



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CLÓVIS FERREIRA DAS CHAGAS

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:
Propostas de Intervenção frente às demandas identificadas numa área da
Estratégia de Saúde da Família.**

TERESINA
2019

CLÓVIS FERREIRA DAS CHAGAS

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:
Propostas de Intervenção frente às demandas identificadas numa área da
Estratégia de Saúde da Família.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí.

Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

Área de Concentração: Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de saúde da família/atenção básica

TERESINA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

C433m Chagas, Clóvis Ferreira das.
Melhoria da qualidade da atenção básica: propostas de intervenção frente às demandas identificadas numa área da estratégia de saúde da família / Clóvis Ferreira das Chagas. - 2019.
107 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Teresina, 2019.
“Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa”.

1. Atenção Básica de saúde. 2. Estratégia de saúde da família. 3. Avaliação de serviço de saúde. I. Título.

CDD: 362.042

CLÓVIS FERREIRA DAS CHAGAS

**MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA:
Propostas de Intervenção frente às demandas identificadas numa área da
Estratégia de Saúde da Família.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Piauí-UFPI, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa
Orientador

Profa. Dra. Daniela Franca Barros
1º Membro

Profa. Dra. Belisa Maria da Silva Melo
2º Membro

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os Projetos de Intervenção em saúde valorizam as práticas avaliativas nos serviços e podem melhorar indicadores de acesso e de qualidade do processo de trabalho. O presente Projeto de Intervenção teve como objeto a avaliação da estratégia de saúde da família no sentido da melhoria da qualidade do processo do trabalho. Justifica-se pela necessidade de melhoria do cuidado na Atenção Básica. **OBJETIVO GERAL:** Implementar projeto de intervenção no intuito de fomentar a melhoria da qualidade de uma área da ESF em Teresina/PI, de acordo com as demandas identificadas através de discussão da AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica); **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Analisar criticamente os dados da AMAQ em relação à equipe, identificando demandas a fim de propor intervenções, bem como organização do processo de trabalho. **METODOLOGIA:** O Projeto de Intervenção foi implementado após a releitura do instrumento AMAQ já aplicado à equipe, identificando-se as características fundamentais do processo de trabalho e construindo uma matriz de intervenção. As informações utilizadas foram referentes às sub-dimensões J, K, L e M (Perfil da Equipe, Organização do Processo de Trabalho, Atenção integral à Saúde e Controle Social e Satisfação do Usuário, respectivamente). A matriz de intervenção foi implementada de acordo com o modelo orientador de Carlos Mattus. **RESULTADOS:** Do total de padrões da AMAQ, 12 dimensões tiveram notas regulares ou insatisfatórias, sendo duas relacionadas com a Saúde Bucal, com muito baixa governabilidade e recusa de profissionais em participar das intervenções. Do restante dos problemas priorizados elencaram-se 27 nós-críticos, com 23 planos de ação. **CONCLUSÃO:** A aplicação da AMAQ proporcionou evidências sobre pontos de conformidade e fragilidades no processo de trabalho, sendo estas passíveis de intervenção. O PES elencou problemas de alta ou baixa governabilidade, custos e evidenciou a possibilidade de um processo de trabalho semelhante ao padrão com tecnologias leves e leve-duras. Sugeriu, também, que no processo de produção da saúde em condições adversas, não se pode abrir mão da intersetorialidade (ou parcerias), da integralidade das ações, da educação em saúde, do empoderamento local, da adequação do serviço de saúde às necessidades da população, do trabalho integrado interprofissional, da qualidade da intervenção profissional, e, acima de tudo, da participação das pessoas na definição de suas linhas de cuidado e/ou modos de tratar.

Palavras-chave: Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Avaliação em Saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION: The intervention projects in health value evaluation practices in the services and can improve access and quality indicators of the work process. The object of this intervention project was the evaluation of the family health strategy towards improvement of the quality in the work process. It is justified by the need for improvement in primary care. **GENERAL OBJECTIVE:** Implement intervention project in order to promote improvement of the work process in one area of the ESF in Teresina, according to the needs identified through discussion of AMAQ (Self Evaluation for Quality Improvement in Basic Attention); **SPECIFIC OBJECTIVES:** Analyze critically AMAQ data in relation to the team, identifying demands in order to propose interventions, as well as the organization of the work process. **METHODOLOGY:** the intervention project was implemented after a review of the instrument applied in 2014, identifying key characteristics of the process of work and building an array of intervention. The information used was referring to sub-dimensions J, K, L and M (Profile of the team, organization of working process, integral attention to health and Social control and user satisfaction, respectively). The intervention was implemented in accordance with the guiding model of Carlos Mattus. **RESULTS:** 12 dimensions of the total of AMAQ standards had regular or unsatisfied notes, and two dimensions were related to oral health, with very low governance and refusal of professionals to participate in interventions. The rest of the problems prioritized 27 critic points and resulted in 23 action plans. **CONCLUSION:** the implementation of AMAQ has provided evidence of compliance points and weaknesses in the process of work, with clear necessity of intervention. The PES presented high governance problems with low or no cost, and showed the possibility of a worker process similar to a standard one with lightweight Technologies. It also suggested that in the process of health production in adverse conditions it is necessary intersectoral approach (or partnerships), the completeness of the actions, health education, local empowerment, the adequacy of the health service needs of the population, integrated interprofessional work, the quality of professional intervention, and, above all, the participation of people in defining their lines of care and/or modes of treatment.

Key-words: Primary Care. Family Health Strategy. Health Assessment

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de pontuação para padrões da AMAQ.....	24
Quadro 2 – Classificação de pontuação obtida segundo grau de satisfação da AMAQ	24
Quadro 3 – Priorização dos problemas	25
Quadro 4 – Matriz de Intervenção	27
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Acolhimento inexistente à demanda espontânea”	35
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Acolhimento inexistente à demanda espontânea”	36
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Acolhimento inexistente à demanda espontânea”	37
Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações”.	38
Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações”	39
Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações”	40
Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Utiliza poucas estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos”	40
Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Utiliza poucas estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos”	42
Quadro 13 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”	44
Quadro 14 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”	45
Quadro 15 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”	46
Quadro 16 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”	46

Quadro 17 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”	47
Quadro 18 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”	47
Quadro 19 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A equipe de atenção básica precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”	49
Quadro 20 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “A equipe de atenção básica precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”	49
Quadro 21 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “A equipe de atenção básica precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”	50
Quadro 22 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “A equipe de AB precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”	51
Quadro 23 - Operações sobre os “nós críticos 1 e 2” relacionado ao problema “A equipe não se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados”	53
Quadro 24 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “A equipe não se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados”	54
Quadro 25 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Não há informações disponíveis sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários”	56
Quadro 26 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Há um grande número de obesos na área, sedentários e sem hábitos saudáveis de alimentação”	58
Quadro 27 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Há pouca adesão ao tratamento proposto e poucas atividades para a prevenção dos agravos evitáveis: descompensação, internações, pé diabete e amputações”	59
Quadro 28 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A equipe não identifica e nem acompanha os usuários de álcool e drogas na perspectiva da redução de danos”.	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pontuação obtida para as Subdimensões J, K, L e M da AMAQ, pela ESF 193, em Teresina, em 2014	31
Tabela 2 – Classificação em categorias das Subdimensões J, K, L e M da AMAQ obtida pela ESF 193, em Teresina, em 2014 e 2018	31
Tabela 3 – Pontuação obtida para os Padrões da Subdimensão J, K, L e M da AMAQ obtida pela ESF 193, em 2014 e 2018, na UBS Dr. Evaldo Carvalho	31

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de saúde
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da família
MS	Ministério da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PI	Projeto de Intervenção

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Aspectos gerais da Atenção Básica	15
2.2 O processo de avaliação em saúde	16
2.3 Avaliação na Atenção Básica em Saúde	17
2.4 O instrumento AMAQ	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de Estudo/Delineamento	22
4.2 Local de Estudo	22
4.3 Sujeitos do Estudo	22
4.4 Coleta dos dados e variáveis analisadas	23
4.5 Processamento e Análise de dados	29
4.6 Aspectos éticos da investigação/intervenção	29
5 RESULTADOS	30
5.1 Caracterização da área adstrita	30
5.2 Pontuação dos Padrões da AMAQ	30
5.3 Matrizes de Intervenção	34
6 DISCUSSÃO	63
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84
ANEXOS	93
ANEXO A.....	94
ANEXO B.....	98
ANEXO C - ESF 193 – UBS DR. EVALDO CARVALHO	99
ANEXO D - VULNERABILIDADE FAMILIAR	101
ANEXO E - Avaliação da sobrecarga dos cuidadores	102
ANEXO F - ITENS DO GENOGRAMA	104
ANEXO G - ÁREAS INCLUIDAS NO ECOMAPA.....	105
ANEXO H - COMPONENTES DO MCCP	106
ANEXO I	107

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de saúde, instituído constitucionalmente, tem como princípios a universalidade, a integralidade e equidade da atenção à saúde que se efetiva através de espaços, instrumentos e serviços, incorporados à sua estrutura político-institucional, e organizado em redes assistenciais integradas, onde há o compartilhamento do processo decisão/gestão do sistema de saúde como um todo (GIOVANELLA *et al*, 2012). Um dos principais componentes do SUS é a Atenção Básica (AB), a qual engloba um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, com vistas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, segundo definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a). A AB tem seus fundamentos e princípios bem destacados na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, no sentido de garantir o cuidado integral do usuário (BRASIL, 2011a; 2011c; 2017).

A organização da AB tem como pilar a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual permite a reorientação do processo de trabalho e maior potencial no aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Primária em Saúde. Amplia a resolutividade e possibilita maior impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a).

Na perspectiva do Ministério da Saúde e de organismos internacionais como a Organização Pan-americana da Saúde – OPAS (2007), existe a intencionalidade da AB ser orientada para o cidadão, sua família e comunidade, buscando provê-los de cuidados contínuos e de maior acesso ao sistema de saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2007; 2004a). Tal concepção aponta a satisfação dessas necessidades como um princípio da AB que se manifesta em duas vertentes: a aceitação das práticas da AB pela população, bem como o acesso adequado aos serviços por parte dos usuários do território. Essas metas, todavia, necessitam ser avaliadas no tocante à sua consecução, e tal avaliação é parte inerente da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2010b) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2012a; 2016).

A avaliação, segundo Labra e Figueiredo (2002), é fundamental na formulação de políticas de saúde, principalmente no (re) direcionamento de ações e programas, subsidiando a tomada de decisão. Esse pensamento, comungado pelo Ministério da Saúde, pode ser percebido no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), institucionalizando a avaliação como inerente à política, inclusive detalhando indicadores de acompanhamento e monitoramento de cumprimento de metas acordadas entre as esferas de gestão (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

Em síntese, a avaliação representa estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo essa última determinada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2012b). Seguindo esse raciocínio, podemos situar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pelo Ministério da Saúde em 2011, como prática sistemática de avaliação das políticas públicas de saúde, com o intuito de garantir um padrão de qualidade comparável entre os diferentes níveis de atuação da AB (BRASIL, 2011b), tendo como diretrizes principais: (1) definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da AB; (2) estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da AB (3) transparência em todas as suas etapas, e (4) adesão voluntária.

O SUS, à medida em que demonstra avanços no cuidado com a saúde da população, também lança o desafio do desenvolvimento de propostas de intervenção que favoreçam o seu aperfeiçoamento. O transcorrer da ESF trouxe obstáculos tanto de ordem ética, como política e financeira, apresentando continuamente a necessidade de reorganização do sistema de saúde, o que enfatiza a ação avaliativa da estratégia como um todo no sentido da melhoria da qualidade da estrutura e dos processos do nosso trabalho.

Daí surge a ideia de perscrutar se nossa forma de fazer é compatível com os padrões de qualidade esperados. Tais considerações, sobre a necessidade das práticas avaliativas nos serviços de saúde, com efetiva aplicação na melhoria do cuidado e satisfação dos usuários, através dos padrões da AMAQ, nos leva ao questionamento: como melhorar os padrões e indicadores de acesso e de qualidade de uma equipe de AB com a implantação de projetos de intervenção?

A literatura traz argumentos claros sobre a necessidade de se realizar avaliações do processo de trabalho para a melhoria do cuidado na AB, as quais funcionam como uma base para o (re) direcionamentos de ações e programas, no sentido de subsidiar tomada de decisões (TANAKA; MELO, 2001). A avaliação criteriosa e sistematizada proporciona informações válidas para suscitar melhorias no acesso e na qualidade do cuidado, e deve ser trabalhada como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria das ações de saúde, sendo essa considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2012a). Seus procedimentos e técnicas possibilitam atribuir valores ou padrões a critérios que fundamentam o julgamento de uma avaliação, possibilitando construções teóricas e metodológicas (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Ratificamos a importância de abordar as características citadas como necessária num processo de intervenção da realidade atual da ESF, iniciando pela equipe em prestamos serviço.

Considerando a importância da prática avaliativa nos serviços de saúde, bem como a necessidade de melhoria do cuidado, percebe-se a relevância de um projeto de intervenção, no sentido de propor, após o conhecimento das características dos indicadores da ESF e de seus pontos mais fragilizados, um plano básico de intervenção para melhoria nesses aspectos. Projetos de Intervenção mostram-se oportunos, dada a necessidade premente de organização do processo de trabalho das equipes de AB, vislumbram a necessidade de resolver os nós-críticos principais no processo de trabalho da ESF, bem como sugerem a possibilidade de reprodução de intervenções, de forma ética. Reúnem, além disso, interesses mútuos, onde os envolvidos participam ativamente do processo e do estabelecimento de propostas/procedimentos de mudança no processo de trabalho em que estão inseridos, trazendo um mérito diferenciado no sentido de melhorar o cuidado da ESF de sua própria equipe. O papel da autoavaliação, a possibilidade de sistematizar etapas no trabalho e a responsabilização de envolvidos, ficam evidente (MATUS, 1996).

Juntem-se aos argumentos supracitados os de natureza pessoal do autor, que envolvem sua experiência na área que motivou o projeto e o compromisso com o próprio trabalho do dia-a-dia na lida com famílias em situações de risco e com o perfil de morbimortalidade precoce associado a causas preveníveis, e o institucional pois resulta de trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da

Família. Enfatizando o papel do profissional da saúde da AB como agente transformador dessa realidade, esse projeto de intervenção somará estratégias no sentido de melhorar o acesso e a qualidade da atenção, inclusive nos aspectos relacionados aos dados epidemiológicos de morbimortalidade, como o número de internações, controle de grupos vulneráveis e óbitos por causas específicas.

À medida que os trabalhadores da AB se apropriam dos instrumentos institucionais de avaliação e refletem sobre as características fundamentais do processo de trabalho, é possível construir coletivamente estratégias para superar possíveis padrões de não-conformidade. Sob este raciocínio pressupõe-se que a avaliação da qualidade de um determinado serviço prestado por uma equipe de saúde da família possibilite reorganizar o processo de trabalho.

Pode-se melhorar a qualidade do serviço prestado numa equipe de saúde da família com a elaboração e implementação de um Projeto de Intervenção direcionado a corrigir fragilidades detectadas através da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos gerais da Atenção Básica

Historicamente, foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, que se introduziram conceitos sobre a Atenção Primária à Saúde – APS, projetando a meta “Saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1978). Nesse ínterim, definiu-se a APS como sendo um conjunto de cuidados essenciais de alcance universal para os indivíduos, família e comunidade, com base em métodos e tecnologias práticas, sendo parte integral do sistema de saúde, capaz de proporcionar o primeiro contato com os usuários. Nesse cenário, os cuidados primários em saúde abrangem atividades voltadas à educação em saúde, promoção da distribuição de alimentos e nutrição apropriada, saneamento básico, imunização, planejamento familiar, dentre outros (OMS, 1978). A APS possui atributos fundamentais para garantir a sua efetividade, incluindo o acesso, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade como atributos essenciais; e a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos derivados (HARZHEIM, 2011).

O Ministério da Saúde define a AB como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011a). Além de defender a ideia de cuidado contínuo voltado para o cidadão, inserido num ambiente familiar e coletivo, através do acesso ao sistema de saúde em todos os níveis de complexidade, na busca da satisfação de suas necessidades (BRASIL, 2004a; 2007).

No processo de organização da APS no Brasil, ocorreu inicialmente a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, o que fortaleceu a reversão do modelo tradicional de saúde hospitalocêntrico, curativista e centrado na consulta médica, para um modelo centrado no indivíduo (BRASIL, 1998; CALDEIRA, 2010). A atual ESF passou a ser consolidada como uma prioridade para reorganização da AB no Brasil, a partir do PSF, que se constituía como a principal esfera organizativa da APS no âmbito do SUS, instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001; 2004a). A ESF foi construída a partir dos moldes da PNAB, em 2006.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se, atualmente, na principal forma de reorganização da AB no Sistema Único de Saúde (SUS), com uma característica evidente de reorientação do processo de trabalho, dando potencialidades para o aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da AB, e ampliando a resolutividade, com impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, sem mencionar uma relação custo-efetividade propícia (BRASIL, 2011a). As ações e serviços de saúde da ESF devem ser integradas e organizadas em um território definido, com a atenção centrada no indivíduo, na sua família e na comunidade, considerando o contexto social e econômico, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, voltada principalmente ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos (GAIOSO, 2007).

2.2 O processo de avaliação em saúde

A avaliação da política pública de saúde, no contexto do SUS, foi aventada, com maior ênfase, a partir das Conferências e Conselhos de Saúde, constituindo-se como base fundamental para a formulação democrática de políticas para o setor, protagonizada pela sociedade civil (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). O grau de satisfação do usuário se torna, assim, um componente referencial na avaliação da qualidade dos serviços ofertados no sistema de saúde. Com o Pacto pela Saúde, em 2006, a avaliação como inerente à Política de Saúde, institucionalizada pela esfera central, progrediu com a definição de indicadores de acompanhamento e monitoramento no cumprimento de metas acordadas entre os diferentes níveis de gestão, inclusive atrelando resultados a parâmetros de incentivos financeiros (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

A avaliação em saúde, segundo Tanaka e Melo (2001), deve servir de base para direcionar ou redirecionar ações e programas, subsidiando a tomada de decisão. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda o PMAQ como estratégia permanente para tomada de decisão e ação para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo essa considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2012a).

No sentido fundamental da palavra, *avaliar* consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes,

no intuito de ajudar no processo de tomada de decisão, resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ, 1997), podendo significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto (BRASIL, 2012a). , Sendo que uma intervenção, como ocorre na AB, poderá ser submetida a dois tipos de avaliação: o estudo de cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios (avaliação normativa) ou o exame, através de procedimento científico, das relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção (pesquisa avaliativa).

Entretanto, a avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, mas um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, de forma contínua e sistemática; também entendida como um processo de negociação e pactuação entre atores sociais na construção de propostas de intervenção dirigidas (BRASIL, 2003). A avaliação situacional propicia intervenções oportunas e contínuas (CARVALHO *et al*, 2012; BRASIL, 2007). O processo avaliativo, no sentido de subsidiar melhorias no conjunto de ações e serviços de saúde prestados na ESF, e que motiva a presente Proposta de Intervenção, faz parte de uma cultura cada vez mais presente, bem como fortalece a institucionalização da avaliação de políticas públicas necessárias para fundamentar as tomadas de decisão alicerçadas em evidências comprovadas.

O instrumento de avaliação constitui, hoje, um valioso meio de proporcionar melhoria na qualidade dos serviços e, numa visão mais ampla, tem o poder de propor mudanças necessárias e fundamentais na construção do SUS (PEDROSA, 2004). Tal instrumento tem aplicabilidade às estruturas dos serviços, ao processo de trabalho, ao acesso e à satisfação dos usuários, na busca pela qualidade dos serviços (BRASIL, 2004b).

2.3 Avaliação na Atenção Básica em Saúde

No intuito de implementar intervenções e/ou ajustes para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho, o SUS tem implantado o PMAQ. Na perspectiva populacional o foco da qualidade da atenção na APS está no impacto dos sistemas de saúde da população e na redução das disparidades na saúde (STARFIELD, 2002). É na Estratégia Saúde da Família que acontece a

consolidação da APS, a qual se destacou enquanto estratégia reorganizadora da AB (BRASIL, 2005a).

