subsequentes, segui retomando o plano de cuidado pactuado entre os envolvidos;</li> <li>• Análise do projeto terapêutico singular.</li> </ul>

## APÊNDICE B

### LINHA DE CUIDADO HIPERDIA NO CONTEXTO DA USF PHOC\CAIC

→ RASTREAMENTO DE HAS :



#### 1. Critérios de rastreamento no ACOLHIMENTO:

- Queixas agudas
- Idosos

#### 2. Critérios de rastreamento nas consultas Individuais:

- Todos devem ter sua PA medida, incluindo preventivo.

#### 3. Critérios de rastreamento em grupos:

- Medir PA em grupos a depender do número de profissionais e participantes.

- Avaliar perfil do grupo

#### - DIAGNÓSTICO:

- PA maior ou igual a 140x90 → Solicitar MAPA OU MRPA

##### **Paciente com possibilidade de medida em residência:**

- MRPA: 01 Medida pela manhã + 01 medida pela noite por 07 dias.
- MAPA: 02 medidas: primeiro contato e retorno.
- Primeiro retorno: 07 dias – Avaliar fechamento de diagnóstico.

##### **Crterios para diagnóstico:**

- Faz a média aritmética da Pressão Sistólica e da Pressão diastólica, descartando o primeiro dia.

**OBS1: Paciente em rastreamento deverá receber uma tabela para anotar os dados. – Anexo 01**

##### **Paciente com medida ambulatorial:**

- Conduta baseada no estágio da hipertensão:
  - Menor ou igual 160x100: 01 medida a cada semana por 03 semanas.
  - Maior que 160x100: 03 medidas em 01 semana.
- Paciente que não fechou o diagnóstico deverá retornar com 06 meses para medir PA. Orientar mudanças de estilo de vida.

##### **Pseudocrise\Crise Hipertensiva:**

- Pacientes com PA maior que 160x100 com sintomas de crise hipertensiva devem passar por avaliação médica no momento.
- Pacientes assintomáticos com PA maior ou igual a 180x120 devem ser medicados.

**OBS 2: Anexo 02 com sintomas de crise Hipertensiva**

##### **Retorno do Paciente:**

- O primeiro retorno deve ser marcado, prioritariamente, no **ACOLHIMENTO** da equipe responsável. Mas, caso o paciente não possa vir no dia específico do acolhimento da equipe, o acesso é liberado em qualquer outro dia do acolhimento na unidade.
- Caso o paciente seja acamado e não possa comparecer, deve ser avaliada a melhor forma do primeiro retorno.

##### **SEGUIMENTO DO PACIENTE HAS E DM:**

- Retorno no ACOLHIMENTO da Equipe;

- Protocolo da consulta no ACOLHIMENTO:

Solicitar exames;

Mudanças de Estilo de vida;

Introduzir medicação, se estágio II;

Avaliar introdução de medicação se estágio I.

Anexo III – Laboratório a ser solicitado na primeira consulta: Glicemia; creatinina; Potássio; Sumário de urina; Colesterol total, HDL, LDL; Triglicérides; ECG.

Controle da PA após terapêutica:

- Menor ou igual 160x100: 01 medida a cada semana por 03 semanas.
- Maior que 160x100: 03 medidas em 01 semana.

**→ Retorno entre 15-30 dias para Consulta Médica;**

Realizar classificação de risco Cardiovascular

Metas:

Estágio 1 e 2 com risco CV baixo e moderada e HAS estágio 3:

<140x90

Estágio 1 e 2 com risco CV alto < 130x80.

OBS: Preencher planilha em cada consulta de hipertensos e diabéticos. Ficha Rua/Nome.

**→ Retorno em 30 dias para consulta de enfermagem:**

Realizar classificação de risco Cardiovascular (Framingham)

**→ Paciente baixo risco cardiovascular:**

-Compensado: Retorno anual: 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem – 06 meses entre as consultas.

- Participação do Grupo de Hipertensão – Planejamento semestral do grupo:

Funcionamento mensal;

Monitoramento da PA;

Peso;

Educação em Saúde.

Avaliação nutricional, Odontológica

- Descompensado: Consulta em 30 dias.

**→ Paciente descompensado identificado no grupo:**



- Retorno para consulta médica;

➔ **Paciente Risco Cardiovascular Moderado**

- Compensado: Retorno trimestral alternando médica e enfermeira.  
Possibilidade de participação no grupo.

