



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

ORGANIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

NATAL/RN
2018

ORGANIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Laianny Krizia Maia Pereira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Equipe de Saúde da Família (Equipe D), da Unidade Básica de Saúde Doutora Violeta Gusmão.



RESUMO

Este trabalho é baseado nas percepções das falhas existentes na Unidade de Saúde Doutora Violeta Gusmão da cidade de Propriá – Sergipe, feitas por mim, médica da Equipe “D”, bem como pelos demais integrantes da Equipe, leia-se Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem.

A partir das percepções mencionadas acima, foram realizadas reuniões com os membros da equipe em busca da melhor intervenção possível para melhoria dos problemas.

Dessa forma, serão descritas ao longo deste trabalho seis microintervenções, que são, respectivamente, sobre: Observação na Unidade de Saúde; Acolhimento à demanda espontânea e programada; Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; Atenção à saúde mental; Atenção à saúde da criança; e Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária.

Palavras-Chaves: Unidade de Saúde, Microintervenções, Doenças Crônicas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
CAPÍTULO I.....	8
CAPÍTULO II.....	13
CAPÍTULO III.....	17
CAPÍTULO IV.....	21
CAPÍTULO V.....	25
CAPÍTULO VI.....	29
CAPÍTULO VII.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	44

Insira aqui um sumário para seu trabalho.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido como pré-requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família (PEPSUS) e é construído através das intervenções desenvolvidas ao final de cada módulo da especialização na Unidade de Saúde da família Doutora Violeta Gusmão em Propriá – Sergipe.

Cada capítulo corresponde a uma intervenção que foi desenvolvida em grupo pelos membros da Equipe D da Unidade de Saúde referida acima ao longo dos meses. São em sequência: Observação na Unidade de Saúde; Acolhimento à demanda espontânea e programada; Planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; Atenção à saúde mental; Atenção à saúde da criança; e Controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária.

Estas intervenções objetivam a princípio a organização do processo de trabalho de toda a Equipe, de modo, a longo prazo, a aprimorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários da Unidade de Saúde referida.

Para cada intervenção foram utilizados instrumentos auxiliares, como mural, questionários ou instrumentos de registros de informações para serem anexadas aos prontuários.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Especializando: DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

Orientador: Juliana Ferreira Lemos

Relato de experiência:

Esta microintervenção refere-se à tentativa de organização do processo de trabalho, através da avaliação do acolhimento e da análise quantitativa do número de consultas agendadas e por demanda espontânea. A experiência será relatada a seguir.

Tive dificuldade para reunir a equipe completa para realização do AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), pois alguns membros afirmaram já ter realizado a autoavaliação recentemente e não demonstraram interesse. Porém, foi muito proveitosa a reunião com os membros que participaram, pois, os mesmos se mostraram interessados em melhorar o processo de trabalho. Este fato já demonstra que há poucas reuniões da Equipe de Saúde e dessa forma, o planejamento das ações é dificultado. Além disso, não há avaliação do serviço e dos profissionais por meio dos usuários, o que torna a autocrítica algo raro e facilita a permanência do comodismo.

Percebemos durante a discussão do questionário, que a Unidade de Saúde possui muitas deficiências estruturais, o que não fornece conforto e não proporciona privacidade no acolhimento. Não há, geralmente, insumos suficientes para atendimento de urgência e quando há necessidade de administração de medicamentos por via parenteral, por exemplo, os pacientes precisam ser encaminhados.

Existe ainda a dificuldade de integração com algumas Redes de Atenção à Saúde e muita reclamação por meio dos usuários em relação à marcação de exames e consultas com especialistas. Quando estas últimas são conseguidas, não há a contra referência. A realização da fundoscopia para rastreamento das retinopatias diabética e hipertensa com médico oftalmologista, é um exemplo. A impressão diagnóstica, ou o resultado do exame não é liberado para o paciente, ou para o prontuário do paciente.

O principal problema, porém, percebido por mim e bastante apontado pelos agentes comunitários de saúde, é a dificuldade de organizar o atendimento e, por trás disso, o acolhimento. A UBS possui três equipes e funciona com sistema de marcação de consultas. Não há divisão de atendimento por Equipe, bem como não há vagas para a demanda

espontânea e os pacientes sempre estão reclamando que precisam chegar muito cedo para conseguir uma ficha e agendar um atendimento para a semana seguinte. Além disso, os agentes comunitários de saúde queixaram-se de que não conseguem ajudar os pacientes caso algum usuário necessite de vaga devido a alguma intercorrência.

No dia marcado, ao chegarem à Unidade Básica de Saúde, os pacientes passam por triagem em um ambiente comum às três Equipes e que é também uma sala de espera, ou seja, não há a escuta dos usuários. A técnica de Enfermagem apenas afere a pressão arterial e verifica o peso.

Não significa que não haja acolhimento dos usuários, pois tudo o que descrevi, apesar de passível de mudanças e melhorias, é acolhimento. “Genericamente, o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.” (BRASIL, 2013). O que precisa ser pensado e discutido constantemente entre a Equipe é como melhorar esse acolhimento, já que foi apontado por todos na reunião como precário.