Desta forma surge no PMAQ a institucionalização da avaliação na AB, com o objetivo de qualificá-la e estimular a construção de processos estruturados e sistemáticos, baseados nos princípios do SUS em suas várias dimensões (gestores, profissionais e usuários), de forma que as políticas e programas de saúde contemplem a ampla participação de todos os grupos presentes no sistema de saúde (FELISBERTO, 2004).

As ideias que foram se formando, em relação à melhoria da AB, passaram pela sugestão de que a avaliação facilita a tomada de decisão e a gestão (SANTOS *et al.*, 2010), pela necessidade de monitoramento constante das ações de atenção primária em saúde, com ênfase na institucionalização da APS (SOUSA, 2010), culminando com a construção de uma política nacional de monitoramento e avaliação para a AB (BRASIL, 2005a).

Uma das propostas de institucionalização da avaliação na Estratégia Saúde da Família surgiu através instrumento AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade (BRASIL, 2006b), o qual trouxe a possibilidade de identificar padrões no processo de trabalho da AB, com a vantagem de propor matrizes de intervenção visando a qualidade do trabalho e do serviço ofertado. Em sua continuidade passou-se a utilizar o instrumento PCA-Tool (BRASIL, 2010a), outra ferramenta de avaliação da Atenção Primária, o qual representou a base teórica e operacional para o PMAQ.

O PMAQ da AB trabalha sob a lógica da proposta de Donabedian (1984), que considera a estrutura dos serviços de saúde, o processo de trabalho e os resultados alcançados. O mesmo autor, em 1990, apresenta sete atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização (equilíbrio mais vantajoso de custos e benefícios), aceitação (conformidade com as preferências do paciente), legitimidade e equidade (Donabedian, 1990). O Ministério da Saúde destaca que a qualidade seria um conjunto de padrões que é esperado quanto à estrutura, processo e resultado dos serviços (BRASIL, 2012a).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (2011), com o objetivo de garantir um padrão de qualidade comparável em nível nacional, regional e local, a partir da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da AB, com uma maior transparência e efetividade das ações (BRASIL, 2011b). Prevê o

reconhecimento da qualidade dos serviços de AB ofertados à sociedade e estimula a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país. Traz como responsabilidade das três esferas de governo o planejamento, apoio, monitorização e avaliação da AB (BRASIL, 2011a, 2012a). Uma das fases do programa engloba o processo de auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão do cuidado, a fim de promover melhorias no acesso e qualidade da APS (BRASIL, 2012c). A finalização da etapa da avaliação ocorre com a classificação do desempenho das equipes em quatro categorias possíveis: insatisfatório, regular, bom e ótimo (BRASIL, 2012c).

2.4 O instrumento AMAQ

A AMAQ é o ponto de partida do PMAQ e se constitui num método baseado na perspectiva interna de avaliação, considerada mais adequada para a ESF por ser conduzida, em todas as suas etapas, pelos próprios atores envolvidos (BRASIL, 2005b; 2016). O instrumento AMAQ considera duas grandes unidades de análise distintas e integradas (componentes): “gestão” e “equipe”, e define grandes eixos de análise ou dimensões, que por sua vez são desdobrados em subdimensões ou áreas temáticas. Traz padrões de qualidade de um serviço, com vistas ao acesso e a melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2011a; 2017). Apresenta como referência os fundamentos teórico-metodológicos de Avedis Donabedian (1978), no que tange a avaliação da qualidade do serviço, especificamente da ESF em seu território, de tal forma que os pontos vulneráveis possam ser detectados e submetidos à intervenção no sentido de corrigi-los. O quadro conceitual fundamental proposto pelo autor oferece um referencial teórico de conhecimento aplicável em investigação/intervenção e/ou análises de serviços de saúde, propondo a a avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado.

As determinações legais que embasam o estudo na AB incluem diretrizes do SUS, desde a Constituição Federal de 1988, a LOS (1990) e diretrizes da PNAB (BRASIL, 2011a; 2017). A PNAB traz estratégias para serem empreendidas e direcionadas à qualidade dos serviços de Atenção Básica (AB). As iniciativas

governamentais, em prol da implantação de propostas de avaliação da qualidade na AB de Saúde, constituem-se como prioridade o processo de fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, segundo Campos (2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Implementar um projeto de intervenção no intuito de fomentar a melhoria da qualidade de uma área da ESF em Teresina/PI, de acordo com as demandas identificadas referentes à AMAQ (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica).

3.2 Objetivos Específicos:

- Analisar criticamente os dados da AMAQ de uma área da ESF;
- Identificar necessidades, desafios e potencialidades no processo de trabalho de uma área da ESF;
- Construir matrizes de intervenção a partir das necessidades identificadas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo/Delineamento

Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, Avaliativa, com Proposta de Intervenção visando a melhoria da qualidade do serviço prestado pela ESF nº 193, em Teresina-PI, de acordo com as características do processo de trabalho identificadas através da AMAQ.

Inicialmente fez-se uma leitura analítica do instrumento AMAQ já aplicado oficialmente no ano de 2014 e disponível na UBS onde funciona a ESF analisada. Identificando fragilidades, fortalezas, ameaças e oportunidades no processo de trabalho. Num segundo momento, construiu-se uma Matriz de Intervenção.

A leitura analítica dos dados coletados foi realizada através de reunião e discussão com os profissionais envolvidos, que complementaram qualitativamente essas informações, compreendendo os nós-críticos e propondo intervenções.

4.2 Local de Estudo

O projeto de Intervenção foi implementado na área de abrangência da ESF nº. 193, no bairro Nova Brasília, em Teresina-PI. A população adstrita da ESF em questão totaliza 2574 habitantes. A UBS situa-se na zona norte de Teresina, em frente à uma das lagoas no norte, e mantém quatro equipes de saúde da família. Nossa equipe, a 193, cobre uma área que engloba o bairro Nova Brasília e o bairro São Joaquim em sua maior área. Funciona de segunda a sexta, nos dois turnos, e tem estrutura física de uma UBS básica, onde podem ser realizadas consultas, pequenos procedimentos e atendimento odontológico, além de Sala de Vacinação e Posto de Coleta de exames laboratoriais.

4.3 Sujeitos do Estudo

O processo de análise e a construção do Projeto de Intervenção envolveu todos os integrantes da ESF nº 193, a coordenadora da UBS e lideranças da comunidade.

As etapas da construção do projeto de intervenção, incluindo as reuniões para a leitura analítica da AMAQ e os demais momentos para a confecção da matriz de intervenção, poderão envolver a possibilidade de constrangimento a algum participante, bem como desconforto, modificação nas emoções, stress, culpa, perda da autoestima, pela exposição ao responder ou expor possíveis fragilidades da equipe e de seu processo de trabalho. Para a minimização dos riscos supracitados, estratégias serão implantadas tais como: preservação do sigilo de informações acerca do processo de trabalho, rodas de conversa, consentimento prévio antes do registro de quaisquer dados ou imagens.

Alguns benefícios do projeto de intervenção podem ser elencados, como a contribuição para avaliar o processo de trabalho da equipe em questão e a possibilidade da melhoria nos padrões da AMAQ que necessitem de intervenção.

4.4 Coleta dos dados e variáveis analisadas

O primeiro passo do processo foi a mobilização da equipe através de encontros provocados pela própria equipe ou através da coordenação da UBS com todos os colaboradores, com o objetivo de orientação/conscientização sobre a necessidade de um diagnóstico em relação à população adstrita, evidenciando características fundamentais do processo de trabalho, bem como o convite às propostas/sugestões de intervenções em possíveis pontos de não-conformidade ou problemas elencados. Nas discussões sobre os distintos tópicos da AMAQ, utilizaram-se conteúdo do UNASUS e AVASUS.

Em seguida realizaram-se os seguintes passos: Observação da área adstrita, estudo do Território (Mapeamento), aplicação da Estimativa Rápida às principais lideranças na comunidade, análise dos Registros Secundários (incluindo leitura analítica da AMAQ aplicada em 2014), Priorização de Problemas segundo a pontuação das dimensões da AMAQ, Seleção dos Nós-Críticos e Elaboração dos Planos de Ação. O questionário AMAQ utilizado foi o de 2014 por ter sido o único respondido pelas equipes anteriores, bem como algumas mudanças já eram perceptíveis desde esse período até o momento do projeto de intervenção.

Outros registros pertinentes à equipe foram obtidos na coordenação da própria UBS, não sendo necessário fornecimento de dados pela FMS e dispensando realização de atividades nas dependências desta.

Após a caracterização da população e a sistematização de indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos estabeleceu-se um processo de reflexão e de discussão coletiva em torno das informações obtidas em vários encontros, envolvendo a coordenadora, lideranças da comunidade e profissionais da UBS, culminando com a identificação de problemas ou situações insatisfatórias ou impeditivas no alcance de propósitos em saúde. As lideranças participaram das atividades de construção e implementação dos planos de ação segundo sua afinidade ou compromisso com o padrão abordado.

Quanto à leitura da AMAQ, analisamos as respostas obtidas na AMAQ aplicada em 2014 referentes às subdimensões J, K, L e M: **Educação Permanente, Processo de Trabalho, Atenção Integral à Saúde e Controle Social**, respectivamente, cujo documento estava arquivado na UBS. As quais foram as bases para a Proposta de Intervenção. As informações foram classificadas de acordo com pontuações, em padrões de qualidade do serviço, que vai desde insatisfatório até muito satisfatório, detectando características fundamentais, bem como pontos de não-conformidade, de acordo com as pontuações encontradas. Vide quadros exemplificativos abaixo, para a Subdimensão E, quanto às pontuações obtidas e a classificação segundo os padrões exigidos:

QUADRO 1 - Exemplo de pontuação para padrões da AMAQ

Nº padrões	2.1	2.2	2.3	Soma total
Resultados obtidos	-	-	-	-

Fonte: AMAQ/2014

QUADRO 2 – Classificação de pontuação obtida segundo segundo grau de satisfação da AMAQ

Classificação	Muito insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito satisfatório
Pontos	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 30

Fonte: AMAQ/2014

As reuniões para leitura analítica dos dados da AMAQ e os demais encontros durante a confecção da Matriz de Intervenção ocorreram na própria UBS, coincidentes com as reuniões da ESF, semanais e obrigatórias. Nesse momento foram apresentadas e identificadas as fragilidades, fortalezas, ameaças e

oportunidades no Processo de Trabalho, com debate sobre estratégias de implementação e enfrentamento para a melhoria do serviço com a participação de todos os atores envolvidos e a construção de planos estratégicos de intervenção, com ações definidas e orientadas para melhoria da organização e qualidade do serviço.

Após a leitura da AMAQ seguiu-se a categorização dos problemas, de acordo com a natureza dos mesmos, sua posição na organização, a magnitude (associada ao número e frequência com que as pessoas são atingidas), a vulnerabilidade (ou disponibilidade de tecnologia interventiva), a transcendência (ou grau de interesse dos envolvidos), a governabilidade (priorizando-se os de controle total, quando a solução depende apenas do interesse dos atores envolvidos no planejamento), seu controle (considerando os de baixo controle e os fora de controle) e sua complexidade (estruturados – mais simples em virtude de terem causas conhecidas e soluções geralmente consensuais, e quase-estruturados – mais complexos ou multicausais). Foram priorizados por pontuação desde 0 para inexistência do critério analisado, 1 para pouco, 2 para um padrão médio, 3 para nível alto e 4 para um nível muito alto. A priorização dos problemas abordados ocorreu de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 3 – Priorização dos problemas

Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Custo	Total
	Tamanho	Interesse	Reversão	Espera	Recursos	

Fonte: Teixeira, 2010

Na descrição e explicação dos problemas utilizamos as técnicas **brainstorming** (“tempestade cerebral”, em inglês) ou conhecido como tempestade de ideias, (BARRAL-NETO *et al*, 2018) e o Diagrama de Árvore, na identificação dos problemas, suas causas e consequências (LACERDA; COLUSSI; BOTELHO, 2012). Junto com as técnicas acima, utilizamos algumas informações quantitativas ou qualitativas (descritores dos problemas) no sentido de caracterizar suas dimensões e os entraves de enfrentamento. A priorização foi mais qualitativa, no sentido de implantar ou não determinada melhoria, do que no seu aspecto quantitativo, referente aos padrões da AMAQ.

Dessas causas identificadas, foram priorizados ou sub-problemas ou nós críticos (causas cujo enfrentamento/solução é capaz de impactar e transformar efetivamente o problema principal).

Os passos citados acima correspondem ao Momento Explicativo no PES sugerido por Carlos Matus (1996). Daí partimos para o Momento Normativo, com a definição detalhada dos cursos de ação que foram e que poderão ser seguidos para solucionar os problemas, bem como a denominação dos responsáveis pelo desenvolvimento das ações. Nesse momento estabelecemos as estratégias para a solução dos problemas ou conteúdo propositivo do plano. Em seguida apresentamos o Momento Estratégico, terceira etapa do PES, com a construção da factibilidade (existência de recursos financeiros, tecnológicos e de gerenciamento para a realização do projeto) e da viabilidade do plano (possibilidade política de realização, que depende do grau de apoio, de rejeição ou de indiferença dos atores ou grupos sociais). A execução do plano operativo, no Momento Tático-Operacional, foi descrito de acordo com o *status* atual, ou concluído/implantado/melhorado, ou redefinido para prazos médios ou longos de execução.

Na etapa da Descrição dos Problemas Priorizados, o processo ocorreu de maneira sucinta, para proporcionar uma real compreensão da situação vivenciada, preferencialmente com utilização de dados. Segundo Artmann (2000) “é importante chamar a atenção para a necessidade de se conhecer bem o problema para identificar corretamente os processos de casualidade”(p.6). Tal explanação da situação diminui as possibilidades de dúvidas e também fornece indicadores para posterior verificação da eficácia do plano de ação (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A etapa da Explicação do Problema, dentro da análise situacional, nos proporcionou compreender causas e perceber ligações que permeiam as relações, facilitando o desenvolvimento das ações que foram e serão necessárias para o enfrentamento das causas. Pensamento congruente com Campos, Faria e Santos (2010).

Na Seleção dos “Nós-Críticos”, pudemos vislumbrar os aspectos principais na articulação de ações possíveis e que impactam nas influências do problema. São os denominados “nós” críticos (ARTMANN, 2000). O “nó” crítico exprime ações inseridas na governabilidade da equipe de saúde na qual foi planejada (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Ainda segundo Campos, Faria, Santos (2010, p. 66), “é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema.” Ideia corroborada por Artmann (2000), o qual relata que um plano de intervenção se constrói a partir de “nós” críticos selecionados e interligados a situações objetivas para conquista de resultados planejados.

A construção do Projeto de Intervenção considerou os pontos mais fragilizados ou padrões mais críticos da AMAQ aplicada à ESF 193, no que diz respeito às sub-dimensões J, K, L e M, dentro de passos organizados e estratégicos, com a devida identificação e priorização dos problemas segundo o método CENDES/OPAS (TEIXEIRA, 2010), bem como as operações e planos de ação sobre nós-críticos elencados, de acordo com as recomendações propostas por Matus (1989).

A Matriz de Intervenção abaixo serviu como balizamento para as atividades da equipe e correção/implementação das demandas encontradas.

Quadro 4 - Matriz de Intervenção

Descrição do padrão:						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metast	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

Fonte: PMAQ/2014

O Projeto de Intervenção contou com a participação principal dos integrantes da equipe e da coordenadora, totalizando 09 pessoas. A mobilização da comunidade na participação do processo ocorreu através dos próprios agentes, de contatos e conversas fora do ambiente de trabalho, tanto na UBS e nos diversos equipamentos sociais. Essas lideranças são variadas e incluíram dentre outros: o vereador que mora na área, professores, voluntários, ex-drogaditos, educadores físicos, benzedeiras e colaboradores das outras equipes. Com contatos feitos para facilitar o desenvolvimento da investigação ou intervenção, tanto com gestores como com a comunidade.

Cada passo, entretanto, foi realizado dentro da maleabilidade do horário de funcionamento da UBS, de modo que não houvesse prejuízo no processo de

trabalho. Boa parte da coleta de dados, por exemplo, foi realizada fora do horário de trabalho e durante as consultas médicas e de enfermagem.

O plano de ação, após identificação e estudo dos problemas mais significativos, estabelece as soluções estratégicas para o enfrentamento do problema. Cada plano de ação, então, deverá ser construído, segundo Rieg e Araújo (2002), para cada cenário. E deverá contemplar, de acordo com Campos, Faria, Santos (2010), meios favoráveis e desfavoráveis para as transformações que se almejam, o que justifica a avaliação da viabilidade do plano proposto e a sugestão de propostas para a implantação.

Para realizar análise da viabilidade de um plano é necessário relacionar os sujeitos com os recursos críticos e assim poder construir ações para a implementação do plano (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). De acordo com Artmann (2000), a análise da viabilidade deve ser bem elaborada para poder fornecer os subsídios necessários para a implantação das propostas. O que concorda com Rieg e Araújo (2002), os quais citam o momento estratégico como uma fase contínua de análise da viabilidade política do plano, visto que nem todas as operações são viáveis na situação inicial.

Na elaboração de um plano operativo, segundo Campos, Faria, Santos (2010), aponta-se a necessidade de se definir uma pessoa responsável pela realização de cada operação. Esta pessoa deve ser designada como gerente da operação. É necessário também, estabelecer um tempo provável para desenvolver cada uma das operações, como pode ser verificado em todos os quadros dos Planos de ação propostos. Tivemos uma preocupação constante de manter o gestor como peça de apoio, mas não essencial neste processo.

Durante o ano de 2018, enquanto parte do PES estava sendo implantado, não obtivemos uma definição precisa da coordenadora, o que implicou em mudanças nos atores responsáveis pela implantação do projeto e em algumas operações estratégicas necessárias. Porém com a mudança da coordenadora pudemos redefinir a capacidade da gestão local, com uma flexibilidade maior no processo de planejamento, com novas possibilidades nas estratégias de execução. Fato esse que justifica a necessidade do gerenciamento estratégico e maleável no plano de ação (ANDION e FAVA, 2002). A gestão, segundo Campos, Faria e Santos (2010), precisa de uma adequação proporcional às dificuldades de implantação.

O projeto de intervenção, após as etapas retrocitadas, pode ser elaborado, justificando a concepção de Armani (2000, p.18) sobre um projeto de intervenção

construído, como “[...] uma ação social planejada, estruturada em objetivos, resultados e atividades, baseados em uma quantidade limitada de recursos [...]”. A construção do diagnóstico situacional, inicialmente, tem a vantagem de proporcionar a identificação das causas e consequências dos problemas presentes (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

O processo de construção do projeto de intervenção ocorreu a partir de uma dinâmica interativa, profissional/equipe/gestor/comunidade. Nele foram registrados ideias e conhecimentos sobre o tema, e na fase de problematização, questões e hipóteses foram levantadas, coincidindo com a caracterização dada na literatura (STARLING e SANTANA, 2002). A abordagem proposta surgiu a partir do olhar para a realidade do cotidiano do trabalho, propondo uma forma de intervenção comunitária, principalmente através de grupos de discussão e rodas de conversa.

4.5 Processamento e Análise de dados

Os pontos mais fragilizados encontrados foram organizados numa Matriz de Intervenção, analisados em conjunto com a equipe e lideranças locais, com a detecção dos nós-críticos e proposta de um conjunto de ações prioritárias, na tentativa de melhorar a qualidade do serviço. Todos os momentos, incluindo a confecção da matriz de intervenção, as reuniões, palestras e intervenções, foram registradas.

A análise das respostas do questionário AMAQ foi realizada de acordo com os padrões de resposta para as subdimensões J, K, L e M. E os Planos de Intervenção/Operativo ou Matriz de Intervenção, foram baseados na planilha operacional de Carlos Matus, com o detalhamento das ações, a descrição do problema, o objetivo (descriptor de resultado), a ação proposta, o responsável pela ação e os prazos estipulados.