- Compensado: Consulta entre 15-30 dias

➔ **Paciente Risco Cardiovascular Alto:**

- Compensado: Retorno Bimestral alternando médica e enfermeira;  
Possibilidade de participação no grupo

- Descompensado: Retorno no Acolhimento da equipe – **Acionar NASF**

**LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO NO CONTEXTO DA USF PHOCICAIC**

➔ RASTREAMENTO DE DM:



**1. Critérios de rastreamento no ACOLHIMENTO:**

- Sintomáticos;

**2. Critérios de rastreamento nas consultas Individuais e Visitas:**

- Obesidade
- Idade maior que 45 anos
- Síndrome de Ovário Policísticos
- História Familiar de primeiro grau
- História de Diabetes Gestacional

**- DIAGNÓSTICO:**

- ACOLHIMENTO: Paciente sintomas de DM ou relato de elevação aguda de HGT.

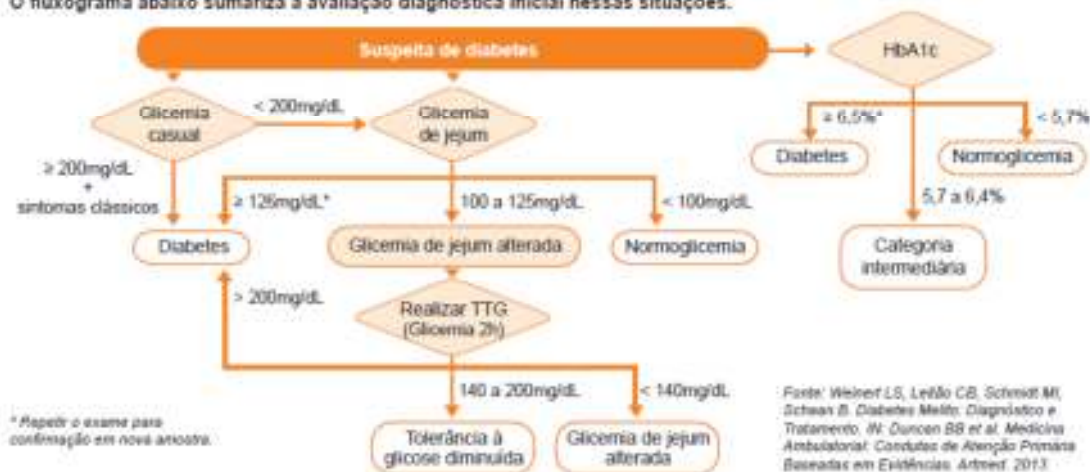
Solicitar exames: Glicemia de jejum; HbA1C;  
 Agendar consulta médica com 15-30 dias;

- Rastreamento: Glicemia de jejum

## Diagnóstico e avaliação inicial

O diagnóstico de diabetes na maioria das vezes é feito em pessoas assintomáticas em programas de rastreamento (ver capítulo Prevenção e Rastreamento). Quando sintomático, o diabetes se manifesta com os sintomas clássicos (polidipsia, poliúria, polifagia e perda inexplicada de peso) ou por meio de sintomas menos específicos, como fadiga, fraqueza, letargia, visão turva (ou melhora temporária da visão para perto), prurido vulvar ou cutâneo e balanopostites de repetição. Nesses casos, pode-se solicitar glicemia casual, glicemia de jejum ou HbA1c.

O fluxograma abaixo sumariza a avaliação diagnóstica inicial nessas situações.



### Critérios para diagnóstico:

## SEGUIMENTO DO PACIENTE HAS E DM:

### → Consulta Médica;

Diagnóstico

Solicitar Exames: HbA1C, Creatinina, Colesterol total, LDL, HDL, Triglicérides, sumário de urina, proteinúria de 24 horas, microalbuminúria de amostra de 24 horas.

Avaliação de doença Periodontal – Retorno em 15-30 dias para consulta odontológica;

Classificação de Risco UKPDS

OBS: Preencher planilha em cada consulta de hipertensos e diabéticos. Ficha Rua/Nome.

### → Retorno em 90 dias para consulta de enfermagem:

Avaliar exame e meta;

Caso o paciente não tenha realizado o exame; Marcar o exame e retornar no dia de acolhimento da equipe.