Levando em consideração que “a atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade.” (BRASIL, 2013)

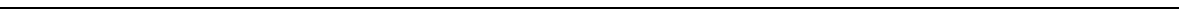
A diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços do Sistema Único de Saúde em meados da década de 90, buscando, “além de ampliar o acesso, viabilizar mudanças no desenvolvimento do trabalho em saúde, ao modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários para a promoção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade” (CAMELO, 2016). Entretanto, o debate em torno do acolhimento se intensificou a partir de 2000 e persiste até os dias atuais, tentando melhorar a organização e funcionamento dos serviços de saúde.

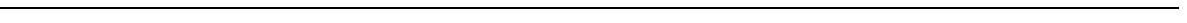
Pensando nisto, decidi criar um mural para comparar o número de consultas agendadas e as de demanda espontânea durante o mês e prosseguir mês a mês para avaliar se há progresso. O mural é alimentado com informações diariamente. Na primeira semana de instituição do mural, percebi resistência por meio da direção da UBS, que ainda não se

mostra favorável à mudança. Foi instalado no dia 02 de maio de 2018 e nos primeiros 12 dias, de 153 atendimentos, apenas 18 atendimentos foram de demanda espontânea e a maioria porque houve pacientes faltosos que estavam marcados para o dia.

O objetivo com esse mural é avaliar o acolhimento e fazer com que a gestão, bem como os funcionários, percebam a necessidade de melhorar o acolhimento aos usuários da Unidade Básica de Saúde e a importância de progredir com o debate, a autocrítica e a empatia.

Para iniciar a resolução do problema, resolvemos criar cartões de retorno programado para os pacientes que precisam de acompanhamento com intervalos pré-estabelecidos e também para os que não apresentam problemas urgentes e procuram a UBS. Além disso decidimos aumentar o número de atendimentos por demanda espontânea e classificar os pacientes para dar prioridade ao atendimento dos que mais estão precisando.





CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Especializando: DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

Orientador: Juliana Ferreira Lemos

Este relato refere-se à descrição da microintervenção na qual se buscou junto à equipe, sistematizar o processo de trabalho para descrever o perfil e classificação de risco familiar da população adscrita à unidade, com o objetivo de detectar prioridades e definir periodicidade para as visitas domiciliares usando como critério o escore de risco familiar.

Atribui-se à Atenção Primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), o papel de resolver 80% dos problemas de saúde da comunidade e, para tanto, os profissionais de saúde precisam dispor de capacitação técnica que lhes possibilite identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde de modo que o processo de trabalho seja otimizado e alcance os objetivos propostos (NASCIMENTO et al., 2010).

Contudo, a demanda desordenada na ESF constitui-se em um problema a ser resolvido, de modo que não comprometa o processo de trabalho na demanda organizada, sobretudo no planejamento e realização das visitas domiciliares (NASCIMENTO et al., 2010).

A visita domiciliar por sua vez, faz parte da rotina da ESF e por meio desta são implementadas ações de saúde diversas, além de ter um papel facilitador na criação e manutenção de vínculos entre população e equipe de saúde.

No entanto, muitas vezes por falhas na sistematização do processo de trabalho e multiplicidades de tarefas que envolvem a equipe, as visitas acabam voltadas aos portadores de doenças crônicas ou gestantes em detrimento dos demais grupos, e com isso deixam de contribuir para a formação de vínculos e comprometem a integralidade da assistência (SOUZA et al., 2013).

Com o objetivo de otimizar a sistematização do processo de trabalho no que diz respeito à visita domiciliar, a utilização de instrumentos que facilitem o estabelecimento de prioridades e melhorem a sistematização das mesmas, constitui-se em ferramenta essencial para nortear as ações da equipe de saúde nesse contexto (NASCIMENTO et al., 2010).

Com base no exposto, apresentei à equipe a proposta de preenchimento e/ou atualização da “Ficha A” para todas as famílias adscritas à unidade, explicando como se

daria posteriormente a análise dos dados e aplicação do “critério de UFES” para avaliação do risco familiar. Assim como Nascimento (2010), estabelecemos que nosso objetivo final fosse não somente a identificação das famílias em situação de risco, mas também, a prevenção e promoção da saúde da população com base na realidade em que está inserida.

Em seguida, foi aberto espaço para que todos pudessem opinar, dar sugestões, sanar dúvidas, ou ainda manifestar opinião a favor ou contrária à proposta apresentada.

No decorrer da discussão, ficou claro que os Agentes Comunitários de Saúde apesar de terem bom conhecimento sobre o perfil das famílias de suas microáreas, não possuíam algumas informações atualizadas como, por exemplo, número de idosos acamados, deficientes físicos, deficientes mentais, entre outros; e que apesar de já haverem preenchido as fichas cadastrais anteriormente, muitos dados não correspondiam à realidade daquele momento, em decorrência de nascimentos, óbitos, idosos acamados há pouco tempo, etc.

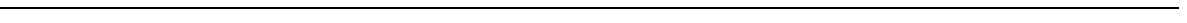
Com a falta de conhecimento do real perfil de risco das famílias, muitas visitas domiciliares eram realizadas sem uma cronologia pré-estabelecida e percebeu-se que em alguns casos específicos, como o de um senhor de 82 anos, acamado, que reside apenas com sua esposa de mesma idade e não tem apoio de familiares ou cuidadores no dia a dia, demandariam um menor intervalo de tempo entre uma visita e outra.