4.6 Aspectos éticos da investigação/intervenção

O projeto desta Investigação/Intervenção foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Foi aprovado sob o número 3.276.494, em 22 de abril de 2019.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da área adstrita

Quanto aos indicadores demográficos, a equipe 193 cobre uma população atual de 2574 pessoas, com 2% menores de 1 ano, 16,7% idosos e 12,5% de adolescentes. Desse total, 64% do sexo feminino e 36% do sexo masculino. Onde predomina a raça parda em 55%, seguida pelos afro-descendentes em 25% e 10% por brancos. Sobre os indicadores socioeconômicos: do total de 762 domicílios, incluindo 04 apartamentos, temos um total de 68 pontos de comércio. Esses domicílios são 100% construídos em área urbana, com energia elétrica, abastecimento de água e pavimentação em 100% da área. Em relação à renda, a maioria das famílias vive com um salário mensal (45,9%), 3,8% vive com meio salário mínimo, e uma porcentagem de 42% com 2 salários mensais. Dentre as profissões mais comuns encontramos: vendedor de comércio varejista, auxiliar de serviços gerais, pedreiros, costureiras, motoristas e mototaxistas. A segurança da área é regular, pois se trata de uma área onde há muito tráfico de drogas, com as chamadas "bocas de fumo". E o número de ocorrências policiais, envolvendo assaltantes, é elevado.

No tocante aos indicadores de nível de saúde, no momento temos 100% das crianças até 09 anos de idade vacinadas. Um nível ainda elevado de consultas de urgência nos Serviços de Saúde próximos: Hospital do Buenos Aires e Hospital do Matadouro.

Dentre as patologias mais comuns temos a hipertensão arterial, com um total de 298 pessoas; e a diabetes, num total de 112. Seguido de casos de dislipidemia e de sofrimento psíquico. Os casos mais comuns, no último ano, de internações foram: descompensação de diabetes, intercorrências associadas à hipertensão arterial e viroses. No último ano, dos casos de óbito registrados, a causa mais comum foi complicação cardiovascular, seguida de casos de câncer. Quanto ao meio ambiente, a área tem recebido benefícios em relação à vigilância ambiental, em consequência do Projeto Lagoas do Norte.

5.2 Pontuação dos Padrões da AMAQ

Nas tabelas abaixo pode-se observar as pontuações totais para a AMAQ aplicada em 2014 e a atual. Bem como o grau de satisfação na obtenção dos padrões e os padrões de maior fragilidade encontrados.

Tabela 1 – Pontuação obtida para as Subdimensões J, K, L e M da AMAQ, pela ESF 193, em Teresina, em 2014

SUBDIMENSÃO	Nº PADRÕES	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO OBTIDA AMAQ 2014	PONTUAÇÃO OBTIDA AMAQ 2018
		Mínima	Máxima		
J- Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica	3	0	30	22	19
K- Organização do processo de trabalho	12	0	140	67	77
L- Atenção integral à saúde	42	0	350	280	312
M- Participação, controle social e satisfação do usuário	3	0	40	15	14
TOTAL				384	422

Fonte: AMAQ 2014 e 2018/UBS Dr. Evaldo Carvalho

Tabela 2 – Classificação em categorias das Subdimensões J, K, L e M da AMAQ obtida pela ESF 193, em Teresina, em 2014 e 2018

SUBDIMENSÃO	J - EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA		K- ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO		L- ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE		M- PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Muito satisfatório								
Satisfatório					X	X		
Regular	X	X		X			X	
Insatisfatório			X					X
Muito insatisfatório								

Fonte: AMAQ 2014/UBS Dr. Evaldo Carvalho

Tabela 3 – Pontuação obtida para os Padrões da Subdimensão J, K, L e M da AMAQ obtida pela ESF 193, em 2014 e 2018, na UBS Dr. Evaldo Carvalho

PADRÃO	2014	2018
1. Saúde bucal realiza ações de prevenção e promoção da saúde bucal	5	3
2. Ações de saúde bucal são desenvolvidas em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal.	6	4
3. ACOLHIMENTO à demanda espontânea em tempo integral.	4	4

4. Disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações.	5	4
5. Desenvolve ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática no território	5	4
6. Realiza a GESTÃO DO CUIDADO na AB.	6	4
7. Reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.	3	5
8. Identifica e acompanha as pessoas com sofrimento psíquico	6	5
9. Identifica e acompanha os usuários de álcool e drogas na perspectiva da redução de danos.	6	5
10. Disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários.	7	5
11. Identifica e mantém registro atualizado de todos os diabéticos. Organiza a atenção ao diabético a partir de sua classificação de risco.	8	5
12. Monitoramento e análise das ações e resultados alcançados.	4	6
13. Conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e identifica, durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que também fazem uso de seus recursos terapêuticos.	4	6
14. Captação das gestantes no primeiro trimestre.	5	6
15. Ações de atenção integral à saúde do homem.	5	6
16. Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.	5	6
17. Trabalha com território definido. Mantém VÍNCULO com a população. Se RESPONSABILIZA pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	6	6
18. Organiza as AGENDAS de atendimento individual dos profissionais, de forma que seu processo de trabalho assegure a ampliação do acesso, atenção em tempo oportuno e confortável aos usuários.	6	6
19. Exerce suas habilidades e competências contribuindo com a GESTÃO DO TRABALHO em equipe	6	6
20. VISITA DOMICILIAR de maneira sistemática, programada, permanente, oportuna	6	6
21. Acompanha as crianças de 12 meses a 9 anos, com definição de prioridades (Avaliação, Classificação de risco, Análise de vulnerabilidade).	6	6
22. Os profissionais de nível superior possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na AB.	7	6
23. Atenção integral à saúde do adolescente a partir da utilização da sua caderneta de saúde	7	6
24. Desenvolve ações de vigilância, diagnóstico, controle e tratamento da hanseníase	7	6
25. Aconselhamento, diagnóstico e acompanhamento dos casos de DST/aids e hepatites virais, abordando o (a) parceiro (a).	7	6
26. Utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem FAMILIAR. Utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem de GRUPOS SOCIAIS específicos.	4	7
27. Ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco.	4	7
28. Identifica situações de risco e ocorrências relacionadas à saúde do trabalhador e adota as medidas necessárias.	4	7
29. Acompanhamento integral da saúde do idoso.	5	7
30. Desenvolve ações de vigilância ambiental. Desenvolve ações de vigilância sanitária.	5	7
31. Participa de cursos de atualização e qualificação.	7	7

Aplica os conhecimentos na melhoria do trabalho. Aplica os conhecimentos na qualificação da AB.		
32. O CARTÃO DA CRIANÇA é solicitado e atualizado por todos em qualquer atendimento a crianças até 9 anos.	8	7
33. Ações sistemáticas, coletivas e individuais, desde o pré-natal até 2 anos de vida da criança, para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.	8	7
34. Identifica e mantém registro atualizado de todos os hipertensos. Organiza a atenção ao hipertenso com base na classificação de risco.	8	7
35. Desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território.	8	7
36. Oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	8	7
37. Atendimento de URGÊNCIAS e emergências médicas. Atendimento de urgências e emergências odontológicas.	5	8
38. Desenvolve ações de vigilância epidemiológica.	5	8
39. Planeja suas ações com base no DIAGNÓSTICO SITUACIONAL. Envolve a COMUNIDADE E REDES SOCIAIS no planejamento das ações.	6	8
40. REUNIÃO periodicamente.	6	8
41. A ESF reconhece e dialoga com os usuários respeitando sua visão de mundo e a interpretação do processo saúde–doença, a partir de diferentes conhecimentos e saberes.	6	8
42. Participa de ações de identificação e enfrentamento dos PROBLEMAS SOCIAIS DE MAIOR EXPRESSÃO LOCAL, com ênfase no desenvolvimento comunitário e na atuação intersectorial.	6	8
43. Ações para identificar casos de violência e promover a cultura de paz.	7	8
44. Incentiva e desenvolve PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA na UBS e/ou no território.	7	8
45. Ações para a redução do número de casos de dengue e sua letalidade no território.	8	8
46. Registro e monitoramento das SOLICITAÇÕES DE EXAMES. Registro e monitoramento dos ENCAMINHAMENTOS às especialidades. Registro e monitoramento dos RETORNOS utilizando critérios de equidade	6	9
47. Atividades coletivas com conteúdo de sexualidade e prevenção de DST/aids e hepatites virais.	7	9
48. Atua regularmente na rede pública escolar avaliando as condições de saúde dos educandos e desenvolvendo ações preventivas e promotoras de saúde.	7	9
49. Desenvolve estratégias de estímulo à alimentação saudável respeitando a cultura local.	7	9
50. Desenvolve estratégias de integração dos saberes popular e técnico-científico.	7	9
51. Identifica e acompanha todas as gestantes com oferta de 6 ou mais consultas de pré-natal.	7	9
52. Visita domiciliar para a mãe e seu bebê na primeira semana de vida.	8	9
53. Ações regulares de planejamento familiar.	8	9
54. Desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório. Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose	8	9
55. Ações de vigilância, diagnóstico e tratamento de todos os casos de sífilis, na gestante e seu parceiro.	8	10
56. Ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino. Ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de mama. Busca ativa dos casos de citologia alterada.	8	10
57. Consulta de puerpério até 42 dias após o parto.	8	10
58. Realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico do	9	10

programa nacional de imunização na população de crianças até 10 anos.		
59. Acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano	9	10
60. Investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no seu território.	10	10
TOTAL DE PONTOS	384	422

Fonte: AMAQ 2014/UBS Dr. Evaldo Carvalho

Observou-se uma melhoria no grau de conformidade na maioria dos padrões avaliados, sendo 12 padrões não-satisfatórios e 48 com graus variados de conformidade, 14 padrões com pontuação 6, 11 com pontuação 07, 09 com pontuação 08, 09 com pontuação 09 e 06 com pontuação máxima ou muito satisfatório.

5.3 Matrizes de Intervenção

Os planos de intervenção abaixo foram estabelecidos de acordo com a ordem/pontuação obtida nas reuniões com a ESF e participantes da comunidade ou da UBS, em ordem decrescente de importância/criticidade.

Os problemas foram sugeridos de acordo com as dimensões da AMAQ, e posteriormente, priorizados.

Problemas Nº 1 E 2: As ações de saúde bucal não são desenvolvidas conforme a necessidade da população.

O Problema em questão não foi abordado pela ESF pois não houve a participação da profissional de odontologia da equipe. Houve a recusa da profissional de odontologia na participação em reuniões, nas atividades educativas, nas visitas domiciliares e no Programa de Saúde na Escola.

Não houve consonância do atendimento odontológico com as ações prioritárias do restante da ESF, nem houve integração com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde, sem perspectiva de projetos terapêuticos integrados, prejudicando a atenção integral quanto à dimensão da Saúde Bucal.

Problema Nº 3: Acolhimento inexistente à demanda espontânea

A UBS só priorizava 16 consultas por turno por profissional médico, sem escuta inicial, sem Fluxograma de Acolhimento, com acúmulo de demanda reprimida e

deficiência na continuidade do cuidado (como por exemplo: a renovação de receitas). O que se agravou com o aumento do diagnóstico de casos de hipertensos, diabéticos e com a reorganização da demanda nos serviços de saúde de urgência, os quais passaram a encaminhar casos para a ESF.

Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

1. Falta de conhecimento e pouco envolvimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea;
2. Padronização ineficaz dos fluxos de atendimento à demanda espontânea;
3. Falta de Mapeamento dos casos vulneráveis.

Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Acolhimento inexistente à demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento e pouco envolvimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea
Operação	Reunião de Sensibilização/Informação sobre Acolhimento
Projeto	Projeto “Posso Ajudar”
Resultados esperados (Descritor de Resultados)	Reunião de Sensibilização com todos os colaboradores e FMS sobre o Acolhimento Iniciativa dos colaboradores em elaborar o Fluxograma de Acolhimento
Produtos esperados	Equipe 193 e demais colaboradores da UBS conscientizados/sensibilizados para a necessidade de implantação de Acolhimento
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutural: Sala de Reunião 2. Recursos humanos: Equipe 193, SAME, Coordenadora Ivanete, Equipe 05 3. Equipamentos: PC • Cognitivo <ul style="list-style-type: none"> Caderno de Atenção Básica sobre Acolhimento Portaria da FMS sobre implantação do Acolhimento Fluxograma construído em 2015, pela equipe anterior • Político <ul style="list-style-type: none"> Mobilização dos colaboradores, organização da agenda para o momento da reunião Reserva da Sala adequada Financeiro / Econômicos: portarias impressas pela FMS
Recursos críticos (Identificação dos recursos relacionados ao Projeto/Operação)	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe, SAME e demais funcionários no sentido de participarem da Escuta Inicial Político – Adesão da coordenadora, do SAME e das duas equipes
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos (ou MOTIVAÇÃO)	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira e ACS da Equipe 193: favorável • Técnica de Enfermagem: indiferente

Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre Acolhimento
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, ACS Evaldo e enfermeira Sayonara
Prazo (Cronograma de Execução)	2 meses
Situação atual	Implantado
GESTÃO DO PLANO	Escuta das reclamações – semanal, na reunião da equipe Análise da demanda reprimida – Idem

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Acolhimento inexistente à demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 2	Padronização ineficaz dos fluxos de atendimento à demanda espontânea
Operação	Elaboração do Fluxograma de Acolhimento
Projeto	Projeto “Posso Ajudar”
Resultados esperados	Reunião de Sensibilização com todos os colaboradores e FMS sobre o Acolhimento Implantar Fluxograma de Acolhimento, direcionado a todos os que procurarem a Unidade
Produtos esperados	Fluxograma de Acolhimento implantado
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutural: Sala de Escuta Inicial 2. Recursos humanos: Equipe 193 e SAME 3. Equipamentos: PC, crachá, colete com identificação <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo <ul style="list-style-type: none"> Caderno de Atenção Básica sobre Acolhimento Portaria da FMS sobre implantação do Acolhimento Fluxograma construído em 2015, pela equipe anterior • Político <ul style="list-style-type: none"> Mobilização dos colaboradores, organização da agenda para o momento da reunião Reserva da Sala adequada Financeiro / Econômicos: portarias impressas pela FMS
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe e SAME no sentido de participarem da Escuta Inicial Político – Adesão da coordenadora
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira e ACS da Equipe 193: favorável • Técnica de Enfermagem: indiferente
Ações estratégicas	Cadastro atualizado das famílias/usuários da área adstrita Lista de usuários, com descrição de risco cardiovascular Mapeamento de data de entrega de medicamentos Cadastro de vulneráveis: implantar Instrumento Continuar uso do MDA Cronograma de Acolhimento, com participação de todos da equipe, em forma de revezamento
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, ACS Evaldo e enfermeira Sayonara
Prazo	2 meses
Situação atual	Implantado
GESTÃO DO PLANO	Escuta das reclamações – semanal, na reunião da equipe Análise da demanda reprimida – Idem

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Acolhimento inexistente à demanda espontânea”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 3	Falta de Mapeamento dos casos vulneráveis/críticos
Operação	Registrar os usuários que procuram a UBS, e quais as demandas principais Registrar os dados pertinentes nos devidos prontuários
Projeto	Projeto “Lista Prioritária”
Resultados esperados	Confecção de lista de vulneráveis, com motivos, endereço, histórico breve e características da família; Vinte consultas diárias, sendo 16 agendadas e 4 para acolhimento
Produtos esperados	Lista nominal, com os motivos da vulnerabilidade, endereço, histórico breve e características da família os endereços
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: Equipe 193 e SAME 2. Equipamentos: PC, PEC • Cognitivo <ul style="list-style-type: none"> Manual de Humanização do MS Portaria da FMS sobre implantação do Acolhimento Cadernos de Atenção Básica sobre Acolhimento Cadernos de Atenção Básica sobre Doenças Crônicas • Político <ul style="list-style-type: none"> Mobilização dos colaboradores da equipe Livro de Registro/Armário Financeiro / Econômicos: material de expediente e PC disponíveis na UBS
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe e SAME no sentido de registrarem os casos prioritários com relato das devidas motivações Político – Adesão da coordenadora e do SAME na priorização dos casos vulneráveis
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Cadastro atualizado das famílias/usuários da área adstrita Lista de usuários, com descrição de risco cardiovascular Cadastro de famílias vulneráveis: usar Escala de Coelho Continuar uso do MDA para casos não registrados no PEC Cronograma de Acolhimento, com participação de todos da equipe, em forma de revezamento
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, ACS Evaldo e enfermeira Sayonara
Prazo	4 meses
Situação atual	Implantado parcialmente
GESTÃO DO PLANO	Escuta das reclamações – semanal, na reunião da equipe Análise da demanda reprimida – Idem

Problema Nº 4: Falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações.

1. Descrição do problema selecionado (Situação Inicial)

Há um déficit na ausculta de queixas, reclamações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários pela equipe. As reclamações registradas ocorrem diretamente ao SAME, e, por vezes, num contexto perceptível de animosidade. O que sugere falha no processo de Acolhimento, bem como na insatisfação do usuário no tocante à satisfação de suas demandas.

2. Explicação do problema selecionado – Entender as causas/gênese dos problemas identificados

A UBS não possui mecanismos e processos instituídos de escuta, recepção ou registro (escrito ou outro mecanismo existente), respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade, de qualquer manifestação do usuário, seja reclamação ou sugestão. Tampouco tais demandas são recebidas pelas equipes e/ou debatidas criticamente no sentido de reorganizar o processo de trabalho e qualificar a AB.

3. Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

3.1 Falta de colaborador diário no Acolhimento/Escuta

3.2 Falta de canal de comunicação com os profissionais através de mídias sociais ou telefone

3.3 Falta de Caixa de Sugestões

4. Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 1	Falta de colaborador diário no Acolhimento/Escuta
Operação	Organização de cronograma com colaborador diário na Escuta/Acolhimento
Projeto	Projeto “Posso Ajudar”
Resultados esperados	Reunião de Sensibilização com todos os colaboradores com confecção de programação diária de pelo menos um Acolhedor
Produtos esperados	Colaborador diário na Escuta/Acolhimento e registro adequado das reclamações, sugestões e demandas dos usuários

Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 3. Estrutural: Local de fácil acesso ao usuário próximo à entrada da UBS 4. Recursos humanos: colaborador para assumir a função de Acolhedor no dia 5. Equipamentos: Mesa, cadeira, colete e crachá • Político Mobilização dos colaboradores e do SAME no sentido de acolher ou orientar o usuário
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe, SAME e demais funcionários no sentido de participarem da Escuta Político – Adesão dos ACS, do SAME e dos componentes das duas equipes
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médicos, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS das duas equipes: favorável • Técnico da farmácia: indiferente • Médico da equipe 05: contrária
Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre Acolhimento
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, Francisca do SAME, Coordenadora, ACS Evaldo, enfermeiras Sayonara e Eliane
Prazo	1 mês
Situação atual	Implantado
GESTÃO DO PLANO	Coleta semanal e análise das reclamações, sugestões e demandas; Acompanhamento das melhorias e correções

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 2	Falta de canal de comunicação com os profissionais com prioridade aos casos mais vulneráveis
Operação	Disponibilizar contato WhatsApp do profissional médico a todos da equipe e aos usuários caracterizados como vulneráveis, incluindo doentes prioritários crônicos/terminais, usuários com demandas prioritárias e cuidadores. Incluindo também tuberculosos e hansenianos
Projeto	Canal de comunicação direta com o médico
Resultados esperados	Canal de comunicação com o médico da equipe (contato WhatsApp) e usuários caracterizados como vulneráveis, responsáveis por doentes crônicos/terminais, usuários com demandas prioritárias e cuidadores com
Produtos esperados	Canal de comunicação efetivo
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: profissional médico disponível 2. Equipamentos: celular com número disponível • Político Conscientização dos médicos a disponibilizarem um contato para os casos mais urgente e necessários
Recursos críticos	Recursos Humanos – Sensibilizar médicos a manterem um canal de comunicação fora do horário e/ou local de trabalho
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico da equipe 193 • Médico da Equipe 05: contrária

críticos	
Ações estratégicas	Organizar os casos mais vulneráveis como prioritários no contato direto com o profissional médico
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico
Prazo	1 mês
Situação atual	Implantado, sem participação do médico da equipe 05
GESTÃO DO PLANO	Registro das sugestões, demandas e reclamações, na reunião semanal e o acompanhamento das melhorias e correções

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de suas reclamações, sugestões e solicitações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 3	Falta de Caixa de Sugestões
Operação	Confeccionar Caixinha de Sugestões em local de fácil acesso e fácil visualização, no Atendimento/SAME
Projeto	Projeto “Caixinha de Ideias”
Resultados esperados	Disponibilizar Caixa de sugestões ao usuário e a todos da equipe
Produtos esperados	Canal de comunicação efetivo entre usuário e equipe/UBS
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutural: Local de fácil acesso e visibilidade ao usuário próximo ao SAME 2. Recursos humanos: colaborador da equipe para coletar o conteúdo semanalmente 3. Equipamentos: Caixa de Papelão Identificada
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: um colaborador da equipe para retirar e catalogar o conteúdo, semanalmente Político – Concordância de todos os colaboradores de manter a Caixa de Sugestões
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: todos motivados
Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre Acolhimento
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico e ACS Carine
Prazo	1 semana
Situação atual	Implantado
GESTÃO DO PLANO	Coleta semanal, registro e análise das reclamações, sugestões e demandas; Acompanhamento das melhorias e correções, com registro adequado.