Classificação de Risco UKPDS

- **Paciente compensado:** Retorno de 03\03 meses até compensação
- **Paciente Descompensado:** Retorno de 06\06 meses podendo acompanhar no grupo.

→ **Paciente baixo risco cardiovascular:**

- Compensado: Retorno anual: 01 consulta médica e 01 consulta de enfermagem – 06 meses entre as consultas.
- Descompensado: Consulta em 30 dias.

→ **Paciente descompensado identificado no grupo:**

- Retorno para consulta médica;

→ **Paciente Risco Cardiovascular Moderado**

- Compensado: Retorno trimestral alternando médica e enfermeira. Possibilidade de participação no grupo.
- Compensado: Consulta entre 15-30 dias

→ **Paciente Risco Cardiovascular Alto:**

- Compensado: Retorno Bimestral alternando médica e enfermeira; Possibilidade de participação no grupo
- Descompensado: Retorno no Acolhimento da equipe

OBS: Paciente descompensado: **Acionar NASF**

**PACIENTE EM USO DE INSULINA:**

1. Introdução de Insulina – Abrir processo para solicitar glicosímetro
2. Retorno semanal até ajuste terapêutico
3. Compensado: HGT triagem de 15\15 dias
4. Descompensado triagem: ACOLHIMENTO – 2ª Escuta;

**METAS:**

HbA1C < 7,0 %

Glicemia de Jejum <140



FONTE: Brasil. Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 29, 2010.



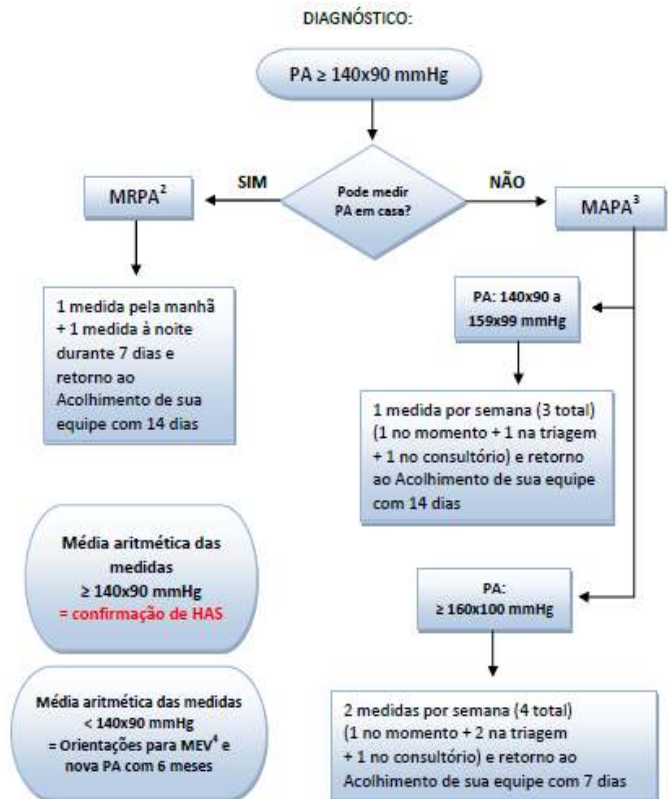
1) RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO