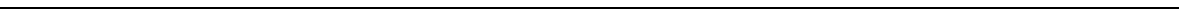
Todos os Agentes Comunitários de Saúde se comprometeram com o preenchimento das fichas de suas microáreas e concordaram que alguns dados estavam realmente desatualizados.

Foi estabelecido um prazo de 30 dias para que todas as fichas sejam devidamente preenchidas, sendo realizada concomitantemente, a tabulação dos dados das mesmas.

De posse das informações atualizadas sobre o perfil e a estratificação de risco das famílias, a equipe se reunirá novamente para estabelecer as prioridades e periodicidade das visitas, bem como, discutir a necessidade de ações pontuais direcionadas a especificidades que sejam identificadas, como por exemplo, possíveis situações de risco ou constatação de violência domiciliar.

Assim como na microintervenção anterior, encontrei dificuldade para reunir toda a equipe no mesmo dia e por este motivo, a microintervenção foi realizada em dois momentos diferentes, de modo que toda a equipe pudesse participar.





CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

RODAS DE CONVERSA

Especializando: DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

Orientador: Juliana Ferreira Lemos

Relato de experiência:

Este relato refere-se à descrição de uma microintervenção que consistiu na realização de uma roda de conversa entre um grupo de 20 gestantes em acompanhamento pré-natal na unidade e a equipe de saúde.

Tendo como ponto de partida as questões norteadoras propostas no módulo, após reunião prévia com a equipe de saúde, chegou-se ao consenso de que nossa fragilidade no momento estaria relacionada ao período gestacional e acompanhamento pré-natal, uma vez que as gestantes rotineiramente procuram a unidade ou membros da equipe, em especial os Agentes Comunitários de Saúde pelo fato de os mesmos residirem na circunvizinhança, visando sanar dúvidas sobre o período gestacional, como por exemplo, mudanças no corpo, sexualidade, alimentação, prática de atividades físicas, etc.

A gravidez pode ser caracterizada como um episódio fisiológico na vida da mulher para o qual o organismo materno prepara-se desde sua concepção e durante o qual passa por inúmeras transformações de cunho fisiológico, psicológico e emocional que antecedem a chegada do bebê (BARRETO & OLIVEIRA, 2010).

Cada gestação tem um significado e traz vivências próprias para a mãe; contudo, a primeira gestação é quem a coloca em contato com tantas mudanças e sensações que antes não conhecia (BARRETO & OLIVEIRA, 2010).

A assistência pré-natal constitui-se no acompanhamento minucioso do ciclo gravídico-puerperal e envolve fatores como empatia, respeito, escuta e compromisso que não se restringem apenas aos aspectos biológicos, mas também às transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais (COSTA et al, 2010).

A iniciativa descrita a seguir tem como objetivo aproximar ainda mais as futuras mães da assistência pré-natal na unidade, além de oferecer às mesmas um momento ativo de escuta e reflexão.

Inicialmente, explicamos às participantes que estávamos ali reunidos para junto com as mesmas compreender quais as principais dúvidas, incertezas ou até mesmo medos que enfrentam durante o período gestacional e que a partir das necessidades identificadas, gostaríamos de realizar uma série de atividades para trabalhar tais questões.

Após a discussão, chegou-se a uma lista de pontos potenciais a serem trabalhados: mudanças no corpo, alimentação e gravidez, sexualidade na gestação, uso de medicações, exercícios físicos, amamentação e período puerperal. Por solicitação das gestantes ficou definido que os temas seriam trabalhados nesta ordem.

O método escolhido foi a abordagem dos temas a partir de rodas de conversa, onde inicialmente a equipe fará o acolhimento e apresentação do assunto a ser trabalhado no dia, e no segundo momento, as gestantes terão espaço para relatar suas experiências sobre o assunto, sanar dúvidas e também contribuir através de suas vivências com as demais participantes do grupo e membros da equipe.

A proposta é que sejam realizadas sete atividades, com intervalos quinzenais entre as mesmas, abordando os temas pré-definidos. Inicialmente o público serão as 20 gestantes selecionadas usando como critério de escolha a assiduidade às consultas de pré-natal, o fato de serem todas primigestas e ser este o perfil das gestantes que mais procura a unidade fora do período de consultas.

A promoção da saúde da gestante perpassa também por um processo educacional onde as trocas de experiências entre estas e profissionais de saúde, desvendando mitos pré-existentes e compartilhando informações científicas irão contribuir para diminuir o sentimento de medo e ansiedade comum a estas mulheres e proporcionar aos profissionais maior compreensão de suas necessidades e criação de vínculo com as mesmas (SILVA et al, 2014).

O espaço da roda de conversa busca a construção de novas possibilidades onde os sujeitos são levados a perceber – refletir – agir – modificar e podem se reconhecer como condutores de suas ações e se percebem capazes de mudar (SAMPAIO et al, 2014). Deste modo, pretendemos trabalhar num espaço onde todos se sintam capazes e impelidos a contribuir na construção do conhecimento, fugindo do modelo tradicional onde um sujeito explana o tema e os demais se fazem apenas expectadores.