Problema Nº 5: Utiliza poucas estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.

1. Descrição e explicação dos problemas selecionados

A equipe não utiliza ferramentas que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações familiar e afetiva (trabalho, moradia, questões econômicas, entre outras).

2. Explicação dos problemas selecionados

A prática das equipes anteriores bem como o desconhecimento dos ACS e o acúmulo de consultas, mantiveram o processo de trabalho centrado na consulta e na UBS. As ferramentas ou estratégias que auxiliam na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida, como o genograma, ciclo de vida e mapeamento da rede social significativa não são utilizados, exceto a visita domiciliar e a organização dos prontuários familiares por microáreas, prejudicando a concepção de família ampliada e a sistematização da gestão do cuidado e a continuidade da assistência.

3. Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

1. Não há estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos, com menor sistematização da atenção aos casos mais críticos/vulneráveis (indivíduos e familiares) e menor assistência prestada;
2. Não há elaboração de PTS (projetos terapêuticos singulares), tampouco há articulação intersetorial e/ou comunitárias e sociais. Levando em conta que a área não dispõe de CRAS ou NASF.

4. Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Utiliza poucas estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 1	Não há estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos, com menor sistematização da atenção aos casos mais críticos/vulneráveis (indivíduos e familiares) e menor assistência prestada
Operação	Aplicação da Escala Coelho e Savassi para análise de Vulnerabilidade Familiar (ANEXO G), bem como a confecção de Genograma e Ecomapa em casos selecionados; Aplicação do Diagnóstico Multiaxial e do Projeto Terapêutico Singular

	na construção da Clínica Ampliada Organizar Lista de vulneráveis, com atualização contínua
Projeto	Projeto "Clínica Ampliada"
Resultados esperados	Aplicar Escala de Coelho e Savassi para análise de Vulnerabilidade Familiar com confecção de Lista de casos críticos/vulneráveis Aplicar os Instrumento Genograma e Ecomapa na confecção do prontuário familiar Elaborar o Diagnóstico Multiaxial e Projeto Terapêutico Singular na construção da Clínica Ampliada
Produtos esperados	Lista completa e atualizada de casos críticos/vulneráveis Aplicação Crescente da Escala de Coelho e Savassi para análise de Vulnerabilidade Familiar e Lista confeccionada Instrumentos Genograma e Ecomapa na confecção do prontuário familiar aplicados
Recursos necessários	• Organizacionais 1. Recursos humanos: todos da equipe 2. Equipamentos: Fichas dos Instrumentos citados, PC, pastas para as listas de casos críticos/vulneráveis e para classificação das famílias
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: todos os da equipe 193 Político – Adesão dos profissionais da equipe na aplicação das Escalas
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	• Participantes: médicos, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS: favorável
Ações estratégicas	Aplicar os instrumentos citados em conjunto com a equipe
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico e enfermeira Sayonara
Prazo	6 meses
Situação atual	Em Implantação
GESTÃO DO PLANO	Aumento gradativo da aplicação dos Instrumentos da Dimensão, com foco na aplicação da Escala de Coelho a todas às famílias num prazo de 2 anos

4. Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 12 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Utiliza poucas estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 2	Não há elaboração de PTS (projetos terapêuticos singulares), tampouco há articulação intersetorial e/ou comunitárias e sociais. Levando em conta que a área não dispõe de CRAS ou NASF.
Operação	Acionar o NASF e o CRAS mais próximos na abordagem na elaboração de PTS (projetos terapêuticos singulares) através de articulação intersetorial (interação dialógica, através do telefone, ou interconsulta)
Projeto	Projeto "Clínica Ampliada"

Resultados esperados	Elaborar o Diagnóstico Multiaxial e Projeto Terapêutico Singular na construção da Clínica Ampliada Acionar o CRAS e o NASF na construção da Clínica Ampliada
Produtos esperados	Diagnóstico Multiaxial e do Projeto Terapêutico Singular aplicados às famílias vulneráveis na construção da Clínica Ampliada e discutidos juntos ao NASF e/ou CRAS
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais 3. Recursos humanos: todos da equipe e profissionais do NASF e CRAS 4. Equipamentos: Fichas dos Instrumentos citados, PC, pastas para as listas de casos críticos/vulneráveis e para classificação das famílias
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: todos os da equipe 193 Político – Adesão dos profissionais da equipe na aplicação das Escalas
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médicos, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS: favorável • NASF (UBS Poty Velho) e CRAS (bairro mafrense) - favorável
Ações estratégicas	Visita ao NASF e CRAS no sentido de solicitar auxílio em determinados casos vulneráveis
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico e enfermeira Sayonara
Prazo	6 meses
Situação atual	Em Implantação
GESTÃO DO PLANO	Aumento gradativo da aplicação dos Instrumentos da Dimensão, com foco na aplicação da Escala de Coelho a todas às famílias num prazo de 2 anos PTS confeccionados e cumpridos

Problema Nº 6: A equipe realiza pouca gestão do cuidado.

1. Descrição e explicação dos problemas selecionados

A resolutividade e a continuidade do cuidado são deficientes, dada a falta de sistematização da atenção aos casos mais críticos/vulneráveis (indivíduos e familiares), apesar do acompanhamento do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. Não há conhecimento sistematizado dos casos encaminhados, a não ser em consultas subsequentes agendadas normalmente.

A comunicação da equipe/UBS com outros pontos de atenção é deficiente, no máximo há comunicação com o SAMU em casos agudos. O que impacta na precariedade na responsabilização pelo cuidado dos usuários, pois não há controle formal referência/contra-referência.

O processo de trabalho inclui gestão da lista de espera dos encaminhamentos para consultas especializadas, porém não incorpora ferramentas de gestão do cuidado quanto a exames e o faz de forma insuficiente através do prontuário eletrônico em rede. A minoria dos usuários tem sua história clínica

registrada no PEC. Sendo que os usuários idosos e/ou com doença crônica domiciliado/acamados somente são acompanhados através do prontuário físico.

2. Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

2.1 Deficiências na resolutividade e a continuidade do cuidado.

2.2 Não há conhecimento sistematizado dos casos encaminhados, a não ser em consultas subsequentes agendadas normalmente.

2.3 A comunicação da equipe/UBS com outros pontos de atenção é deficiente, com sistema precário de referência/contra-referência;

2.4 Não há ferramenta de gestão do cuidado quanto a exames

2.5 A minoria dos usuários tem sua história clínica registrada no PEC. Sendo que os usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamados somente são acompanhados através do prontuário físico.

2.6 As consultas são rápidas e com pouca qualidade

4. Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 13 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 1	Deficiências na resolutividade e a continuidade do cuidado.
Operação	<p>Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências e protocolos assistenciais pela equipe</p> <p>Notificação e monitoramento da regularidade dos usuários às consultas agendadas;</p> <p>Realizar busca ativa de faltosos e conferir/garantir a continuidade do tratamento iniciado</p> <p>Acompanhar os casos em tratamento através de agendamento programado</p> <p>Participar do Grupo de Médicos da Atenção Básica</p> <p>Participar do Curso de Formação para médicos da atenção básica no HU/2019</p>
Projeto	Projeto “Resolver”
Resultados esperados	<p>Diminuição no número de encaminhamentos</p> <p>Diminuição no número de exames complementares desnecessários estimulando o autocuidado.</p> <p>Organização das agendas para atendimento de diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, oferta de atendimentos agudos e oferta de retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas</p>
Produtos esperados	<p>Todos os prontuários em formato WORD e no PEC confeccionados</p> <p>Lista completa e atualizada de casos críticos/vulneráveis</p> <p>Fechamento ou alta de todos os casos, com todos os retornos registrados</p> <p>Gestão da Agenda implantada</p>
Recursos	• Organizacionais

necessários	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: médico, enfermeira e técnica de enfermagem 2. Equipamentos: Fichas da Escala Coelho e Savassi, PC, pastas para as listas de casos críticos/vulneráveis e para classificação das famílias
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: todos os da equipe 193 Político – Adesão dos profissionais da equipe na aplicação das Escalas
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médicos, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS: favorável
Ações estratégicas	Rodas de conversa e Dinâmicas de sensibilização com todos da UBS sobre Resolutividade e Continuidade do Cuidado
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, SAME, Coordenadora, ACS, enfermeiras Sayonara e Eliane
Prazo	1 mês
Situação atual	Quanto à resolutividade: Implantado, com diminuição de 11 encaminhamentos por dia para 06. E diminuição de 124 exames de hemograma, em média, por mês, para 74. Quanto à continuidade do cuidado: em Implantação (Justificativa: alta demanda no agendamento)
GESTÃO DO PLANO	Coleta semanal e análise das reclamações, sugestões e demandas; Acompanhamento das melhorias e correções

Quadro 14 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 2	Não há conhecimento sistematizado dos casos encaminhados, a não ser em consultas subsequentes agendadas normalmente.
Operação	Acompanhar os casos em tratamento e encaminhados através de agendamento programado Realizar busca ativa de pacientes encaminhados e faltosos no sentido de conferir/garantir a continuidade do tratamento iniciado
Projeto	Projeto “Retorno”
Resultados esperados	Organização das agendas para atendimento de casos de retorno/reavaliação de usuários, mesmo que não façam parte de ações programáticas
Produtos esperados	Fechamento ou alta de todos os casos, com todos os retornos registrados Gestão da Agenda implantada
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais 1. Recursos humanos: médico, enfermeira e técnica de enfermagem 2. Equipamentos: Listas de Casos Encaminhados e Retorno, PC, PEC
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: todos os da equipe 193 Político – Adesão dos profissionais da equipe na aplicação das Escalas
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médicos, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS: favorável
Ações estratégicas	Orientar o SAME de que os casos de retorno, principalmente os vulneráveis, terão atendimento no dia
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, SAME, Coordenadora, ACS, enfermeiras Sayonara e Eliane
Prazo	6 mês
Situação atual	Quanto à resolutividade: Implantado. Todos os casos encaminhados são

	registrados em Lista separada e todos os casos com necessidade de retorno serão analisados mensalmente no sentido de se concluir o motivo do encaminhamento.
GESTÃO DO PLANO	Análise mensal da Lista de Encaminhados e com o devido retorno

Quadro 15 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 3	A comunicação da equipe/UBS com outros pontos de atenção é deficiente, com sistema precário de referência/contra-referência
Operação	Acompanhar os casos em referenciado ou internados Manter um canal de comunicação com os serviços de saúde de referência na área
Projeto	Projeto “Como ficou?”
Resultados esperados	Anexar Lista de telefones/contatos dos serviços de referência, incluindo os Prontos Atendimentos do Hospital do Matadouro e do Buenos Aires, nos consultórios Disponibilizar contato do médico da equipe aos serviços de referência, no sentido de discutir casos ou continuidade do cuidado Participar do Grupo de Médicos de Urgência
Produtos esperados	Canal de acesso entre a equipe/UBS e os serviços de referência
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: médico, enfermeiras e técnica de enfermagem 2. Equipamentos: Listas de Contatos dos Serviços de Referência, PEC
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: todos os da equipe 193 Político – Adesão dos profissionais da equipe/UBS no acompanhamento dos casos referenciados/internados
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médicos, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS: favorável • Médico da equipe 05: Indiferente
Ações estratégicas	Enviar documento aos serviços de referência com o contato do médico da equipe Orientar os ACS sobre a necessidade de informações prontas quanto à internação de usuários adstritos
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, Francisca do SAME, Coordenadora, ACS Evaldo, enfermeiras Sayonara e Eliane
Prazo	1 ano
Situação atual	Implantado parcialmente
GESTÃO DO PLANO	Análise mensal da Lista de Referenciados

Quadro 16 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 4	Não há ferramenta de gestão do cuidado quanto a exames
Operação	Monitorizar os exames solicitados
Projeto	Projeto “Check-up”
Resultados	Anotação de todos os resultados de exames realizados, junto à data

esperados	Orientar a população quanto à necessidade de exames
Produtos esperados	População orientada quanto à real necessidade e a frequência de se submeter a exames Folders sobre Check-up
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: médico, enfermeiras e técnica de enfermagem 2. Equipamentos: Folders sobre cuidados com a saúde • Cognitivo. Informação sobre o tema nos Cadernos de Atenção básica • Políticos: conseguir espaço nas instituições locais para orientações sobre cuidados com a saúde Financeiro / Econômicos: recurso para impressão de folder e audiovisuais
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: todos os da equipe 193
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médicos, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS: favorável
Ações estratégicas	Palestras relâmpago antes das consultas (15 a 20 min, com folders) Palestras em instituições: escolas, igrejas etc.
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, enfermeira Sayonara e ACS da equipe 193
Prazo	Contínuo
Situação atual	Implantado.
GESTÃO DO PLANO	Orientações e entrega de folders a todos os que sejam submetidos a exames complementares de rotina

Quadro 17 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 5	A minoria dos usuários tem sua história clínica registrada no PEC. Sendo que os usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamados somente são acompanhados através do prontuário físico.
Operação	Preencher PEC com as informações do usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado
Projeto	Projeto “Minha Vida”
Resultados esperados	Anotação no PEC dos dados e exame clínico de todos os usuários idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamados, visitados
Produtos esperados	PEC preenchido para todos os usuários
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: médico e enfermeira 2. Equipamentos: PC/PEC • Políticos: conseguir prontuários físicos para análise das informações
Prazo	6 meses
Situação atual	Implantado.
GESTÃO DO PLANO	Conferir a História Clínica dos usuários no PEC

Quadro 18 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “A equipe realiza pouca gestão do cuidado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 6	As consultas são rápidas e com pouca qualidade
Operação	Aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa (ANEXO H)
Projeto	Projeto “Consulta Total”
Resultados	Implantar o MCCP

esperados	Implantar consulta integrativa*
Produtos esperados	Colaborador diário na Escuta/Acolhimento e registro adequado das reclamações, sugestões e demandas dos usuários
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: médicos e enfermeiras disponíveis para a consulta 2. Equipamentos: Consultório
Recursos críticos	Político – Adesão dos médicos e enfermeiras
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeiras, técnica de enfermagem e ACS das duas equipes: favorável • Médico da equipe 05: contrária
Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre Consulta integrativa
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, enfermeiras Sayonara e Eliane
Prazo	1 mês
Situação atual	Implantado
GESTÃO DO PLANO	Acompanhamento semanal das consultas onde foi aplicada o MCCP

*Consulta integrativa inclui Avaliação clínica integral do indivíduo que investiga sinais e sintomas: histórico familiar e social, patologias, uso pregresso de medicamentos, sensações subjetivas, hábitos, humor, aspectos mentais, gerais e particulares, desejos e vivências marcantes e alterações fisiológicas. Em busca da singularidade que definirá a terapêutica a ser aplicada e o medicamento mais indicado e efetivo para cada indivíduo.

Problema Nº 7: A equipe de AB precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática.

A equipe de AB mantém-se na maior parte do tempo na UBS, sem participar ativamente de ações de promoção da cidadania no território, centralizando suas ações, na grande maioria das vezes, em casos de acompanhamento de doenças crônico-degenerativas. Sendo assim precisa desenvolver ações de promoção da cidadania no território, incentivando a reflexão sobre temas elencados pela própria equipe como: questões de gênero, pessoas com sofrimento psíquico, pessoas com deficiência e mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Nós Críticos:

1. Falta incentivo à reflexão sobre questões de gênero;
2. A equipe não prioriza pessoas com sofrimento psíquico;
3. A equipe necessita trabalhar questões relacionadas às pessoas com deficiência;
4. A equipe não sabe como atender os casos de violência à mulher.

Quadro 19 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A equipe de AB precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 1	Falta incentivo à reflexão sobre questões de gênero;
Operação	Reunião de Sensibilização/Informação sobre Acolhimento
Projeto	Parceria com o Centro de Referência LGBT
Resultados esperados	Reunião de Sensibilização com todos os colaboradores e CRLGBT sobre questões de gênero Criar um grupo no sentido de buscar profissionais qualificados para roda de conversa, reunião de sensibilização e formação de grupo na comunidade
Produtos esperados	Parceria firmada Grupo LGBT formado Palestras sobre sexualidade para grupos de jovens (Crismandos e escolares)
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais Recursos humanos: Equipe 193, Profissional convidado • Cognitivo Plano Municipal de promoção da cidadania e direitos humanos de LGBT • Político: Mobilização dos catequistas e diretores de escolas
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe para iniciar estudos/rodas sobre questões de gênero Político – Adesão de parceiros da FMS
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Parcerias com Instituições especializadas em questões de gênero
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Equipe 193
Prazo	6 meses
Situação atual	Parceria não provocada Ciclo de Palestras iniciado e ativo
GESTÃO DO PLANO	Confirmação de reuniões, rodas, parcerias firmadas

Quadro 20 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “A equipe de AB precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 2	A equipe não prioriza pessoas com sofrimento psíquico
Operação	Priorizar pessoas com sofrimento psíquico
Projeto	Aplicar questionário de Hamilton nas consultas médicas Aplicar questionário de Beck ao idoso Aplicar questionário de Zarit aos cuidadores de idosos Aplicar atividades de psicoeducação para pacientes e para a família, utilizando mensagens e/ou ideias do MI-GAP Manual de Intervenções (OMS, 2010, p. 20). Manter contato telefônico direto com o CAPS responsável pela equipe para encaminhamento de casos agudos/graves Projeto Janeiro Branco

	Acompanhar tratamento com ajuda da equipe de apoio matricial (contato telefônico e/ou presencial) Aplicação e manutenção devem ser acompanhadas pela equipe básica de referência, semelhante à estratégia de DOTS
Resultados esperados	Questionários de Ansiedade, Depressão e de sobrecarga do cuidados aplicados Orientações a pacientes e família segundo Manual de Intervenções (OMS, 2010, p. 20). Casos graves e agudos encaminhados ao CAPS Projeto Janeiro Branco implantado Casos necessários abordados junto com a equipe de matriciamento Tratamentos Observados de casos graves
Produtos esperados	Detecção precoce e acompanhamento adequado de casos de Sofrimento Psíquico
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais Recursos humanos: Equipe 193, NASF, CAPS, CRAS, Coordenador da UBS • Cognitivo Cadernos de Atenção Básica 34 – Saúde mental • Político: Mobilização do NASF, CAPS e CRAS
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe para visitar o NASF, o CRAS Político – Adesão do pessoal do apoio matricial
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Visita formal ao NASF e CRAS no sentido de firmar parcerias Participar de reunião com o CAPS para discutir matriciamento, referência e contra referência
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Toda a equipe
Prazo	6 meses
Situação atual	Não iniciado
GESTÃO DO PLANO	Acompanhamento de lista de pessoas catalogadas como sofrimento psíquico

Quadro 21 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “A equipe de AB precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 3	A equipe necessita trabalhar questões relacionadas às pessoas com deficiência;
Operação	Orientar colaboradores sobre Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite com foco no uso terapêutico de tecnologias assistivas Cadastrar as pessoas com deficiência, priorizar o atendimento aos mesmos, no intuito de identificação precoce de deficiências Encaminhar casos elegidos à Atenção Especializada e Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, com maior encaminhamento ao CEIR Emitir laudos e intermediar a aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e de capacidade visual e auditiva, bem como dos cuidados em habilitação e reabilitação Buscar parcerias com empresas na reinserção social das pessoas com deficiência
Projeto	Projeto TA

Resultados esperados	Pessoas com deficiência cadastradas, habilitadas e com a Tecnologia Assistiva adequada
Produtos esperados	Projeto TA implantado
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: Equipe 193 • Cognitivo <ol style="list-style-type: none"> Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite • político: Mobilização das pessoas com deficiência
Recursos críticos	Político – Encaminhamento de casos à Atenção Especializada
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Prioridade no encaminhamento à Atenção Especializada
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, enfermeiras e ACS
Prazo	6 meses
Situação atual	Cadastro realizado; Parte das pessoas com deficiência com avaliação realizada; Minoria das pessoas com deficiência com TA adequada
GESTÃO DO PLANO	Acompanhamento das pessoas com deficiência através de lista, com descrição da deficiência, tecnologias necessárias e obtidas

Quadro 22 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “A equipe de AB precisa desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 4	A equipe não sabe como atender os casos de violência à mulher.
Operação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as situações de violência e acolher as vítimas (prestar os cuidados necessários referentes às queixas da vítima); • Incluir a violência como critério de risco para atendimento prioritário na UBS • Ações educativas com o tema violência • Identificar rede de apoio (social e familiar) à mulher e encaminhar os casos
Projeto	Projeto Flor, incluindo capacitação da equipe Campanha Laço Branco (Secretaria Municipal de Políticas Públicas para Mulheres - Macilane Gomes)
Resultados esperados	Identificação de todos os casos de violência à mulher, atendimento e encaminhamento adequados População orientada População masculina orientado no combate à violência à mulher (Campanha Laço Branco)
Produtos esperados	Projetos implantados
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> Recursos humanos: Equipe 193 • Político: Mobilização dos líderes locais e representantes dos equipamentos da área
Recursos críticos	Político – Mulheres orientadas no sentido de procurarem a UBS quanto à violências sofridas

ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, enfermeiras e ACS
Prazo	1 ano
Situação atual	Projeto Flor iniciado, incluindo capacitação, notificação dos casos e parceria com a Secretaria municipal de combate à violência à mulher Campanha Laço Branco iniciado Capacitação concluída pelo médico
GESTÃO DO PLANO	Lista separada e sigilosa de mulheres que sofreram violência Lista de homens orientados

Problema Nº 8: A equipe não se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados

1. Descrição do problema selecionado (Situação Inicial)

Nenhuma das equipes da UBS se reunia com a comunidade, tampouco existia plano de trabalho da equipe incluindo agendas de discussão conjunta com a população por meio de reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos ou conferências locais de saúde. Também não havia parcerias e/ou articulação com associações, grupos específicas, movimentos sociais ou igrejas e ONGs.