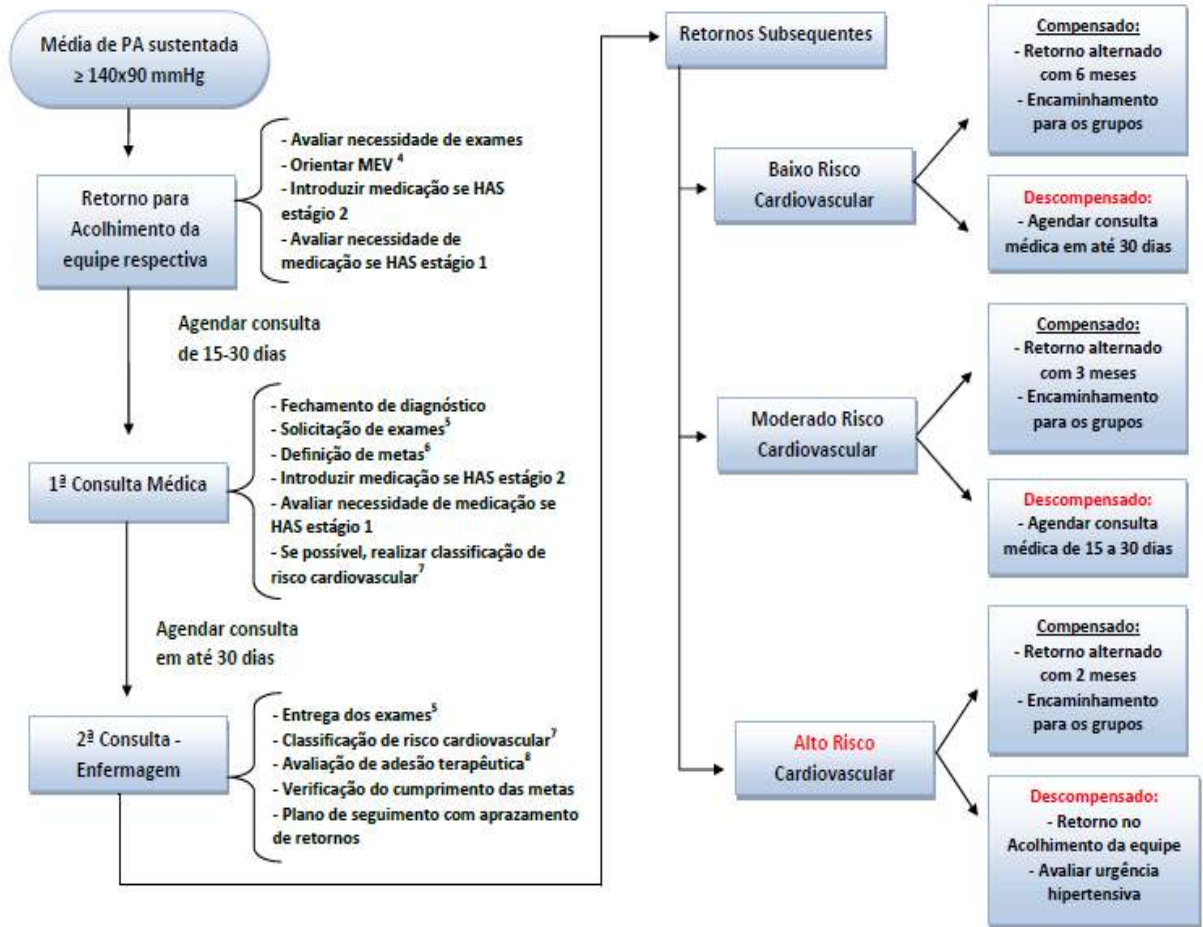
<sup>1</sup> Cefaleia, cervicalgia, tonturas, dispnéia, turvação visual

<sup>2</sup> MRPA: Medida Residencial de Pressão Arterial

<sup>3</sup> MAPA: Medida Ambulatorial de Pressão Arterial



### 3) SEGUIMENTO



### 3) SEGUIMENTO

<sup>4</sup> MEV: Mudanças de estilo de vida. Tais como modificações nos hábitos alimentares, prática de atividade física regular e atividades de lazer

<sup>5</sup> Rotina complementar mínima de exames para pacientes com HAS:

- Glicemia de jejum
- Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides
- Sumário de urina, creatinina e potássio
- Eletrocardiograma (ECG)

<sup>6</sup> Metas para controle pressórico:

- Pacientes com baixo e moderado risco cardiovascular: PA <140x90 mmHg
- Pacientes com alto risco cardiovascular: PA <130x80 mmHg

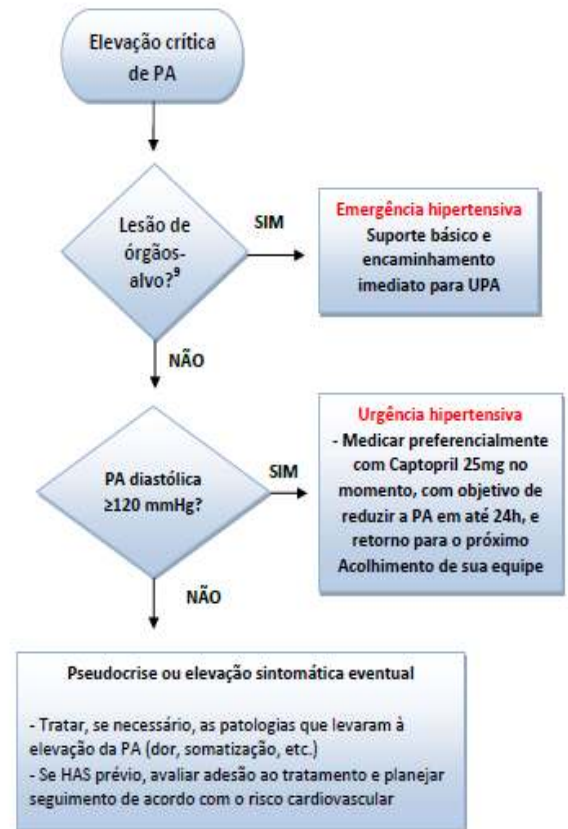
<sup>7</sup> Classificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham (risco de infarto e morte por doença coronariana em 10 anos), que envolve fatores como idade, sexo, colesterol total, HDL, tabagismo e nível de PA