Posteriormente, após a conclusão das atividades com este primeiro grupo, levando em consideração os pontos positivos e negativos a serem identificados, pretendemos tornar a atividade parte da rotina da unidade e assim, atender a um público maior.

Em relação à equipe, todos se mostraram favoráveis à realização da atividade com as gestantes e acreditam que a intervenção será positiva. Sendo assim, não foram encontradas dificuldades neste ponto.

Quanto às gestantes, público alvo de nossa atividade, foi difícil reunir as 20 participantes no mesmo dia para abordarmos nossa proposta, assim como foi um pouco complexo chegar ao consenso para encontrar um dia viável a todas para a realização de nossos encontros, em decorrência de suas atribuições domésticas, trabalho, etc. Por fim, instituiu-se a 2ª e a 4ª quinta feiras do mês, no período da tarde, para realização da atividade.



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

USO DE PSICOTRÓPICOS

Especializando: DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

Orientador: Juliana Ferreira Lemos

Relato de experiência:

Este relato refere-se à descrição de uma microintervenção que consistiu na realização de uma reunião com a equipe de saúde para discussão e concepção de um instrumento para levantamento e registro de dados dos pacientes em uso de psicotrópicos na área adscrita à equipe, além de contato com CAPS, NASF e Ambulatório Especializado para compreensão do funcionamento e articulação com os mesmos, visando atenção integral com foco em saúde mental a uma determinada paciente.

Para elaboração do instrumento de registro solicitado pelo PMAQ, foi realizada uma reunião com a equipe de saúde onde inicialmente nos apropriamos do referido programa por meio da leitura e discussão do manual instrutivo, buscando compreender seus objetivos e como se dá o processo de avaliação.

A partir da identificação dos dados relacionados à saúde mental que serão cobrados durante a avaliação externa, construímos dois instrumentos: uma tabela onde será registrado o número de pacientes por sexo, faixa etária, medicação ou droga em uso, bem como os dados relativos à micro área e ACS responsável pela mesma; e um segundo instrumento que consiste em uma ficha onde serão coletados dados de identificação, diagnóstico prévio de doenças psiquiátricas, internações em decorrência de doenças psíquicas, se o paciente está em acompanhamento com algum profissional, bem como, registro do uso de medicações e drogas lícitas e ilícitas.

Não encontramos dificuldade para a construção do instrumento e todos concordaram que o registro desses dados, além de oferecer um retrato da realidade local, servirá de subsídio para o planejamento de atividades e ações mais direcionadas a este público.

Para compreender como funciona a rede de atenção à saúde mental no município, selecionamos o caso de uma paciente atendida na unidade e buscamos identificar qual o

percurso que a mesma teria que percorrer, bem como, as fragilidades e potencialidades a serem encontradas.

A paciente selecionada foi M.S.F, 77 anos, viúva, parda, analfabeta, aposentada, que no momento reside com uma neta de 14 anos de idade. Diagnosticada com hipertensão e diabetes há 15 anos, apresenta sintomas depressivos e faz uso crônico de benzodiazepínicos há dez anos (2008), desde que o esposo foi a óbito.

M.S.F. comparece rotineiramente à unidade, mas há cerca de seis meses passou a faltar às consultas agendadas e também deixou de comparecer para receber medicações. Durante a visita domiciliar, foi identificado que a mesma apresentava piora dos sintomas depressivos, uma vez que apresentava recusa alimentar, profunda tristeza, choro frequente e sensação de inutilidade. Assim, foi solicitado visita do serviço de psicologia e assistência social, uma vez que a mesma apresentava ainda sinais de maus tratos e desnutrição.

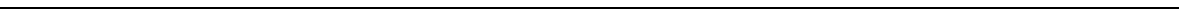
No município contamos com um CAPS, um NASF e Ambulatório Especializado com atendimento de Psiquiatria, além de outras áreas. No itinerário terapêutico, inicialmente os pacientes procuram a unidade de saúde e quando são identificadas demandas que não podem ser supridas localmente, os mesmos são referenciados para estes serviços.

Há uma grande demanda por atendimento de Nutrição e Psicologia, sendo estes os que apresentam maior tempo para agendamento de consultas no NASF, cerca de três meses. Os pacientes com indicação de atendimento psiquiátrico são referenciados para o CAPS ou para o ambulatório especializado, mas poucas vezes é realizada a contra referência por parte destes serviços, uma fragilidade que compromete o acompanhamento longitudinal e integral do paciente.

Dialogando com estes serviços, chegamos ao consenso que o caminho percorrido por uma paciente como a do nosso caso seria “Unidade de Saúde – CAPS e/ou NASF e/ou Ambulatório Especializado - Unidade de Saúde”, de forma que lhe fosse ofertado um cuidado integral e todos os profissionais pudessem se articular nesse processo. Foi consenso também que há falhas que precisam ser corrigidas, especialmente com relação à contra referência, que salvo algumas exceções, não é realizada rotineiramente por parte dos profissionais.

Acredito que a partir do diálogo, identificação e correção das fragilidades e explorando as potencialidades de cada serviço, será possível oferecermos um cuidado de fato integral à Dona M.S.F.e a outros pacientes em situações semelhantes, que além de assistência médica, demandam cuidados de Nutrição, Psicologia, Psiquiatria, Assistência

Social e podem se beneficiar de outros cuidados que num primeiro momento podem não ser tão evidentesmas que poderão ser identificados ao longo de seu cuidado.