Essa escassez da participação popular dificulta a compreensão dos profissionais da UBS sobre a realidade de vida da população, com enfraquecimento dos vínculos e menor diálogo.

2. Explicação do problema selecionado – Entender as causas/gênese dos problemas identificados

As equipes não tinham PES, nem cronograma de reunião com representantes da comunidade. Sendo que o processo de trabalho somente se reunia a atendimento ambulatorial, visitas domiciliares semanais ou quinzenais, e trabalho com grupos específicos de proteção da saúde. Nenhuma Estimativa Rápida havia sido aplicada até a data da avaliação deste padrão de avaliação.

Não havia parcerias ou articulação com associações, grupos, lideranças, movimentos ou equipamentos sociais, até a data da confecção do PES. O desenvolvimento das propostas de intervenção necessita de pactuação de ações para a superação dos desafios elencados na autorreflexão das equipes. Todos os atores precisam estar implicados: gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários, no sentido de garantir maior alinhamento com as realidades e necessidades locais, além de favorecer a comunicação entre os atores (AMAQ, 2017).

3. Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

1. A equipe não conhece a realidade de vida da população;
2. O plano de trabalho da equipe não inclui agendas de discussão conjunta com a população por meio de reuniões comunitárias ou com grupos específicas, e reuniões de conselhos;
3. A equipe não busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas ou ONGs.

4. Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 23 – Operações sobre os “nós críticos 1 e 2” relacionado ao problema “A equipe não se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nós críticos 1 e 2	A equipe não conhece a realidade de vida da população e não se reúne com os diversos segmentos/representantes da comunidade
Operação	Reunião de Sensibilização/Informação sobre o PES (Planejamento Estratégico Situacional) participativo Construir o PES
Projeto	Construção do PES
Resultados esperados	Reunião de Sensibilização com todos os colaboradores sobre o PES Confeccionar o PES, de acordo com os passos: Observação da área, Estudo do Território, Estimativa Rápida, Análise dos Registros Secundários, Diagnóstico de Saúde, Planejamento de Ações
Produtos esperados	Equipe motivada PES construído
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutural: Sala de Reunião 2. Recursos humanos: Equipe 193, SAME, Coordenadora 3. Equipamentos: PC, Mapas, Roteiro de Observação e de Estimativa Rápida, Máquina fotográfica

	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo Manual de Planejamento em Saúde de Campos Módulo de Planejamento em Saúde UNASUS <ul style="list-style-type: none"> • Político Mobilização dos colaboradores e de lideranças da comunidade
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe, SAME e demais funcionários no sentido de participarem do PES Político – Adesão da coordenadora e de lideranças da comunidade
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, ACS das duas equipes e auxiliar de odontologia da Equipe 05 • Técnica de Enfermagem: indiferente
Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre Acolhimento
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, ACS Evaldo e enfermeira Sayonara
Prazo	1 meses
Situação atual	PES confeccionado
GESTÃO DO PLANO	Avaliação semanal das ações previstas

Quadro 24 – Operações sobre os “nós críticos 1 e 2” relacionado ao problema “A equipe não se reúne com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó-crítico 3	A equipe não busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas ou ONGs.
Operação	Reunião de Sensibilização/Informação sobre o PES participativo e sobre a necessidade de abordagem dos problemas de forma intersetorial, bem como de se buscar os promotores de saúde da comunidade Firmar parcerias
Projeto	Projeto “Vamos junto”
Resultados esperados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introdução de práticas integrativas, fora da UBS, como o TAI CHI CHUAN (parceria com mestre Shien), técnicas de imposição das mãos (JOHREI) através de integrantes da igreja Messiânica, na pessoa da voluntária Eliane; 2. Projeto Tenda da saúde, para atendimento a adolescentes na escola do bairro; 3. Projeto Carnaval Seguro (parceria com os promotores das festas: Banda Bandida, Encachaçados, Carnaval do <i>Infernim</i>); 4. Projeto Escreve Aí, ainda não iniciado, sobre cultura da paz e trânsito, realizado nas escolas; 5. Parceria Vem jogar (Futebol Masculino, Handebol, Badminton), com Profissional de Educação Física Nicolau Xenócrates); 6. Projeto Luvinha de Boxe – Aulas de boxe infantil na escola de ensino básico no bairro (Diretora: Professor Sheila); 7. Parceria com o Clube de Mães; 8. Parceria com o Secretaria Municipal de Combate à Violência à Mulher; 9. Parceria com a igreja católica, através de palestras de Cuidados com a Saúde e Sexualidade (Parceira Belinha); 10. Parceria com o Clube de Mães (Parceira: Raque, Francisca e Isael); 11. Parceria com a Associação de Moradores (Presidente: Isael); 12. Voluntários do AA: Alberto Florindo e Piracuruca;

	<p>13. Parceria com o CENTRO DE CONVIVENCIA RITA DE CASSIA (cursos, oficinas com jovens e crianças em situação de risco), com várias atividades;</p> <p>14. Parceria com a Horta de Plantas Medicinais da UBS (Parceiras: Dona Balbina);</p> <p>15. Parceria com as rezadeiras: Dona Sinforosa e Toinha de Oxossi</p> <p>16. Parceria com a Coordenação do CVV (Heyder) quanto à atividades educativas na área e encaminhamento de pessoas da comunidade como apoiadores do Centro;</p>
Produtos esperados	Equipe motivada Parcerias firmadas
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: Equipe 193, SAME, Coordenadora 2. Equipamentos: PC, Mapas, PES • Político Mobilização dos colaboradores e de lideranças da comunidade no sentido de procurar parcerias
Recursos críticos	<p>Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe, SAME e demais funcionários no sentido de participarem das parcerias</p> <p>Político – Adesão da coordenadora, de lideranças da comunidade, de representantes de equipamentos sociais</p>
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, ACS das duas equipes e auxiliar de odontologia da Equipe 05 • Técnica de Enfermagem: indiferente
Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre parcerias
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico, ACS e enfermeira Sayonara
Prazo	6 meses
Situação atual	Contatos registrados, reuniões realizadas e lista de parceiros parcialmente registrados
GESTÃO DO PLANO	Avaliação semanal das ações previstas

Problema Nº 9: Não há informações disponíveis sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários

1. Descrição do problema selecionado (Situação Inicial)

Não há informações disponíveis aos usuários, por meio de cartilhas ou folders sobre horário de funcionamento da unidade, identificação da equipe, serviços oferecidos, fluxos do acolhimento e seguimento na rede, nem sobre direitos e deveres dos usuários.

2. Explicação do problema selecionado – Entender as causas/gênese dos problemas identificados

A UBS somente oferece informações através de papéis colados no vidro do SAME, ou no mural do corredor de acesso, com visibilidade ruim. Inclusive um artigo sobre desacato a funcionário público na porta dos consultórios.

3. Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

A UBS não informa seus usuários sobre funcionamento da unidade, identificação da equipe, serviços oferecidos, fluxos do acolhimento e seguimento na rede, nem sobre direitos e deveres dos usuários. E mantém paredes, portas e armários com cartazes mal posicionados, sujos e parte com propagandas de medicações.

4. Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 25 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Não há informações disponíveis sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 1	A UBS não informa seus usuários sobre funcionamento da unidade, identificação da equipe, serviços oferecidos, fluxos do acolhimento e seguimento na rede, nem sobre direitos e deveres dos usuários.
Operação	Reunião de Sensibilização/Informação sobre Informações aos usuários Ambiência da UBS
Projeto	Projeto “Limpeza” Cartilha “Minha UBS”.
Resultados esperados	Reunião de Sensibilização com todos os colaboradores sobre limpeza da UBS Mutirão de limpeza Reorganizar cartazes, folhetos, quadros Confeccionar cartilha sobre os temas do padrão da AMAQ
Produtos esperados	Melhor organização do espaço físico Limpeza da UBS Repintura da UBS Cartilha confeccionada
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutural: todos os ambientes da UBS 2. Recursos humanos: todos os colaboradores 3. Equipamentos: Cartilha, material de limpeza, folders • Político Requerimento à FMS para repintura da UBS Financeiro / Econômicos: material de limpeza da ajuda de custo da UBS

Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe e demais funcionários no sentido de participarem desse processo Político – Adesão da coordenadora e demais colaboradores
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira e ACS da Equipe 193: favorável • Técnica de Enfermagem: indiferente
Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre Acolhimento
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Coordenadora, Médico da equipe 193 e enfermeira Eliane
Prazo	6 meses para a reforma 2 meses para a Cartilha
Situação atual	Repintura realizada, com troca de lâmpadas Vitrine literária* – implantada Espaço infantil – iniciado Cartilha do usuário da UBS Dr. Evaldo Carvalho – Não realizada
GESTÃO DO PLANO	Avaliação mensal das propostas de intervenção

* A vitrine literária é uma ideia de manter uma vitrine customizada, num espaço de boa visibilidade, com livros que poderão ser emprestados ao usuário interessado, ou para troca de livros.

Problema Nº 10: Identifica e acompanha as pessoas com sofrimento psíquico

Esse problema já foi anteriormente abordado no Nó-crítico número 2 do Problema selecionado número 7.

Problema Nº 11: A equipe não identifica e nem mantém registro atualizado de todos os diabéticos

1. Descrição do problema selecionado (Situação Inicial)

É grave o problema de diabetes na área 193, com incidência alarmante, um índice elevado de obesidade e dislipidemia associadas.

Encontramos uma prevalência de diabéticos acima de 10% dos usuários adstritos, casos de descompensação e complicações frequentes, com aproximadamente 02(duas) internações por mês.

2. Explicação do problema selecionado – Entender as causas/gênese dos problemas identificados

Associados à cultura alimentar, ao hábito do alcoolismo frequente e ao sedentarismo, encontramos uma prevalência alta de diabéticos na área. Quadro esse agravado por uma média de glicemia antes da consulta, às 14 h, de 142, sobrepeso em 87% dos casos e um controle ruim da patologia.

3. Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

1. Há um grande número de obesos na área, sedentários e sem hábitos saudáveis de alimentação;
2. Há pouca adesão ao tratamento proposto e poucas atividades para a prevenção dos agravos evitáveis: descompensação, internações, pé diabete e amputações.
3. Há muitos diabéticos alcoolistas

4. Desenho das operações (Propostas/Plano de ação)

Quadro 26 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Há um grande número de obesos na área, sedentários e sem hábitos saudáveis de alimentação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 1	Há um grande número de obesos na área, sedentários e sem hábitos saudáveis de alimentação
Operação	Desenvolver atividades educativas (ações individuais e/ou coletivas) e de promoção da saúde na UBS e com a comunidade (Foco: pessoas diabéticas ou que apresentem fatores de risco para o diabetes) Atividade educativa sobre alimentação saudável (10 passos) Parcerias com profissionais de Educação física e nutrição Solicitação de glicemia e lipidograma a todos os paciente que fazer exames de rotina
Projeto	Projeto “Sangue Doce” Projeto Caminhada na Lagoa Projeto Chá das
Resultados esperados	Todos os diabéticos, e aqueles com fator de risco, orientados sobre a prevenção, controle e sobre complicações da doença Todos os pacientes diabéticos, hipertensos e com sobrepeso, orientados durante as consultas ou palestras relâmpagos Parceria com profissionais de educação física e nutricionista no sentido de proporcionar dinâmicas, oficinas ou atividade física para grupos (capoterapia, caminhada na lagoa e zumba)
Produtos esperados	Ciclo de palestras e oficinais mensais consolidadas Capoterapia e “Caminhada da Lagoa” implantados Oficina sobre alimentação saudável pelo Conselho Regional de nutrição
Recursos necessários	• Organizacionais 1. Recursos humanos: Equipe 193, SAME, Coordenadora, Profissional

	<p>de educação física (Parceria), Nutricionista (parceria)</p> <p>2. Equipamentos: PC</p> <ul style="list-style-type: none"> Cognitivo <p>Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Crônicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Político <p>Mobilização dos colaboradores, organização da agenda para o momento das oficinas</p>
Recursos críticos	<p>Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe, SAME e demais funcionários no sentido de participarem do processo</p> <p>Político – Parceria com Nutricionista (Saneide) e com Profissional de Educação Física (Nicolau)</p>
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, Técnica de Enfermagem e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Visita ao representantes das parcerias
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico e enfermeira Sayonara
Prazo	6 meses
Situação atual	Implantado parcialmente
GESTÃO DO PLANO	Acompanhamento das ações e discussão nas reuniões semanais

Quadro 27 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Há pouca adesão ao tratamento proposto e poucas atividades para a prevenção dos agravos evitáveis: descompensação, internações, pé diabete e amputações”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina.

Nó crítico 2	Há pouca adesão ao tratamento proposto e poucas atividades para a prevenção dos agravos evitáveis: descompensação, internações, pé diabete e amputações
Operação	<p>Desenvolver atividades educativas (ações individuais e/ou coletivas) e de promoção da saúde na UBS e com a comunidade (Foco: pessoas diabéticas ou que apresentem fatores de risco para o diabetes)</p> <p>Incluir Avaliação dos pés/pernas dos diabéticos, com utilização do Cartão do Pé Diabético</p> <p>Registro de pessoas com Diabetes mellitus segundo risco/gravidade</p> <p>Consultas agendadas e exames programados segundo a estratificação de risco</p> <p>Controle de glicemia capilar, peso, PA e circunferência abdominal em todas as consultas de diabéticos e hipertensos (Projeto “Consulta Total”)</p> <p>Palestras relâmpago, antes das consultas</p> <p>Implantar exame do fundo de olho</p> <p>Consulta oftalmológica semestral ou anual</p> <p>Dispensação de Glicosímetro, fitas, lancetas e orientações para todos os insulíndependentes</p>
Projeto	Projeto “Sangue Doce”
Resultados esperados	<p>Aumento da adesão ao tratamento de diabetes</p> <p>Diminuição das complicações</p>
Produtos esperados	<p>Atividades educativas mensais realizadas</p> <p>Avaliação dos pés/pernas de todos diabéticos cadastrados</p> <p>Cadastro dos diabéticos segundo risco/gravidade</p> <p>Agenda otimizada para o controle de consultas de diabéticos</p> <p>Consulta do diabético com análise dos parâmetros citados, incluído o exame do fundo de olho</p> <p>Consulta oftalmológica semestral ou anual realizada</p> <p>Kit (glicômetro, fitas, lancetas) para todos os insulíndependentes</p>

Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos: Equipe 193, SAME, Coordenadora 2. Equipamentos: PC <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo Caderno de Atenção Básica sobre Doenças Crônicas • Político Mobilização dos colaboradores, organização da agenda através do SAME, consecução do kit através da coordenadora
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe, SAME e demais funcionários no sentido de participarem do processo
ANÁLISE DA VIABILIDADE DOS PLANOS	
Controle dos recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: médico, coordenadora, enfermeira, Técnica de Enfermagem e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	
Responsável (eis)	Médico e enfermeira Sayonara
Prazo	6 meses
Situação atual	Implantado parcialmente
GESTÃO DO PLANO	Acompanhamento das ações e discussão nas reuniões semanais

O nó-crítico número 3 foi abordado no Problema seguinte.

PROBLEMA Nº 12: A equipe não identifica e nem acompanha os usuários de álcool e drogas na perspectiva da redução de danos

1. Descrição do problema selecionado (Situação Inicial)

O bairro Nova Brasília e São Joaquim tem sequelas sociais antigas devido ao número elevado de alcoolistas na área, e drogados. No território existem vários pontos de venda de drogas, e um dos principais: o "Inferninho" já está sendo abordado pelo poder municipal e o Projeto Lagoas do Norte, no sentido de combater os problemas sociais associados. O uso abusivo do álcool tem também dificultado o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes, que são muito comuns na área.

Do total de 2574 moradores da área temos 26,2% que relatam uso de bebidas alcoólicas. E um percentual de 4,9% de usuários de drogas.

O número de famílias com membros presidiários e recluso é elevado, e o número de "bocas de fumo" é grande, sendo que há um local no território chamado de "inferninho", que centraliza boa parte da venda e assuntos relacionados à drogas.

A equipe não identifica sistematicamente os usuários de álcool e outras drogas no território e faz o acompanhamento por meio de atividades desenvolvidas individualmente, somente.

2. Explicação do problema selecionado – Entender as causas/gênese dos problemas identificados

Os aspectos culturais da região, que leva ao uso precoce de álcool, bem como a inexistência de equipamentos sociais em número suficiente para acompanhar os jovens da área, somando-se ao desemprego, são os tópicos mais citados em relação às causas principais do problema.

3. Seleção dos nós críticos (Principais entraves/Subproblemas)

A equipe não identifica os usuários de álcool e outras drogas no território, nem tem acompanhamento (individual ou em grupos).

Quadro 28 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A equipe não identifica e nem acompanha os usuários de álcool e drogas na perspectiva da redução de danos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 193, do município de Teresina

Nó crítico 1	A equipe não identifica os usuários de álcool e outras drogas no território, nem os acompanha.
Operação	Reunião de Sensibilização/Informação sobre Alcoolismo/Drogas
Projeto	Projeto “Sem Danos”
Resultados esperados	Reunião de Sensibilização com todos os colaboradores e FMS sobre Alcoolismo/Drogas Parceria com o Projeto Queremos Paz (Dra. Flávia) Reunião com os AA Aplicação dos instrumentos CAGE e AUDIT na detecção do alcoolismo nocivo Aplicação da Entrevista motivacional quando necessário Consulta de retorno agendada Encaminhamento ao CAPS/ PROVIDA dos casos prioritários Encaminhamento à Psicologia Abordagem familiar através de visita domiciliar
Produtos esperados	Equipe 193 conscientizada e preparada para acolher os casos de alcoolismo nocivo e drogadição Acompanhar os casos
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais <ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutural: Sala de Escuta Inicial e consultórios 2. Recursos humanos: Equipe 193, SAME, Coordenadora 3. Equipamentos: PC, instrumentos AUDIT, CAGE • Cognitivo Manual UNASUS de Álcool/Drogas
Recursos críticos	Organizacionais – Recursos Humanos: mobilizar equipe, SAME e demais funcionários no sentido de participarem da Escuta Inicial Político – Adesão da coordenadora, do SAME e das duas equipes Convite ao Projeto Queremos Paz (Dra. Flávia)

Controle dos recursos críticos	Participantes: médico, coordenadora, Técnica de Enfermagem e enfermeira e ACS da Equipe 193: favorável
Ações estratégicas	Dinâmica de sensibilização com todos da UBS sobre Acolhimento
Responsável (eis)	Médico, ACS Evaldo e enfermeira Sayonara
Prazo	2 meses
Situação atual	Implantado
GESTÃO DO PLANO	Cadastro dos casos nocivos e registro de PTS na perspectiva de redução de danos Busca ativa de faltosos ou casos suspeitos sugeridos pelos ACS

As atividades propostas serão acompanhadas semanal ou conforme previsto nos planos de ação, com a utilização de um Check-list com os tópicos a serem avaliados, e sobre o *status* de cada ação proposta, sempre com a participação de todos da equipe e/ou convidados ou representantes da comunidade. Sugestões e readaptações podem ser necessárias de acordo com a criticidade dos recursos ou governabilidade das propostas.