<sup>8</sup> Avaliação da adesão terapêutica com escalas: como o Questionário de Morisky (TMG) e o Questionário de adesão a medicamentos da equipe Qualiids (QAM-Q)

<sup>9</sup> Lesão de órgãos-alvo nas emergências hipertensivas:

- Edema agudo de pulmão (36,8%)
- Acidente vascular cerebral isquêmico (24%)
- Encefalopatia hipertensiva (16,3%)
- Síndrome coronariana aguda (12%)

### 4) CRISES HIPERTENSIVAS







**ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**EQUIPE** \_\_\_\_\_ **TURNO** \_\_\_\_\_ **PROFISSIONAIS** \_\_\_\_\_

	AMARELO	AMARELO	AMARELO
<p>_____</p> <p>saúde mental</p> <p>_____</p> <p>A HORA</p> <p>F ( )</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ORDEM: _____ IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ATENDIMENTO EM 1 HORA</p> <p>MED ( ) ENF<sup>a</sup> ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO) _____</p>	<p>ORDEM: _____ IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ATENDIMENTO 1 HORA</p> <p>MED ( ) ENF<sup>a</sup> ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO) _____</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ATENDIMENTO</p> <p>MED ( ) ENF<sup>a</sup> ( ) Odonto ( ) N</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO) _____</p>
<p>_____</p> <p>saúde mental</p> <p>_____</p> <p>HORA</p> <p>F ( )</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ORDEM: _____ IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ATENDIMENTO EM 1 HORA</p> <p>MED ( ) ENF<sup>a</sup> ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO) _____</p>	<p>ORDEM: _____ IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ATENDIMENTO 1 HORA</p> <p>MED ( ) ENF<sup>a</sup> ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO) _____</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ATENDIMENTO</p> <p>MED ( ) ENF<sup>a</sup> ( ) Odonto ( ) N</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO) _____</p>

VERDE	VERDE	VERDE	VERDE
<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p>

<p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( )</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>	<p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( )</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>	<p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( )</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>	<p>MED ( ) ENFª ( ) OdonTO ( ) NASF ( )</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>
<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>QUEIXA: _____</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) OdonTO ( ) NASF ( ) _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>(ENCAMINHAMENTO _____)</p>
<b>AZUL</b>	<b>AZUL</b>	<b>AZUL</b>	<b>AZUL</b>
<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: -</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: -</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: -</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>	<p>ORDEM: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>NOME: -</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>( ) idoso ( ) criança ( ) gestante ( ) saúde mental ( ) deficiência ( ) vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>

<p>ORDEM: _____          IDADE: _____          NOME:- _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>	<p>ORDEM: _____          IDADE: _____          NOME:- _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>	<p>ORDEM: _____          IDADE: _____          NOME:- _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>	<p>ORDEM: _____          IDADE: _____          NOME:- _____</p> <p>( )idoso ( )criança ( )gestante ( )saúde mental ( )deficiência ( )vulnerabilidade social</p> <p>CONDUTA: ( ) ATENDIMENTO /TURNO ( ) AGENDAMENTO</p> <p>MED ( ) ENFª ( ) Odonto ( ) NASF ( ) _____</p> <p>( ) MARCAÇÃO DE CONSULTA ( ) VISITA DMICILIAR ( ) TROCA DE RECEITA (PF) (HAS) (DIA) (CON) ( ) ENTREGA DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE EXAMES ( ) SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO OUTROS/QUEIXA: _____</p> <p>EQUIPE DE REFERÊNCIA _____</p> <p>ENCAMINHAMENTO _____</p>
---	---	---	---