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

GRÁFICOS

Especializando: DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

Orientador: Laianny Krizia Maia Pereira

Relato de experiência:

Este relato refere-se à descrição de uma microintervenção que consistiu na realização de duas reuniões com a equipe de saúde da unidade básica, visando inicialmente analisar se as ações preconizadas pelo PMAQ/AB voltadas à atenção à saúde da criança estão sendo realizadas na unidade e, no segundo momento, no planejamento conjunto de estratégia para melhorar o ponto identificado como sendo crítico durante a primeira reunião.

A equipe foi reunida em uma tarde de quinta feira, quando foram levantadas as questões trazidas na atividade, visando identificar como estava nossa atuação em relação às ações preconizadas pelo PMAQ/AB.

A partir desde primeiro momento, chegou-se às respostas a seguir:

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

No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	

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

Após discussão com a equipe, concluiu-se que um ponto crítico a ser melhorado seria a necessidade de anexar ao prontuário da criança cópias das páginas com os gráficos de crescimento e desenvolvimento constantes na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), para que tais dados não sejam perdidos quando há extravio do instrumento ou, até mesmo, para que o acompanhamento da criança não fique prejudicado quando os responsáveis esquecem de trazer a CSC para a consulta de puericultura.

Os dados referentes ao DNPM, atualização vacinal e outros, rotineiramente são anotados no texto da evolução do paciente, mas, apesar de também serem registrados os dados referentes ao crescimento, concluiu-se que a visualização da criança no gráfico proporcionaria um acompanhamento mais longitudinal e fidedigno desse processo.

A CSC é um instrumento fruto de toda uma evolução nos programas de acompanhamento à saúde da criança que além das informações contidas no extinto cartão da criança, incluiu dados relacionados à gravidez, parto e puerpério, variáveis que sabidamente exercerão influência no crescimento e desenvolvimento da criança (ANDRADE, REZENDE & MADEIRA, 2014).

As conhecidas curvas de crescimento foram incluídas a partir de 2007 e permitem o acompanhamento e visualização longitudinal da criança e também uma forma de vigilância à sua saúde (ALVES et al., 2009; GOULART et al., 2008).

Em um estudo realizado com médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte, quando indagados acerca de suas concepções sobre a finalidade da CSC, a compreensão desta como meio de acompanhar o crescimento da criança e a situação vacinal foi unânime na fala de todos os profissionais (ANDRADE, REZENDE & MADEIRA, 2014).

Ao avaliar o crescimento infantil, portanto, busca-se vigiar e conhecer a saúde da criança e esse acompanhamento é facilitado por meio dos registros das medidas e preenchimento dos gráficos específicos por parte dos profissionais de saúde (GAIVA & SILVA, 2014).

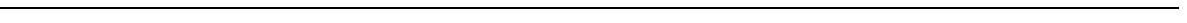
É sabido que a vigilância do crescimento é uma das principais demandas na atenção à saúde da criança no que diz respeito à atenção primária em saúde (ANDRADE, REZENDE & MADEIRA, 2014) e em face disto, considerou-se como ponto crítico a necessidade de garantir o registro e guarda desses dados no prontuário da criança.

Desta forma, a equipe decidiu por mobilizar-se para incluir as cópias dos gráficos atualizados nos prontuários de todas as crianças acompanhadas na área, a partir de suas próximas visitas à unidade, sejam estas para consulta de puericultura, demanda espontânea ou atualização vacinal.

Como forma de garantir maior celeridade a este processo, os Agentes Comunitários de Saúde reforçaram nos domicílios a necessidade de os responsáveis trazerem a CSC quando trouxerem seus filhos à unidade.

Não foram encontradas dificuldades para realizar essa atividade. Toda a equipe se mostrou interessada em analisar criticamente nossa atuação diante das questões levantadas e em colaborar na atualização e melhora dos dados.

Por fim, estabeleceu-se um prazo de seis meses para a atualização dos prontuários com os novos instrumentos e pactuou-se com a equipe o reconhecimento da importância e necessidade de envolvimento de todos para sucesso desta proposta.



CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção

RISCO DE GRAVIDADE EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Especializando: DÉBORAH INAYARA MENDES TENÓRIO DE ALBUQUERQUE

Orientador: Laianny Krizia Maia Pereira

Relato de experiência:

Este relato trata da descrição de micro intervenção que se deu por meio de uma reunião com a equipe de saúde da unidade básica, visando a análise e descrição de como se dá o atendimento às pessoas com doenças crônicas em conformidade com o proposto pelo PMAQ/AB e tendo como base o questionário fornecido no módulo da disciplina, para assim, elencar as lacunas existentes e identificar qual seria mais urgente e passível de intervenção pela equipe. Eleita a prioridade, procedemos ao debate em grupo para definir o planejamento da estratégia a ser realizada.

A reunião da equipe de saúde aconteceu em uma quinta feira no período da tarde, sendo previamente agendada com a mesma. Não houve resistência dos membros em participar da atividade.

Abaixo, o questionário com as respostas obtidas.