Os padrões que somaram acima de 5 pontos, considerados regulares a satisfatórios, não foram submetidos a projetos de intervenção específicos, porém, no sentido da melhoria de problemas sugeridos no PES, a equipe vem intervindo com outras intervenções não citadas.

6 DISCUSSÃO

O diagnóstico situacional realizado pela equipe 193 levou em consideração as dimensões da AMAQ, após uma leitura do questionário anterior aplicado em 2014, período em que o médico e a enfermeira da equipe eram outros. O planejamento estratégico, por sua vez, se constitui numa das exigências da AMAQ (Dimensão K, padrão 4.5), e a maioria dos seus problemas priorizados correspondem às diversas exigências e padrões da mesma (AM AQ, 2012). As propostas do plano de intervenção, então, estão intrinsecamente relacionadas ao diagnóstico situacional.

Cronologicamente o processo se deu com a observação inicial, aplicação da estimativa rápida, análise de registros secundários (inclusive a AMAQ), priorização de problemas de acordo com os padrões exigidos, diagnóstico concluído e planejamento de ações. Cada problema foi identificado e descrito em termos de *quê, quem, quando* e *onde* ele se apresenta; normalmente dentro de parâmetros como a dimensão, a abrangência dentro da área adstrita, a participação da população e o acompanhamento pela ESF. Todo o processo com a participação da comunidade. Daí se partiu para a priorização dos mesmos, partindo-se dos questionamentos sobre a FREQUÊNCIA, a IMPORTANCIA e a CAPACIDADE de enfrentamento (conhecimento e recursos), de acordo com critérios objetivos sugeridos pelo método CENDES-OPAS (TEIXEIRA, 2010).

A AMAQ precisou ser analisada criticamente devido ao fato de que o último questionário foi aplicado em 2014, e desse período até o período atual muitas modificações já haviam ocorrido no processo de trabalho da equipe, com mudança de vários dos profissionais de nível superior até a presente data.

Desde o início dos trabalhos da equipe atual, em outubro de 2017, com confecção do PES, várias ações foram paulatinamente implementadas, inerentes às demandas mais comuns da estratégia, e que impactaram de forma positiva nos resultados obtidos para os diversos padrões. O que pode ser observado nos itens *muito satisfatórios*, envolvendo ações relativas ao controle da sífilis na gestação, na identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama, na realização da consulta de puerpério e da vacinação em crianças até 10 anos.

Do total de padrões da AMAQ tivemos mais pontos de conformidade do que dimensões com notas regulares ou insatisfatórias, somando 12 no total, sendo duas delas relacionadas com a Saúde Bucal, onde nossa governabilidade foi muito baixa

e houve recusa da odontóloga em participar das intervenções. Desses 12 problemas priorizados surgiram 27 nós-críticos, com 23 Planos de Intervenção. Todos os planos já se encontram em andamento ou foram realizados. Optou-se por não utilizarmos metas quantitativas no sentido de seguirmos o raciocínio da AMAQ de se fazer o recomendado, de se implantar o sugerido em cada padrão. Os diversos planos de intervenção têm suas ações acontecendo de forma integrada e concomitante, sob avaliação periódica, que se faz através de check-list durante as reuniões semanais da equipe. Modificações e/ou ajustes necessários podem ser realizados segundo os prazos.

De todos os planos de intervenção resultaram 35 operações, as quais incluíram 14 reuniões de sensibilização/informação, a elaboração de fluxogramas, cronogramas e listas, a aplicação de instrumentos específicos (Escala de Coelho e Savassi, Genograma, Ecomapa, Diagnóstico Multiaxial, PTS, M CCP e Protocolos de Diretrizes clínicas), o registro de usuários e de faltosos com suas demandas principais, a utilização do PEC, e outras ações específicas relacionadas nas planilhas anteriores. (continuidade do cuidado). Dentre as diversas ações propostas confeccionamos 28 sub-projetos e outras parcerias. Os subprojetos receberam denominações no sentido de ter um planejamento organizado e sistematizado, bem como ter um foco determinado.

Quanto à elaboração do plano operativo tivemos a participação do médico e da enfermeira da equipe em todos os planos de ação, com variação do ACS nas demais intervenções, com pouca indiferença de um ou de outro nas ações propostas. A gestora, por sua vez, atuou como peça de apoio, mas não essencial no processo.

Quanto aos problemas 1 e 2, os de mais baixa pontuação, sobre padrões relacionados às ações de saúde bucal observou-se que tais atividades não são desenvolvidas conforme a necessidade da população. O Problema em questão não foi abordado pela ESF pois não houve a participação da profissional de odontologia da equipe. Houve a recusa da profissional de odontologia na participação em reuniões, nas atividades educativas, nas visitas domiciliares e no Programa de Saúde na Escola. Não houve consonância do atendimento odontológico com as ações prioritárias do restante da ESF, nem houve integração com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde, sem perspectiva de projetos terapêuticos integrados, prejudicando a atenção integral quanto à dimensão da Saúde Bucal.

No tocante ao acolhimento inexistente alegado tivemos como base a falta de conhecimento e pouco envolvimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento à demanda espontânea. O que nos justificou reestudar a Política Nacional de Humanização (PNH), onde é enfático a necessidade de fortalecimento das relações entre os atores em saúde, através de comportamentos que gerem confiança, compromisso e atenção. Assim sendo, o acolhimento veio como uma forma de melhorar o *ver* e o *relacionar* um com o outro, de uma maneira mais humanizada e eficiente. (BARBOSA et al, 2012). Desde modo, buscando diferenciar o acolhimento, a intervenção proposta surgiu da ideia de controlar a demanda excessiva e a formação de filas, o que de fato foi perceptível, auxiliando na valorização do processo de trabalho da UBS. O Acolhimento na porta de entrada alcança sentido se compreendido como elo entre um primeiro atendimento, onde é priorizada a escuta qualificada e o acompanhamento do usuário, com vistas à formação gradativa do vínculo e resolutividade do seu problema de saúde (MERHY, 2004).

A padronização ineficaz dos fluxos de atendimento à demanda espontânea surgiu com segundo nó-crítico. Sendo assim, o plano de intervenção se justificou pela possibilidade de propiciar à equipe, a partir da organização do processo de trabalho para o atendimento da demanda espontânea, a realização de um estudo dessa demanda e uma aproximação às informações reais, vivenciadas diariamente, ou seja, um embasamento que alicerce as mudanças na organização do processo de trabalho e que estejam de acordo com as necessidades da comunidade adstrita.

A partir do diagnóstico situacional foi possível conhecer os aspectos territoriais, demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e assistenciais da população assistida pela equipe. E dentre os problemas de saúde identificados, a organização do processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea foi um dos mais contundentes.

O acolhimento à demanda dos usuários de uma UBS apresenta três dimensões constitutivas: o acolhimento como mecanismo de amplificação e facilitação do acesso; o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado e o acolhimento como dispositivo de re (organização) do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011). Nossa priorização foi para a dimensão de amplificação e facilitação do acesso, com a necessidade de incluir atendimento de usuários que procuram a UBS, independente do grupo populacional ou de risco ao qual

pertencam. Todos os que chegam ao serviço apresentam alguma necessidade e, talvez, necessitem de alguma intervenção de saúde. Essa amplificação do acesso deve englobar os atendimentos de demanda espontânea com de demanda programada, garantidas nas agendas dos profissionais (BRASIL, 2011).

Some a isso a necessidade de uma postura humanizadora do acolhimento, que não pode deixar de ser uma prioridade, pois necessita utilizar-se dos saberes da equipe na construção de respostas às necessidades do usuário. Nesse momento ocorre a produção de relações de escuta e responsabilização, que se articulam para a criação de vínculos e de condutas adequadas de intervenção (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999). Bem como pode propiciar reabordagem e redefinição de projetos terapêuticos dos usuários, em momentos distintos da continuidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Para acolher os usuários com equidade e qualidade a restrição do acesso ao serviço e um fluxo unidirecional ao atendimento médico não são benéficos. É necessária, entretanto, a reorganização do processo de trabalho com o envolvimento de uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e demais profissionais que prestam serviços na unidade básica de saúde), que defina suas funções no processo, o cardápio de oferta de serviços e os fluxos de atendimento para promover o acesso universal (BRASIL, 2011). A implantação do acolhimento modifica expressivamente o processo de trabalho da equipe de saúde, no que se diz respeito à organização, às relações de trabalho e ao modo de cuidar.

Para o terceiro sub-problema, a falta de mapeamento dos casos vulneráveis, sugeriu-se confeccionar uma lista de vulneráveis (com motivos ou demandas principais, endereço, histórico breve e características da família), dos usuários que procuram a UBS. Bem como incrementou-se a escuta inicial e o acolhimento no sentido de priorizar o atendimento segundo o grau de risco/vulnerabilidade. E que a escuta qualificada e formação do vínculo permanecesse além da porta da entrada, mas com acompanhamento no interior da UBS e monitoramento em outro serviço, nos casos de encaminhamento. Trata-se de uma tecnologia leve: do encontro e da afetabilidade, afirmando uma relação de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2008, p.18).

Em relação ao quarto problema elencado: a falta de canais de comunicação com os usuários de forma permanente, com vistas à expressão e atendimento de

suas reclamações, sugestões e solicitações, nos deparamos inicialmente com a falta de colaborador diário no acolhimento/escuta, aliado ao pouco envolvimento dos profissionais no planejamento das ações para organização do processo de trabalho e a padronização ineficaz do fluxo de atendimento à demanda espontânea, realizamos uma reunião de sensibilização e motivação dos profissionais da UBS junto aos profissionais da FMS sobre o Acolhimento. Daí lançamos a necessidade um profissional para a Escuta ("Posso Ajudar?") para a viabilidade do plano. E, apesar de questionamentos quanto à capacidade ética e o conhecimento dos diferentes casos, logramos êxito na confecção de um cronograma diário de Acolhedor. Obviamente realizou-se roda de conversa sobre o tópico.

Houve também o aproveitamento do fluxograma realizado anteriormente pela equipe 05, padronizando-o como instrumento para registro dos atendimentos da demanda espontânea.

Outro sub-problema evidenciado foi a falta de canal de comunicação com os profissionais através de mídias sociais ou telefone. Houve, então, a disponibilização de um canal de comunicação do médico da equipe com as famílias dos casos vulneráveis, dos acamados e doentes crônicos de maior risco. Essas formas de contato também foram estendidas a dois (02) grupos de mídia (**Atenção Básica Médicos FMS** e **Condutas em Emergência PI**) com boa resposta no sentido de acompanhar casos específicos entre diferentes pontos de atenção. Essa intervenção justifica-se pela necessidade de eficácia da APS no papel de centro de comunicação, ela deve ser: resolutiva (resolver a maioria dos problemas de saúde dos adstritos); organizadora (coordenar o fluxo e contrafluxos dos usuários nos diversos pontos de atenção) e corresponsável pela saúde dos indivíduos em qualquer ponto de atenção em que estejam sendo atendidos (MENDES, 2009).

E como terceira problemática surgiu a falta de Caixa de Sugestões. Relatou-se, com isso, que uma Caixa de Sugestões instalada na unidade servirá como ferramenta para a captação de ideias para situações/problemas e soluções diversas na UBS, sendo uma estratégia de custo baixo, que pode contribuir para a reformulação de estratégias de trabalho, melhoria no ambiente de trabalho e a sensibilização dos profissionais/colaboradores. A caixa de sugestões ajuda a expressar a opinião popular em assuntos relevantes e se torna um mecanismo de suporte à inovação na UBS/ESF, desde que haja um *feedback* (KOCH & HAUKNES, 2005). Essa estratégia simples possibilita, também, promover a liberdade na escolha

de assuntos a serem discutidos e, posteriormente, selecionados como oportunos para melhoria e mudanças (RODRIGUES, VIEIRA & TORRES, 2010).

Já foi usada com sucesso em uma instituição de saúde de atenção primária, como uma das ferramentas aplicada na experiência da Educação Permanente em Saúde na atualização da equipe de saúde de uma unidade básica para atenção integral e humanizada (QUEIROZ ET AL, 2013). Noutra experiência, no serviço público de saúde, num projeto piloto, com melhoria do vínculo usuário/equipe e melhoria do serviço (SAMPAIO ET AL., 2014)

O 5º problema centralizou a utilização de poucas estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos, com dois nós-críticos elencados.

Um deles, a deficiência da utilização de estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos, com maior sistematização da atenção aos casos mais críticos/vulneráveis (indivíduos e familiares) e menor assistência prestada. O que nos motivou à necessidade de uma avaliação da dinâmica da vida familiar, com atitude ética e de valorização das características peculiares a cada família e do convívio humano, devendo ser utilizados para este fim o genograma e a análise do ciclo vital (DIAS; LOPES, 2015). O genograma mostra graficamente a estrutura e o padrão de relações familiares, bem como padrões de doenças, relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009). Sendo instrumento indispensável na AB capaz de reunir informações sobre a doença da pessoa identificada, as doenças e transtornos familiares, a rede de apoio psicossocial, os antecedentes genéticos, as causas de morte de pessoas da família, além dos aspectos psicossociais apresentados que junto com as informações colhidas na anamnese, enriquecerá a análise a ser feita pelo profissional, possibilitando, assim, a melhor conduta ou plano terapêutico (MUNIZ; EISENSTEIN, 2009). Com o uso do genograma pode-se ampliar o conhecimento acerca da família, consolidar os vínculos e propiciar uma intervenção que contemple a integralidade da família ((MUNIZ; EISENSTEIN, 2009)

Um segundo subproblema foi a não elaboração de PTS (projetos terapêuticos singulares), tampouco há articulação intersetorial e/ou comunitárias e sociais. Levando em conta que a área não dispõe de CRAS ou NASF. O que motivou a equipe a aplicar o PTS em casos selecionados, vulneráveis, normalmente com a participação do médico, da enfermeira e de algum profissional do NASF do Centro

de Saúde Poty Velho, com o qual formamos uma parceria informal. O PTS traz propostas terapêuticas articuladas, que pode envolver um usuário ou toda a família, com o apoio matricial citado, se necessário. Após a confecção dos mesmos conseguimos aplicar 16 (dezesesseis), para situações mais complexas. Nesse instrumento compartilhamos opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde, propondo ações resolutivas (PNH, 2004).

Nesse item surgiu a necessidade da aplicação do **Método Clínico Centrado na Pessoa**, uma abordagem que possibilita maior satisfação do usuário e dos profissionais, melhora a aderência aos tratamentos propostos, reduz preocupações, ansiedade e sintomas associados; além da diminuição na utilização dos serviços de saúde, da diminuição das queixas por má-prática; da melhora na saúde mental; melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes (FUZIKAWA, 2013). O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) surgiu da necessidade por um atendimento integral e efetivo, que envolvesse as preocupações e vivências relacionadas à interface saúde-doença de um usuário. O que deixa notório a influência de fatores de cunho pessoal e subjetivo no êxito do plano terapêutico. Tem por principal objetivo o tratamento com cura ou controle da doença, explorando fatores não contemplados no modelo biomédico tradicional. Valorizando mais do que a simples ideia de que o profissional de saúde é o único que *ensina*, bem como envolvendo e comprometendo as pessoas com sua própria saúde (OLIVEIRA E SANTOS, 2013). Busca, inclusive, envolver as famílias numa postura proativa em relação aos seus problemas de saúde.

O MCCP proposto engloba os passos clássicos do método, e, quando possível, integramos vários outros aspectos epidemiológicos na chamada Consulta Total implantada. Culmina com um conjunto claro de orientações para que o profissional de saúde consiga uma abordagem mais centrada na pessoa e dentro das expectativas e possibilidades do usuário. Isso somente é possível explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença, avaliando os aspectos biopsicossociais, de forma holística, e entendendo a pessoa inserido numa ambiente social. É o que exemplificamos por dois pacientes distintos porem com a mesma patologia, mas em contextos diferentes, com percepções diferentes, e com projeto de prioridades diferentes. O objetivo do tratamento, então, não poderá ser somente uma mesma receita e um mesmo folder, mas um Projeto Terapêutico. E porque não

citar: singular. Tentamos, enfim, *alargar* o cuidado, propondo não uma proposta terapêutica unilateral, mas integrando práticas, experiências, saberes e remédios caseiros, à nossa conduta de tratamento e orientação. Para isso estamos preenchendo o PEC com relato de tais práticas.

No MCCP é importante considerar as somatizações (DETHLEFSEN & DAHLKE, 1996), bem como devemos estar atentos aos quadros clínicos acompanhados de simbolismos, cujo valor se projeta aos planos terapêuticos. Essa nova perspectiva inclui reconhecer os sintomas e entender por si mesmo o seu significado através de uma cooperação. Na intervenção percebeu-se que os usuários se dirigem à UBS todavia suas queixas não se resumem a receitas ou exames, mas a soluções para seus problemas. O que nos infere uma ideia de capacidade psicofisiológica para exercício ativo na vida como saúde (GARIGLIO, 2012). As queixas/doença seriam um *álibi* para a resolução dos seus problemas pendentes (DETHLEFSEN & DAHLKE, 1996).

Esse pensamento explica o porquê do número de consultas elevado, porém sem resolutividade, antes da intervenção. E os casos chamados de repetitivos e crônicos. Somente o Acolhimento, aliado à MCCP, poderão oferecer alternativas de cuidado corresponsáveis entre o usuário e a equipe.

No tocante ao sexto problema, elencamos seis nós-críticos, todos relacionados à pouca realização da gestão do cuidado.

O primeiro envolveu deficiências na resolutividade e a continuidade do cuidado.

O número elevado de encaminhamentos e a procura pelos mesmos, nos fez inferir a ideia de uma população mal orientada e com parte de suas demandas em saúde não resolvidas. Procedimentos básicos pouco realizados, com a sala de curativos e de inalação subutilizada, nos fez reorganizar o processo de trabalho dentro de algumas estratégias iniciais: orientação quanto ao papel da ESF, a confecção de diretrizes/protocolos de conduta, a minimização de encaminhamentos e a tentativa de resolver os problemas com responsabilização e continuidade do cuidado, a desmistificação de realização de exames de rotina com uma frequência desnecessária, o preenchimento do PEC, nos fez alcançar metas iniciais interessantes, como a diminuição do número de encaminhamentos e de exames subsidiários desnecessários, a busca ativa de casos mais críticos, a reutilização dos espaços da UBS, dentre outras melhorias.

Parte dessas intervenções está de acordo com o que preconiza Hofmarcher *et al.* (2007), que reforça a facilitação da coordenação pelo aprimoramento da coleta de informações sobre pacientes e a utilização das Tecnologias de Informação (no caso o PEC), o atendimento resolutivo das demandas relacionadas às doenças crônicas.

Em segundo lugar percebeu-se a falta de conhecimento sistematizado, na maioria dos casos encaminhados, a não ser em consultas subsequentes agendadas normalmente. Déficit esse somado à comunicação deficiente da equipe/UBS com outros pontos de atenção, com o sistema precário de referência/contra-referência;

Ainda há dificuldades na busca da integralidade da Atenção à Saúde e entraves no trabalho de forma compartilhada, o qual ampliaria a integração dos profissionais em um trabalho conjunto, conforme cita Peduzzi (1998). A hegemonia dos saberes ainda é perceptível, bem como a separação dos fazeres. Dessa forma a equipe tem tentado trabalhar com o cuidado compartilhado e colaborativo, mantendo contido no que for possível.

As relações com outros serviços de saúde nem sempre foram pouco conflituosas, todavia tais situações poderão ser superadas com a construção de um projeto comum em que seja definida a responsabilidade de cada membro, bem como a disponibilidade em ajudar no acompanhamento ou atendimento dos usuários, de forma que tais dificuldades sejam convertidas em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, significado de gestão do cuidado integral do usuário (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008).

Como outro nó-crítico surgiu a falta de uma ferramenta de gestão do cuidado quanto a exames. A solicitação indiscriminada de exames de rastreamento foi um dos problemas mais críticos encontrados, perceptível pelos profissionais médico e enfermeiro. A cultura da necessidade de se realizar exames complementares de rotina (ou “check-up”), sem predileção de idade, sem soma de fatores de risco e sem associação com quaisquer comorbidades é prática difundida amplamente pela população local. Necessitamos de um esforço extra no sentido de orientar e, de forma mais importante, monitorizar tais solicitações.

A sistematização da solicitação de exames de rastreamento é essencial para detecção precoce de doenças, prevenção de iatrogenia e racionamento dos recursos destinados a saúde. Nesse contexto surge o conceito de prevenção quaternária onde se quer evitar o risco de adoecimento iatrogênico, ligado ao

excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária (NORMAN, 2009).

O processo de melhoria, todavia, deverá ser lento, para que não se perda o vínculo e para que possamos estar respaldados nas suas condutas assumidas, e que possamos utilizar programas de rastreamento efetivamente comprovados e recomendados, além da medicina baseada em evidências, conforme cita Norman e Tesser (2009).

A minoria dos usuários com história clínica registrada no PEC foi o quinto subproblemas. Sendo que os usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamados somente são acompanhados através do prontuário físico.

Após o início do atendimento em outubro de 2017, percebeu-se que boa parte da história clínica dos paciente não estava registrada, exame não eram monitorizados e apenas uma pequena parcela de prontuários estava minimamente preenchida no PEC/E-SUS. Parte dos prontuários físicos foram encontrados molhados e inutilizados, fora da UBS e várias páginas de prontuários soltos foram encontrados nos armários e em gavetas.

A intervenção primordial foi a de somente atender qualquer paciente mediante anotações registradas no PEC, ou na impossibilidade do sistema ou de cadastro, no prontuário físico, com guarda adequada. Tal problema nos remete às recomendações da responsabilidade e o comprometimento com a manutenção da organização dos documentos, de forma que haja garantia do acesso às informações necessárias, o estabelecimento do processo de informatização, o envolvimento dos usuários em todas as etapas do processo e a plena garantia do atendimento da missão institucional da organização, nos seus objetivos de prestar assistência médica de alta qualidade, aliada à pesquisa e ao ensino (STUMPF; FREITAS, 1997).

Por sexto nó-crítico surgiu, concluído pela equipe, as consultas rápidas e com pouca qualidade. E detalhou-se que esse entrave pudesse ser enfrentado, principalmente com a participação do médico, na instituição da chamada Consulta Total, a qual deve englobar vários aspectos epidemiológicos e fatores de risco para patologias prevalentes, e inclui, dentre outros, os seguintes tópicos:

1. Aplicação da Escala de Hamilton de depressão/Suicídio;
2. Pesquisa de sintomático respiratório;
3. pesquisa de manchas de pele;

4. pesquisa de câncer de boca;
 5. orientações para todos os pacientes, em pelo menos, um cuidado
 6. negociação de Planos Singulares, tais como: abandono do tabagismo (Já pensou em parar de fumar?), alcoolismo, atividade física, participação em grupos, leitura, etc.
- Programa de intervenção breve e aplicação de instrumentos/questionários quando necessário
7. Orientação ao autoexame das mamas para todas as mulheres em idade fértil e Projeto "Toque no Assunto"
 8. Pesquisa de vulnerabilidade para IST em todos os pacientes;
 9. Aplicação do Mini-estado mental
 10. Programa "Checkup 10" (10 tópicos de orientação/avaliação: alimentação, atividade física, fumo, álcool, sono, PPP (Peso, PA, Perímetro abdominal), espiritualidade, PIC, estresse, higiene).

Referente ao problema 07: a necessidade da equipe em desenvolver ações de incentivo à inclusão social abordando essa temática, nos fez perceber que a equipe de AB se mantém na maior parte do tempo na UBS, sem participar ativamente de ações de promoção da cidadania no território, centralizando suas ações, na grande maioria das vezes, em casos de acompanhamento de doenças crônico-degenerativas. Sendo assim precisa desenvolver ações de promoção da cidadania no território, incentivando a reflexão sobre temas elencados pela própria equipe como: questões de gênero, pessoas com sofrimento psíquico, pessoas com deficiência e mulheres em situação de vulnerabilidade social.

Dentre os sub-problemas elencados centralizamos a falta incentivo à reflexão sobre questões de gênero. Como a UBS/equipes não tem abordagens específicas em questão de gênero, pensou-se inicialmente em qualificação, através de oficinas realizadas sobre a questão, bem como cursos UNASUS e AVASUS dentro do contexto da política de orientação sexual e de identidade de gênero. Como foi nítido nosso sentimento de despreparo para lidarmos com a problemática em questão, preferimos seguir as recomendações da Política Municipal de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, onde se destaca a importância de se levar em conta as desfavoráveis condições de saúde dessa população, agravadas pelo preconceito e discriminação existentes ainda na sociedade (BRASIL, 2011).

Dentre os problemas citados nos encontros citemos a violência e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Dado a dificuldade de responsabilização por atividades para esse grupo, decidiu-se começar intervenções a partir do artigo XXI da Política Nacional específica: incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral (BRASIL, 2013)

O segundo nó-crítico: a falta de priorização de pessoas com sofrimento psíquico, abordado adiante.

O terceiro nó-crítico: a necessidade da equipe trabalhar questões relacionadas às pessoas com deficiência, mostrou que nossa equipe não sabe como atender tais casos, nem os registra, nem os prioriza, tampouco os acompanha. Sugeriu-se, então, cursos EAD sobre tecnologias assistivas, o cadastro de todos os portadores de alguma deficiência, suas restrições e suas necessidades primordiais. Além da provocação futura ao gestor de saúde municipal no intuito de parcerias no sentido de melhorar essa cobertura/resolutividade.

O enfrentamento do problema de violência à mulher foi o nó-crítico subsequente. A abordagem da violência contra a mulher, até então insipiente na UBS, demandará uma prática em que os profissionais da equipe primeiramente saibam reconhecer e acolher os casos suspeitos, e depois se posicionem como facilitadores do processo terapêutico, construindo estratégias com as usuárias que contemplem e respeitem seu contexto social e suas singularidades. Obviamente que a intervenção envolve um *saber ouvir* diário, uma aproximação da realidade em que a mulher está inserida, cujos conflitos precisam ser perceptíveis e ter visibilidade, mas que estão subentendidos nas queixas (PEDROSA E SPINK, 2011).

A capacitação proposta justifica-se pelo despreparo dos profissionais de saúde para abordar a violência contra a mulher, e que é sugerida pela OMS, necessária ao enfrentamento do problema, citando a subnotificação, os casos ocultados ou não documentados (OPAS, 1998). O acolhimento à mulher, dessa forma, precisa considerar sinais de alerta (PEDROSA E SPINK, 2011). A violência contra a mulher é um fenômeno multifacetado onde se conjugam fatores sociais, culturais e pessoais. São relações de poder onde há um julgamento de que a mulher é inferior e deve se submissa ao companheiro.

Ao ser elencado como nó-crítico, a percepção da violência doméstica na área já se torna mais evidente, e se estimula um novo olhar para a magnitude do problema. E por ser um fenômeno complexo e gerador de adoecimento, precisa ser abordado convenientemente pelos profissionais de saúde, os quais não poderão ser intimidados ou silenciarem quanto à intervenções.

A mais básica proposta é a de nos alertarmos de que o problema é real, daí surge a necessidade de espaços de conversa sobre o tema, de acolhimento, de informação e empoderamento psicológico. Todas as consultas às mulheres terão uma pergunta básica sobre o assunto.

O oitavo problema envolveu o pouco envolvimento da UBS/equipe com o desenvolvimento de ações conjuntas com a comunidade, bem como o debate dos problemas locais de saúde, do planejamento da assistência prestada e dos resultados alcançados.

Por não conhecer, devidamente, a realidade de vida da população, o PES surgiu como um instrumento indispensável nesse plano de ação. O PES, na sua parte inicial, através do Roteiro de Observação, do Estudo dos Registros Secundários (Documentos existentes, Prontuários e AMAQ de 2014) e da Estimativa Rápida, trouxe dados básicos sócio- demográficos e perfil de morbimortalidade, bem como organizou os grupos de atenção. Levando em conta que as estratégias preventivas de rastreamento para patologias mais prevalentes consideram dois grupos: **alto risco e de abordagem populacional** (ROSE, 2010), precisamos enfatizar tanto nos grupos prioritários quanto na redução do risco de adoecimento da população em geral.

É bom enfatizar que no processo de mapeamento dos grupos foi necessário conhecer as pessoas com potencial para alargar o cuidado e promover saúde. Esse mapeamento facilitou contar com pessoas comprometidas e orientar, quando possível, práticas não saudáveis.

E a segunda etapa tenta reorganizar o plano de trabalho da equipe após agendas de discussão conjunta com a população por meio de reuniões comunitárias ou com grupos específicas, e reuniões de conselhos. Esses encontros precisaram ser realizados no sentido de se realizar um atendimento de qualidade apreender e reaprender usando os erros e acertos das ações anteriores através do diálogo com a comunidade (BRASIL, 2007).

Até as primeiras reuniões com a comunidade, a ESF trabalhava com grupos específicos e consultas gerais por demanda espontânea, o que causou um certo desconforto com a Associação de Moradores locais. Após reuniões com o vereador local, o Clube de Mães e a Associação de Moradores, reformulamos, através da Estimativa Rápida, uma visão sobre nosso processo de trabalho. Tal prática está de acordo com o que orienta Campos, Faria e Santos (2017) de que o planejamento deva ser situacional e sistemático, e que não é puramente técnico, nem puramente político e muito menos único. Devendo considerar tanto as propostas dos especialistas e as propostas oriundas da própria comunidade que, em última análise, é que sofre com os problemas que o planejamento pretende resolver.

No terceiro lugar observou-se que a equipe não busca parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas ou ONGs.

Aqui pode-se entender que Propostas de intervenção são variadas, por vezes complexas, e mesmo sendo de alta governabilidade e requerendo poucos recursos, necessitam ser abordadas por uma equipe. O que justificou a caracterização de um ou mais responsáveis por cada ação proposta. Ficou-nos difícil trabalhar sozinhos, e diante disso surgiu a necessidade de um alcance maior na possibilidade de consecução de algumas propostas através de parcerias.

A Fundação Municipal de Saúde, no seu Guia de Atenção Básica (2016) recomenda essas parcerias com instituições, estabelecimentos ou pessoas, com o objetivo de ampliar as ações de prevenção, promoção e recuperação à saúde, participando de redes de apoio e mobilizando a comunidade no resgate da cidadania. Enfatiza a organização da população no estabelecimento de parcerias com equipamentos sociais existentes e entidades que a representem, para um efetivo controle social (escolas, igrejas, Conselho Local de Saúde).

No tocante ao problema subsequente, a UBS/equipe não disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários. Observou-se que a UBS não informava seus usuários sobre o funcionamento da unidade, identificação da equipe, serviços oferecidos, fluxos do acolhimento e seguimento na rede, nem sobre direitos e deveres dos usuários. E mantem paredes, portas e armários com cartazes mal posicionados, sujos e parte com propagandas de medicações.

A UBS do bairro Nova Brasília tem uma estrutura mediana para as reais necessidades da população, haja visto que não temos um auditório, conforme o projeto inicial, e os espaços são escuros, desorganizados e com um layout regular. Uma reforma foi conseguida, novos armários obtidos, nova iluminação providenciada, e atualmente se pensa em estruturar um espaço para crianças, uma vitrine literária e a reativação da sala de inalação, com uma estrutura que possa albergar uma prática integrativa associada à consulta, tais como reflexologia podal, técnica de imposição de mãos, relaxamento, ou outras práticas integrativas possíveis.

A ambiência deixa a desejar, com mesas, vitrines e murais antigos, cartazes malconservados e propaganda de medicamento que chegam a causar um estresse visual. Então já estamos na fase de melhorar a ambiência da UBS, com reorganização dos espaços, minimização de material de papel desnecessário, e material educativo melhor elaborado e adaptado às práticas de educação em saúde. A participação de todos os colaboradores na discussão conjunta sobre a estrutura, as reformas e uso o aproveitamento dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e também dos trabalhadores é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde (PNH, p. 9).

A equipe 193 está elaborando uma cartilha de orientações, num prazo de 2 meses com orientações sobre o funcionamento da UBS, identificação das equipes, serviços ofertados, fluxos do acolhimento e seguimento na rede, e relação de direitos e deveres dos usuários.

O problema nº 10, já citado anteriormente, aponta a falta de identificação e acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico.

Viu-se que o sofrimento psíquico é mal diagnosticado, acompanhado de forma irregular, e crescente. Sendo associado a outros Esse problema já foi anteriormente abordado no Nó-crítico número 2 do Problema selecionado número 7.

A identificação e o registro atualizado de todos os diabéticos da área foi o décimo-primeiro priorizado. História familiar, erros alimentares, inatividade física e obesidade foram os fatores de risco que encontramos mais comumente na área.

A literatura nos alerta para um índice de diabéticos em crescimento devido ao aumento do o envelhecimento populacional, ao processo de urbanização, ao maior número de obesos e sedentários (SBD, 2017). A prevalência elevada de diabéticos reflete as estatísticas de principal causa de amputação de membros inferiores e de

cegueira adquirida e uma das maiores responsáveis pela insuficiência renal dialítica. Somado ao desenvolvimento de comorbidades como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e hipertensão arterial (GOLDMAN e AUSIELLO, 2009).

Tal perfil de morbimortalidade justifica a importância do diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado do paciente, ocorrendo de forma abrangente e multiprofissional, observando os critérios de diagnóstico e seguimento (metas glicêmicas a serem atingidas), além de atentar para as peculiaridades de cada paciente (SBD, 2017). Dentre os fatores de risco citados, frisemos que o tabagismo, o alcoolismo, a alimentação não saudável, a inatividade física e o excesso de peso, se constituem como principais fatores de risco para doenças crônicas (BRASIL, 2014). E dentre esses, a alimentação não saudável é que o mais no deparamos no cotidiano da equipe 193, por isso a ênfase e o foco das atividades educativas nos 10 passos para um alimentação saudável (BRASIL, 2014)

Quanto aos diabéticos alcoolistas, foram melhor abordados no problema seguinte.

O problema 12 priorizou a identificação e acompanhamento de usuários de álcool e drogas na perspectiva da redução de danos. Do total de 2574 moradores da área registramos 1212 que relatam uso de bebidas alcoólicas. E uma porcentagem aproximada de 4% de usuários de drogas.

O número de famílias com membros presidiários e recluso é elevado, e o número de "bocas de fumo" é grande, sendo que há um local no território chamado de "inferninho", que centraliza boa parte da venda e assuntos relacionados à drogas. Aspectos culturais relacionados ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas, o desemprego e a falta de atividades direcionadas aos jovens, faz crescer o número de alcoolistas, e também de drogaditos.

A equipe não identificava os usuários de álcool e outras drogas no território, nem tem acompanhamento (individual ou em grupos). Tal sub-problema nos possibilitou vislumbrar a situação alarmante e emergencial da incidência do alcoolismo na área adstrita. E diante desse perspectiva se fez importante não apenas desenhar estratégias para retardar o desenvolvimento do quadro de alcoolismo, como também proporcionar um acompanhamento multidisciplinar no sentido de amenizar os prejuízos da patologia e prevenir os danos. Somem-se os

métodos de educação e conscientização da população em geral e dos profissionais da área médica.

Com o início da abordagem de pacientes alcoolistas, notou-se dois padrões de uso de álcool apontados nos estudos de Ronzani, Mota e Souza (2009): o padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências perigosas para o usuário e para aqueles que o cercam, no entanto sem predispor dano ao indivíduo; o segundo constitui o uso nocivo, que resulta em danos físicos, mentais e consequências de nível social. Uma abordagem de educação em saúde, conforme o plano proposto, justifica-se pelo fato de que os profissionais de saúde focam a atenção no consumo de álcool denominado uso nocivo ou a síndrome de dependência, sem abordar nos chamados bebedores de risco, os quais apresentam parte substancial dos problemas clínicos e de saúde pública ocorrer nos (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Quanto à abordagem do uso de drogas na área, a equipe preferiu realizar novas reuniões para detalharmos atividades de educação e com foco na prevenção.

No geral, o processo de elaboração do PES, com o estudo das subdimensões citadas da AMAQ, e o processo de execução dos planos de ação, nos mostrou que os ACS foram os mais importantes mobilizadores da participação da comunidade e da evidenciação de *talentos* da área. Com isso as recomendações propostas sempre priorizaram os saberes locais. Houve um diálogo cultural, respeitando os modos de fazer da comunidade, e buscou-se um equilíbrio, um protocolo híbrido que permitisse a integração dos conhecimentos científicos da equipe às práticas aparentemente não saudáveis da população.

Observou-se, também, que há a necessidade da prática de técnicas de motivação da participação popular tais como atrelar reuniões às consultas, promover rodas de conversa com grupos específicos da comunidade, aplicar dinâmicas de grupo e promover pequenos eventos sociais. Pode-se perceber que a grande parcela de recursos e de capital humano necessários às intervenções deve, preferivelmente, partir da própria comunidade. Que o consultório deve ser visto como espaço ótimo de intervenções de tecnologia leve. E que a visão do médico, sem o compartilhamento de distintas opiniões, se torna distorcida tanto na descoberta de causas básicas de problemas tanto na condução do cuidado.

Durante a construção do PES, da avaliação da AMAQ e de todo o processo, houveram algumas dificuldades a serem enfrentadas ou contornadas, sendo a

principal a etapa da mobilização da equipe no sentido de nos reunirmos e debatermos os problemas, além de relacionarmos os responsáveis pelas intervenções propostas, por isso buscou-se envolver sempre mais de um participante. Outro aspecto observado foi a descompromisso de algumas parcerias quando os objetivos de alguma parceria era centrado em interesses particulares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PES da área da ESF 193 proporcionou identificar dados sociodemográficos importante na caracterização do determinantes saúde-doença. Os usuários adstritos apresentam um perfil caracterizado principalmente por hipertensos, dislipidêmicos, obesos, diabético e sofredores psíquicos

A leitura analítica da AMAQ aplicada em 2014 nos proporcionou compreender pontos satisfatórios da equipe anterior, bem como evidenciou fragilidades que precisaram sofrer intervenção pronta. É bom frisarmos que o PES, que é tido exigência da AMAQ (Dimensão K, padrão 4.5) foi confeccionado segundo os padrões do instrumento. Optou-se por problemas de alta governabilidade e baixo ou nenhum custo, com pouca ou nenhuma participação provocada pela equipe ao gestor municipal, o que evidenciou a possibilidade de um processo de trabalho semelhante ao padrão porém com tecnologias leves e leve-duras. O Projeto de Intervenção possibilitou enxergar que os processos de produção da saúde em condições adversas deve passar, necessariamente, pela intersetorialidade (ou parcerias), integralidade das ações, educação em saúde, empoderamento local, adequação do serviços de saúde às necessidades da população, do trabalho integrado interprofissional (gestão municipal, por exemplo), da qualidade da intervenção profissional, da participação das pessoas na definição de suas linhas de cuidado e/ou modos de tratar.

Do total de padrões da AMAQ tivemos mais pontos de conformidade do que dimensões com notas regulares ou insatisfatórias, somando 12 no total, sendo duas delas relacionadas com a Saúde Bucal, onde nossa governabilidade foi muito baixa. Todos os planos já se encontram em andamento ou foram realizados. Os diversos planos de intervenção têm suas ações acontecendo de forma integrada e concomitante, sob avaliação periódica, que se faz através de check-list durante as reuniões semanais da equipe. Modificações e/ou ajustes necessários podem ser realizados segundo os prazos estipulados ou novas exigências.

A abordagem, na maior parte das vezes, levou em consideração os aspectos biopsicossociais, e a UBS foi caracterizada, durante todo o processo, como porta de entrada ao sistema de saúde da região. Notou-se uma maior participação de outros colaboradores das três equipes da UBS, motivadas pelos eventos e propostas.

A Proposta de Intervenção está sendo efetiva para os padrões de qualidade sugeridos, levando em consideração que é imprescindível o estabelecimento de trabalho em equipe voltado à clientela adstrita, e calcado no conhecimento da realidade das famílias, com ênfase para as características epidemiológicas e sociais. O desenvolvimento das propostas de intervenção necessitou da pactuação de ações para a superação dos desafios elencados na autorreflexão da Equipe.