Questões	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	7		7	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X

Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus?	X			
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		

Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		X		

Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				X
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	X	
Se SIM no item anterior, quais ações?		

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

Após discussão com a equipe, concluiu-se que o ponto a ser priorizado seria a criação de uma ficha para complementação do cadastro de pacientes com hipertensão arterial com maior risco de gravidade, haja vista que a identificação e registro dos mesmos, permitirá delinear melhor o perfil destes pacientes e assim, o conhecimento de pontos críticos a serem trabalhados com vistas à promoção da saúde e prevenção de complicações.

As doenças e agravos não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica são considerados problemas de saúde pública e vistas como epidemias na atualidade (BRASIL, 2008).

As doenças cardiovasculares são hoje a principal causa de morte no mundo, sendo a hipertensão arterial apontada como um dos fatores de risco para estas, apresentando relação com 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% dos óbitos por doença isquêmica do coração (WILLIAMS, 2010).

Podem-se elencar fatores de risco modificáveis e não modificáveis para as doenças cardiovasculares, dentre estes, temos: modificáveis – excesso de peso, obesidade, ingesta de sal, ingesta de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e socioambientais; não modificáveis – idade, gênero, etnia e genética (ZANCHETTI *et al.*, 2001).

A equipe reunida trabalhou na criação de uma ficha que será anexada ao prontuário dos pacientes e permitirá caracterizar melhor o perfil dos mesmos. Foi acordado um prazo de seis meses para atualização do cadastro de todos os pacientes hipertensos, sendo a responsabilidade pelo preenchimento da ficha pactuada pela equipe, a ser realizada por ocasião das visitas domiciliares e/ou comparecimento dos usuários à unidade.

Os dados a serem inseridos na ficha de cadastro dos pacientes hipertensos serão:

Nome _____
Sexo _____

Idade _____
Raça _____
Escolaridade em anos de estudo _____
Tabagismo (tempo e carga tabágica) _____
Etilismo (tempo, tipo de bebida, quantidade e frequência) _____
Sedentarismo _____
Sobrepeso/Obesidade _____
História familiar de doença cardiovascular (se sim, idade) _____
Antecedente de coronariopatia (se sim, idade) _____
Antecedente de infarto agudo do miocárdio (se sim, idade) _____
Antecedente de acidente vascular encefálico (se sim, idade) _____
Antecedente de doença renal (se sim, idade) _____
Diagnóstico de diabetes mellitus (se sim, idade e tipo) _____

.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Capítulo I: Observação na Unidade de Saúde ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	A partir da avaliação do acolhimento e da análise quantitativa do número de consultas agendadas e por demanda espontânea, buscou-se organizar o processo de trabalho. Junto à equipe, percebeu-se que o principal problema seria organizar o atendimento dos usuários, bem como, o acolhimento que se mostrava precário, entre outros motivos, por falta de espaço físico que favorecesse a privacidade dos pacientes. Foi então criado um mural para comparar o número de consultas agendadas e por demanda espontânea, além de cartões de retorno programado para pacientes que precisam de acompanhamento com intervalo pré-estabelecido.	No início houve resistência por parte da equipe para instalação e alimentação dos dados no mural, mas com o passar dos meses, todos concordaram este foi importante por facilitar a visibilidade do número de atendimentos da unidade, bem como, o tipo de atendimento buscado. Alimentar o mural diariamente passou a fazer parte da rotina e hoje, podemos confiar que os dados do mesmo são precisos. Em relação à implementação dos cartões de retorno programado, estes tem contribuído de forma muito significativa para organização do processo de trabalho e além de ter facilitado o cuidado continuado dos pacientes que necessitam, houve redução no número de consultas por demanda em decorrência de faltas em consultas agendadas.	Uma organização do processo de trabalho viável e resolutiva é tarefa complexa que requer a colaboração de toda a equipe de saúde da unidade. Porém, quando todos nos envolvemos e compreendemos a importância e os benefícios que esta nos trará, torna-se mais interessante e prazerosa sua execução. Dado o sucesso da implementação dos cartões de retorno programado, a equipe decidiu por mantê-los permanentemente como parte da rotina da unidade. Como há necessidade de recursos materiais para manutenção dos mesmos, decidimos compartilhar o êxito de nossa experiência com a gestão do município, visando não apenas angariar recursos financeiros, como também difundir nossa experiência para que equipes de outras unidades também possam se beneficiar.
Capítulo II: Acolhimento à demanda	A partir do preenchimento e/ou atualização dos dados	Inicialmente foi estabelecido um prazo de 30 dias para que as	Apesar de ainda não estar concluída 100%, já podemos perceber que a