Os membros da equipe precisam estar sensibilizados para a realização do processo de trabalho, bem como necessitam estar orientados sobre os distintos nichos ou grupos da estratégia de saúde da família. É primordial a utilização de instrumentos gerenciais que possibilitem o diagnóstico situacional de saúde da população assistida, o planejamento de ações e a organização do processo de trabalho. Esses são os instrumentos efetivos na melhoria da qualidade da estratégia.

O PES e a AMAQ confeccionados foram os dispositivos referenciados para o trabalho de desenvolvimento das ações propostas, de acordo com as características do processo de trabalho encontradas. Com o embasamento de um diagnóstico situacional, alimentado pela estimativa rápida aplicado às lideranças da comunidade, identificaram-se, segundo a priorização sistematizada de problemas e evidenciação de nós-críticos, pontos fragilizados e distanciados dos padrões sugeridos pela AMAQ. A autoavaliação, por sua vez, deixou a percepção de ser o ponto de partida da melhoria da qualidade dos serviços, já que estimulou a facilidade na detecção de problemas no cotidiano laboral e possibilitou a potencialização das estratégias da fase de desenvolvimento das propostas. A elaboração do plano de ação também ajudou a oportunizar a reflexão sobre o cuidado e assistência que prestamos, bem como possibilitou ajustes de rumos nas intervenções implantadas, à medida que novas possibilidades ou dificuldades foram surgindo. O presente projeto de intervenção deverá organizar o trabalho da equipe, dar melhoria ao processo e apontar rumo à qualidade no cuidado e na assistência prestadas. Foi também relevante na possibilidade de identificar estratégias de abordagem de distintos grupos na comunidade adstrita à UBS e proporcional à equipe uma maior coesão e melhor planejamento para a prevenção e a promoção da saúde. Nesta perspectiva, a comunidade tem muito a ganhar ao poder estabelecer com os profissionais de saúde um diálogo participativo, cujas prioridades poderão ser ouvidas, favorecendo a indicação de estratégias de ação para diferentes nós-críticos.

Importante ressaltar que durante a execução das intervenções, os profissionais de saúde perceberam a pauta por uma assistência humanizada, empregando a sensibilidade e a intuição aliado aos conhecimentos técnico científicos. Assim ao interagir melhor com os usuários, houve o favorecimento do desenvolvimento de vínculo entre profissional e usuários.

Dentre os nós-críticos que mais envolveram discussão foram o acolhimento, a visita domiciliar e os PTS, pela possibilidade de conhecermos mais verdadeiramente os condicionantes do processo saúde-doença mais próximos da realidade, o que nos deu a oportunidade de conciliar nosso referencial teórico e o conhecimento prévio com as práticas cotidianas, levando em conta a subjetividade do usuário, e por vezes, ouvindo seu projeto de felicidade.

A literatura traz vários Projetos de Intervenção, porém com foco num ou noutro padrão da AMAQ, sem considerar várias dimensões simultaneamente, como o de OITICICA (2015). A maioria deles com planos de ação, porém com poucas referências quanto ao *status* de realização. Com a realização desta Proposta de Intervenção se espera contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários da área 193 de Teresina, através da priorização de problemas, listagem de nós-críticos e dos planos de ação direcionados. Se espera também estimular as equipes de saúde da família a utilizar a AMAQ como instrumento valioso nesse processo de melhoria da AB.

REFERÊNCIAS

ANDION, M.C; FAVA, R. **Planejamento Estratégico**. Faculdades Bom Jesus Economia empresarial / Fae Business School. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002. 70p. (Coleção gestão empresarial, 2)

ARMANI, Domingos. **Como elaborar projetos**. Tomo Editorial. São Paulo, 2000.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: **Instituto Alberto Luiz de Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia – UFRJ**. Rio de Janeiro (2000). Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde**: revisão integrative Rev. bras. enferm. vol.66 no.1 Brasília Jan./Feb. 2013

BARRAL NETTO, Manoel *at al*. **Práticas inovadoras da Rede UNA-SUS**: tecnologias e estratégias pedagógicas para a promoção da Educação Permanente em Saúde / organizadores. Porto Alegre : Ed. da UFCSPA, 2018. 318 p

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília, DF, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária**: Seminário do Conass para construção de consensos. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e

Avaliação. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde SUS: **Política nacional de humanização**. Brasília, janeiro/2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n.39, 23 fev. 2006a Seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília (DF), 2011. 56p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n.26, Volume 1). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política nacional de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 outubro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 30 outubro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.156.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar Nº 35**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Brasília, 2014.

_____. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 151 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Amaq**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, 2016.

_____. 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. [internet]. [acesso em 2017 dez 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>

CALDEIRA, Patrícia Dias de Godoy. **A inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família**. 2010. 49f. [Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização] Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 27 abr 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911. 2012. Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 04 nov. 2017.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros de. **A família como foco da Atenção Básica à Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. 86p.

COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2011.

DAHLKE, Rüdiger. **A doença como Símbolo**: Pequena enciclopédia de psicossomática. Ed. Pensamento-Cultriz Ltda. 2012.336.p

DAHLKE, Rüdiger; DETHEFSEN, Thorwald: **A doença como caminho**. Eda. Pergaminho, Ltda. Cascais - Portugal I. Edição, 2002.310p.

DIAS LC, Lopes JMC. **Abordagem familiar na atenção domiciliar** [material instrucional]. Porto Alegre: UFSC; 2015.

DITTERICH, Rafael Gomes; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; MOYSES, Samuel Jorge. **As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR**. Saude soc., São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2009. Available from . access on 02 May 2018. doi: 10.1590/S0104-12902009000300015.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y método de evolución. México: La prensa Médica Mexicana, S.A, 1984. 64

DONABEDIAN, A.; The Quality of Medical Care. Science 200, 1978.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. v. 114, nov. 1990.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação da atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul. /set. 2004.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Gernamo de; NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella *et al.* **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.1-13.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is “lost in translation”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, p.573-85, abr./jun. 2011

FRANCISCHINI AC, Moura SDRP, CHINELLATO, M. **A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família**. Investigaçao. 2008;8(1-3):25-32.

FUZIKAWA, ALBERTO KAZUO. **Método clínico centrado na pessoa**: um resumo. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Belo Horizonte. 2013.

GAIOSO, Vanessa Pirani. **Satisfação do Usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP**. [dissertação de mestrado] Ribeirão Preto (SP): Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007. 155p.

GARIGLIO, M.T.O. O cuidado em saúde: In MINAS GERAIS, Escola de Saúde Publica do Estado se Minas Gerais, **Oficina de qualificação da atenção primaria a**

saúde em Belo Horizonte: Oficina 2- Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPM, 2012.

GIOVANELLA L, LOBATO L.V.C, NORONHA J.C, CARVALHO AI. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed, revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**, v.2. 23^a.ed.Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HARTZ, Z. A. **Avaliação em saúde**. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. HARTZ, Z. M. A. (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 131 pp. Campinas

HARZHEIM, E. **Atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved Health System Performance Through Better Care Coordination**, n. 30. Paris: OECD, 2007.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo Demográfico do Brasil**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi>>. Acesso em: 15 de abril de 2017.

KOCH, P., & HAUKNES, J. (2005). **On innovation in the public sector**. Oslo: Publin Report, D20, 1-102.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3. 2002

LACERDA, J. T. ; COLUSSI, C. F. ; BOTELHO, L. J. . **Planejamento na Atenção Básica**. 2012. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Módulo do curso de Especialização em Saúde da Família (UNA-SUS)).

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. v. 2. Brasília, DF: IPEA, 1996. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br>: acessado em 12/2017.

MENDES, E.V. Os fundamentos para a construção e os elementos construtivos das redes de atenção à saúde no SUS. *In*: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte:

ESPMG, 2009. Guia do participante. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=19981&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0& Acesso em: 23 jun 2019

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrado no Campo Relacional e nas Tecnologias Leves**. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tulio/franco/publicacoes.html>>. Acesso em: 6 set. 2018.

Ministério da Saúde (BR). **Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS**. Brasília (DF): MS; 1991.

MUNIZ, José Roberto; EISENSTEIN, Evelyn. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009.

NORMAN, A. H.; TESSER C. D. Prevenção quaternária na atenção primária a saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 25, n.9, p.2012-2020. Rio de Janeiro. Sep. 2009.

OITICICA, R. M. B. **Proposta de Intervenção para Aumento da Procura da População Masculina por Atendimento nas Unidades de Saúde da Família de Campo Grande – AL**. 2015. 32 p.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata**. Genebra, 1978.

OPAS/OMS. **Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, D.C: OPAS; 2007

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario**. Washington, D.C.: Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano, 1998.

PEDROSA, Claudia Mara.; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Sociedade**, v.20, n.1, p.124-135, 2011. ISSN 0104-1290

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626. 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA. Fundação Municipal de Saúde de Teresina. **Guia de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde**. Teresina – PI, 2016

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP

RIEG, D.L, ARAÚJO FILHO, T. **O uso das metodologias "planejamento estratégico situacional" e "mapeamento cognitivo" em uma situação concreta:** o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCAR. Gest. Prod. vol.9 no.2 São Carlos Aug. 2002

RODRIGUES, A. C. S., VIEIRA, G. de L. C., & TORRES, H. C. (2010). A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe. **Rev esc enferm USP**, 44(2), 531–7.

RONZANI T.M.; MOTA D.C.B.; SOUZA I.C.W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Rev Saúde Pública** v.43, (Supl. 1), p.51-61, 2009.

SAMPAIO, J., PINHO, I. P. M., LIMA Miranda, T. T., & SILVA, M. A. (2014). Contribuições do Pet–Saúde, Eixo Educação Permanente (EP) para os Processos de Trabalho do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso em João Pessoa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 18, 69–76.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A. C. D. **Ação centrada na pessoa**. Belo Horizonte: ed. Mimeo 2013.7p.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos *et al.*. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 171-179, jul./set. 2010.

SCHNEIDER, Alessandra *et al.*. **Pacto pela saúde:** possibilidade ou realidade? 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p. : il.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. (2017). **Diretrizes sociedade brasileira de diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad.

SOUZA, L.M.; PINTO M.G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v.2, n.14, abr/jun. 2012. Disponível em :< <http://www.fen.ufg.br>> Acesso em 09 fev. 2018.

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

STARLING, M.B.L.; SANTANA, S.C.P. Metodologia de projetos: o patrimônio cultural no currículo do ensino médio. *In:* MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Educação. **Reflexões e contribuições para a educação patrimonial**. Grupo gestor (org.). Belo Horizonte: SEE/MG, 2002.

STEWART, M; BROWN, JB; WESTON, WW et al. **Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o método clínico**. 2ª Ed., Porto Alegre, Artmed, 2010.)

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 161.

VIANA, Livia Maria Mello. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. [Dissertação de Mestrado] Teresina (PI): Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012. 127p. 69

ANEXOS

ANEXO A

Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade Da Atenção Básica

Amaq - 2ª edição. Brasília – DF. 2014

Padrão de Resposta: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dimensão: Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

J – Subdimensão: Educação Permanente e Qualificação das Equipes de AB

4.1 Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na AB.

4.2 A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da AB.

4.3 As equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial a distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.

K – Subdimensão: Organização Do Processo De Trabalho

4.4 A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.

4.5 A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.

4.6 A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.

4.7 A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.

4.8 A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.

4.9 A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.

4.10 A equipe de AB utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.

4.11 A equipe de AB oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.

- 4.12 A equipe de AB realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.
- 4.13 A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.
- 4.14 A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.
- 4.15 A equipe realiza reuniões periódicas.
- 4.16 A equipe de AB realiza a alimentação do sistema de informação vigente da AB de forma regular e consistente.
- 4.17 A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.

L – Subdimensão: Atenção Integral à Saúde

- 4.18 A equipe de AB acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos da sua área de abrangência.
- 4.19 A equipe de AB acompanha as crianças com idade até nove anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.
- 4.20 A equipe desenvolve ações, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança, para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.
- 4.21 A equipe de AB realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.
- 4.22 A equipe acompanha todas as gestantes do território.
- 4.23 A equipe realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal.
- 4.24 A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.
- 4.25 A equipe de AB desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.
- 4.26 A equipe de AB desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama e faz busca ativa dos casos de citologia alterada.
- 4.27 A equipe de AB realiza ações de atenção integral a todas as faixas etárias e gêneros.
- 4.28 A equipe de AB identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma, câncer e DPOC.

- 4.29 A equipe de AB organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.
- 4.30 A equipe de AB organiza a atenção às pessoas
- 4.31 A equipe de AB realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.
- 4.32 A equipe de AB identifica e acompanha as pessoas com convulsões e síndromes epiléticas em seu território.
- 4.33 A equipe desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose no território.
- 4.34 A equipe de AB desenvolve ações de vigilância, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no território.
- 4.35 A equipe possui cadastro e realiza visitas periódicas às pessoas que estejam vivendo em serviço de acolhimento/abrigamento.
- 4.36 A equipe de AB desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território.
- 4.37 A equipe de AB desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.
- 4.38 A equipe de AB identifica e acompanha as pessoas com deficiência de seu território.
- 4.39 A equipe de AB desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.
- 4.40 A equipe de AB desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.
- 4.41 A equipe de AB desenvolve atividades que abordam conteúdos de saúde sexual.
- 4.42 A equipe de AB realiza diagnóstico e acompanhamento dos casos de HIV/aids e demais doenças sexualmente transmissíveis.
- 4.43 A equipe de AB desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.
- 4.44 A equipe de AB desenvolve ações de Vigilância em Saúde Ambiental
- 4.45 A equipe realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.
- 4.46 A equipe de AB realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no seu território.

4.47 A equipe de AB desenvolve ações para a redução do número de casos de dengue e sua letalidade no território.

4.48 A equipe de AB desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.

4.49 A equipe de AB desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território.

4.50 A equipe de AB incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.

4.51 A equipe de AB desenvolve estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.

4.52 A equipe utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica

M – Subdimensão: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

4.53 A equipe de AB participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.

4.54 A equipe de AB reúne-se com a comunidade para desenvolver ações conjuntas e debater os problemas locais de saúde, o planejamento da assistência prestada e os resultados alcançados.

4.55 A equipe de AB disponibiliza canais de comunicação com os usuários de forma permanente.

4.56 A equipe de AB disponibiliza informações sobre o funcionamento da unidade de saúde de maneira clara e acessível aos usuários.

ANEXO B

1. IDADE	De 60 a 74 anos	0			
	De 75 a 84 anos	1			
	≥ 85 anos	3			
2. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente	0			
	Muito boa	0			
	Boa	0			
	Regular	1			
	Ruim	1			
3. LIMITAÇÃO FÍSICA Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas?					
PONTUAÇÃO: As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima neste item é de 2 pontos , ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.					
	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer (não consegue fazer)
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se					
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg					
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos					
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)					
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas					

4. INCAPACIDADES	
PONTUAÇÃO: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima neste tópico é de 4 pontos , mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.	
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou de pagar suas contas?	
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?	
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?	
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?	
Sim. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 Não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0

ANEXO C - ESF 193 – UBS DR. EVALDO CARVALHO

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

1	<p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>2 Estou enojado de mim</p> <p>3 Eu me odeio</p>
2	<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p>	8	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
3	<p>0 Não me sinto um fracasso</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</p> <p>2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	9	<p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>	10	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>

14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

ANEXO D - VULNERABILIDADE FAMILIAR

ESCALA COELHO E SAVASSI

DADOS		ESCORE
Acamado		
Deficiência Física		
Deficiência Mental		
Baixas condições de saneamento		
Desnutrição (Grave)		
Drogadição		
Desemprego		
Analfabetismo		
Menor de seis meses		
Maior de 70 anos		
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Diabetes Mellitus		
Relação	Se maior que 1	
Morador/cômodo	Se igual que 1	
	Se menor que 1	

Escore de pontuação de risco

Pontuação de 0 a 4 = Vulnerabilidade familiar habitual

Pontuação de 5 a 6 = Vulnerabilidade familiar menor

Pontuação de 7 a 8 = Vulnerabilidade familiar média

Pontuação maior ou igual a 9 = Vulnerabilidade familiar máxima

A partir dessa classificação, a priorização das famílias vai ocorrer de acordo com a disponibilidade da equipe de saúde: Agentes Comunitários de Saúde podem se programar para fazer mais de uma visita por mês para as famílias de alta vulnerabilidade. Tais famílias também devem ser priorizadas nas visitas domiciliares dos demais membros da equipe.

Fonte: COELHO & SAVASSI, 2011.

ANEXO E

Avaliação da sobrecarga dos cuidadores (Escala de Zarit)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO (A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr (a)?					
9. O(a) Sr(a) sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido					

prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO (A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espero que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quando o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

ANEXO F

ITENS DO GENOGRAMA

Itens do genograma

- Nome das pessoas
- Idades
- Estado conjugal ou marital
- Casamentos prévios
- Filhos
- Doenças significantes
- Datas de eventos traumáticos
- Ocupações
- Emoções de proximidade, distância ou conflito entre os membros da família
- Relações significantes com outros profissionais ou outros recursos da comunidade
- Outras informações relevantes que venham a aparecer

ANEXO G

ÁREAS INCLUIDAS NO ECOMAPA

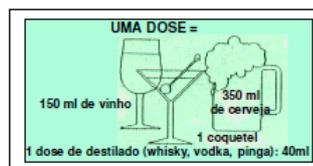


ANEXO H

COMPONENTES DO MCCP

- 1) Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença:**
 - Avaliando a história, exame físico, exames complementares;
 - Avaliando a dimensão da doença: sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas da pessoa.
- 2) Entendendo a pessoa como um todo, inteira:**
 - A pessoa: Sua história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento;
 - Contexto próximo: Sua família, comunidade, emprego, suporte social;
 - Contexto distante: Sua comunidade, cultura, ecossistema.
- 3) Elaborando um projeto comum de manejo:**
 - Avaliando quais os problemas e prioridades;
 - Estabelecendo os objetivos do tratamento e do manejo;
 - Avaliando e estabelecendo os papéis da pessoa e do profissional de saúde.
- 4) Incorporando a prevenção e a promoção de saúde:**
 - Melhorias de saúde;
 - Evitando ou reduzindo riscos;
 - Identificando precocemente os riscos ou doenças;
 - Reduzindo complicações.
- 5) Fortalecendo a relação médico-pessoa:**
 - Exercendo a compaixão;
 - A relação de poder;
 - A cura (efeito terapêutico da relação);
 - O autoconhecimento;
 - A transferência e contra-transferência.
- 6) Sendo realista:**
 - Tempo e timing;
 - Construindo e trabalhando em equipe;
 - Usando adequadamente os recursos disponíveis.

ANEXO I


AUDIT – Teste de Identificação de Desordens Devido ao Uso de Alcool

Instruções para preenchimento:

a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a "caixinha" do lado direito; b) veja na figura o que é uma dose; c) após a última questão some os números que colocou nas "caixinhas".

- 1) **Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?**

0 Nunca	3 Duas a três vezes por semana	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana	
2 Duas a quatro vezes por mês		

- 2) **Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?**

0 1 a 2 doses	3 7 a 9 doses	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 3 ou 4 doses	4 10 ou mais doses	
2 5 ou 6 doses		

- 3) **Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?**

0 Nunca	3 Duas a três vezes por semana	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana	
2 Duas a quatro vezes por mês		

- 4) **Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?**

0 Nunca	3 Duas a três vezes por semana	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana	
2 Duas a quatro vezes por mês		

- 5) **Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?**

0 Nunca	3 Duas a três vezes por semana	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana	
2 Duas a quatro vezes por mês		

- 6) **Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?**

0 Nunca	3 Duas a três vezes por semana	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana	
2 Duas a quatro vezes por mês		

- 7) **Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?**

0 Nunca	3 Duas a três vezes por semana	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana	
2 Duas a quatro vezes por mês		

- 8) **Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**

0 Nunca	3 Duas a três vezes por semana	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana	
2 Duas a quatro vezes por mês		

- 9) **Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido ?**

0 Não	4 Sim, durante o último ano	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Sim, mas não no último ano		

- 10) **Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?**

0 Não	4 Sim, durante o último ano	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
1 Sim, mas não no último ano		

Total