<p>espontânea e programada</p> <p>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</p>	<p>cadastrais das famílias atendidas na unidade, buscou-se sistematizar o processo de trabalho para descrever o perfil e classificação de risco familiar, visando detectar prioridades e definir periodicidade para as visitas domiciliares conforme escore de risco familiar.</p> <p>Os Agentes Comunitários de Saúde ficaram responsáveis pelo preenchimento das fichas e após tabulação dos dados e determinação do escore de risco, haveria nova reunião da equipe para estabelecer prioridades e periodicidade das visitas, além de discutir ações pontuais voltadas a situações mais específicas identificadas.</p>	<p>fichas fossem totalmente preenchidas e a partir destas houvesse a tabulação e análise dos dados. No entanto, percebeu-se que o prazo precisaria ser estendido por mais tempo, uma vez que decorrido o período inicial, apenas 30% das famílias estavam com cadastro atualizado na ficha. A principal dificuldade relatada pelos ACS foi encontrar um responsável pela família ou alguém apto a informar os dados no domicílio, pois mesmo após três ou quatro visitas, em algumas residências não foi obtido êxito.</p> <p>Em relação as fichas já preenchidas, os dados das mesmas estão sendo tabulados e já nos permitem detectar algumas das necessidades mais prevalentes na comunidade, como por exemplo, idosos acamados com úlcera por pressão e/ou amputação de membros inferiores como sequela de Diabetes Mellitus e que demandam cuidado continuado com intervalos menores entre as visitas domiciliares.</p>	<p>classificação de risco familiar é uma ferramenta fundamental para sistematização do processo de trabalho no que diz respeito às visitas domiciliares.</p> <p>Os dados parcialmente obtidos já nos permitem ter algum conhecimento sobre a realidade e necessidades de saúde dos pacientes acamados ou com maiores dificuldades de locomoção. A equipe tem se mostrado satisfeita e confiante com o desenvolvimento do trabalho e nossa proposta, após concluída essa primeira etapa de cadastramento e categorização do risco, é que a atualização das fichas seja realizada em intervalos pré-estabelecidos para que os dados sejam os mais fidedignos possíveis e possamos promover saúde com equidade à nossa população.</p>
<p>Capítulo III: Planejamento</p>	<p>A partir de uma discussão com a</p>	<p>O cronograma das rodas de conversa teve</p>	<p>Ao final de novembro encerramos os encontros</p>

<p>reprodutivo, pré-natal e puerpério</p> <p>RODAS DE CONVERSA</p>	<p>equipe de saúde, identificou-se que a maior fragilidade no cuidado estaria relacionado ao período gestacional e pré-natal, pois as gestantes integram o grupo com maior procura pela unidade fora dos períodos de consulta.</p> <p>Posteriormente, um grupo de 20 gestantes foi convidado a se reunir com a equipe a fim de juntos identificarmos as principais dúvidas e fragilidades apresentadas para que a equipe pudesse trabalhar tais questões.</p> <p>As questões identificadas foram: mudanças no corpo, alimentação e gravidez, sexualidade na gestação, uso de medicações, exercícios físicos, amamentação e período puerperal.</p> <p>Estabeleceu-se a estratégia de rodas de conversas, com intervalos quinzenais, como sendo a metodologia para abordagem.</p>	<p>início na segunda quinzena de agosto, trabalhando o tema “mudanças no corpo” conforme sequência estabelecida no encontro inicial.</p> <p>Das 20 gestantes que foram convidadas, 15 compareceram ao 1º encontro e a roda de conversa foi bastante proveitosa para todos os presentes, uma vez que houve troca de experiências e as gestantes demonstraram satisfação e desejo de comparecer aos próximos encontros.</p> <p>Seguimos cumprindo o cronograma conforme acordado inicialmente e apesar de haver variações no número de gestantes presentes, (8-17), percebemos que aquelas que comparecem à atividade assiduamente, se mantêm numa crescente em relação à compreensão do ciclo gravídico-puerperal e se tornaram multiplicadoras do conhecimento que construímos em grupo a cada encontro.</p>	<p>com as gestantes deste primeiro grupo e os relatos de satisfação, a assiduidade de 100% por parte de algumas e o feedback positivo que a equipe recebeu das mesmas, nos estimularam a implementar os encontros como parte do acompanhamento pré-natal de nossas gestantes.</p> <p>Desta forma, a partir de 2019, todas as gestantes em acompanhamento pré-natal na unidade e que se encontrarem no 1º trimestre de gravidez, serão convidadas a participar dos grupos e estes passarão a integrar o cronograma de atividades educativas da unidade.</p>
<p>Capítulo IV:</p>	<p>A partir de uma</p>	<p>As fichas estão ainda</p>	<p>O conhecimento do perfil</p>

<p>Atenção à Saúde Mental</p> <p>USO DE PSICOTRÓPICOS</p>	<p>reunião com a equipe de saúde, construiu-se um instrumento para levantamento dos dados de pacientes em uso de psicotrópicos na área de abrangência da unidade.</p> <p>A ficha de registro dos dados foi elaborada com base no PMAQ e contém informações referentes a: dados de identificação, diagnóstico prévio de doenças psiquiátricas, internações em decorrência de doenças psíquicas, se o paciente está em acompanhamento com algum profissional, além de registro do uso de medicações e drogas lícitas e ilícitas.</p> <p>Identificamos também que havia falha em relação à contra referência e demora na marcação de algumas consultas especializadas.</p>	<p>em fase de preenchimento por parte dos ACS durante as visitas domiciliares e por ocasião das consultas na unidade de saúde.</p> <p>Os dados coletados até o momento já nos mostram que há alta prevalência de alcoolismo e tabagismo, além de muitos pacientes, em sua maioria idosos, em uso crônico de benzodiazepínicos.</p> <p>Estes resultados ainda que parciais, já nos colocam diante de algumas fragilidades passíveis de serem trabalhadas na comunidade e acreditamos que havendo uma maior integração entre ESF-CAPS-NASF-ESF poderemos ofertar um cuidado integral e longitudinal a essa população.</p> <p>Para tanto, temos ainda que melhorar em relação à contra referência desses pacientes e para que tenhamos êxito nesta etapa, necessitamos ainda de maior articulação entre a rede de serviços.</p>	<p>dos pacientes da comunidade nos proporciona subsídios para elaborar estratégias de cuidado voltadas às suas necessidades mais específicas.</p> <p>Quando este cuidado é realizado em rede, as chances de obtermos resultados positivos se multiplicam, uma vez que o paciente é visto em sua integralidade e que há diálogo entre os serviços.</p> <p>Assim como a atualização frequente dos dados das famílias adscritas à comunidade para determinação do escore de risco familiar, decidimos manter em nosso cadastro, também as fichas com dados relacionados à saúde mental, uma vez que quanto maior for nosso conhecimento sobre as reais necessidades da população, mais poderemos direcionar nosso cuidado e alcançar resultados positivos e duradouros.</p>
---	---	--	--

<p>Capítulo V: Atenção à Saúde da Criança</p> <p>GRÁFICOS</p>	<p>A partir de duas reuniões com a equipe de saúde buscou-se analisar se as ações preconizadas pelo PMAQ/AB voltadas à atenção à saúde da criança estão sendo realizadas e, a seguir, realizou-se o planejamento conjunto da estratégia para melhorar o ponto crítico identificado na primeira reunião, a saber, garantir a guarda dos dados relacionados ao crescimento e desenvolvimento por meio de cópias dos gráficos anexadas aos prontuários.</p> <p>Sendo assim, estabeleceu-se que os ACS reforçariam no domicílio a importância de trazer a CSC quando os pais viessem com os filhos à unidade e que a equipe teria um prazo de seis meses para atualizar os prontuários com esses dados.</p>	<p>Não foram encontradas dificuldades para realização da micro intervenção.</p> <p>Com o reforço por parte dos ACS, os pais e/ou responsáveis tem esquecido menos de trazer as CSC à unidade.</p> <p>Infelizmente, nos deparamos com algumas cadernetas em mau estado de conservação, onde já faltavam até mesmo páginas onde constavam gráficos importantes que não poderiam ser perdidos, outras onde faltavam os dados anotados na maternidade.</p> <p>Temos trabalhado com os pais a conscientização sobre a importância da caderneta como um documento de seus filhos e acreditamos que com o tempo, o hábito da boa conservação e guarda da caderneta será rotina na comunidade.</p>	<p>A micro intervenção está sendo vista positivamente pela equipe e decidimos torna-la permanente em nossa unidade.</p> <p>Desta forma, todas as crianças, por ocasião de sua primeira consulta já terão anexado ao seu prontuário cópias dos gráficos e as anotações serão realizadas concomitantemente no prontuário e caderneta.</p>
---	---	--	---

<p>Capítulo VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária</p> <p>RISCO DE GRAVIDADE EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</p>	<p>A partir de uma reunião com a equipe de saúde buscou-se realizar a análise e descrição de como se dá o atendimento às pessoas com doenças crônicas em conformidade com o proposto pelo PMAQ/AB.</p> <p>Usando como base o questionário fornecido no módulo, buscou-se elencar as lacunas existentes e identificar qual seria mais urgente e passível de intervenção.</p> <p>Concluiu-se que o ponto a ser priorizado seria a criação e implementação de uma ficha para complementação do cadastro de pacientes com hipertensão arterial com maior risco de gravidade, sendo estabelecido para realização da micro intervenção um prazo de seis meses.</p>	<p>A micro intervenção está em fase de execução e até o momento não foram encontradas dificuldades para sua realização.</p> <p>Estamos percebendo resultados positivos no que diz respeito ao melhor delineamento do perfil dos pacientes hipertensos atendidos na unidade, especialmente em relação ao conhecimento dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, etilismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, que são passíveis de intervenção.</p>	<p>A ficha de complementação de cadastro dos pacientes diagnosticados com hipertensão está em fase de implantação e fará parte do prontuário destes.</p> <p>Acreditamos que o melhor conhecimento do perfil destes pacientes, além de nos permitir identificar aqueles em maior risco para doenças cardiovasculares, subsidiará a tomada de decisões e poderá nortear políticas e programas voltados a esta população. Desta forma, pretendemos levar nosso relato da experiência para os gestores locais e demais colegas de outras unidades, e assim, esperamos contribuir para a melhoria do cuidado no dia a dia e em longo prazo redução da incidência de doenças cardiovasculares e suas complicações.</p>
--	--	--	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o início da Especialização e a cada proposta de intervenção, pude perceber o quanto havia para ser melhorado na Unidade Básica de Saúde que trabalho. Não foi fácil prosseguir com as atividades, pois havia a grande dificuldade de reunir a Equipe para discutir sobre o tema. Além disso, encontrei muita resistência para executar as propostas de mudança por parte da gestão as Unidade e falta de apoio da gestão municipal para os materiais necessários, por exemplo, impressão dos questionários e demais instrumentos; bem como para manter contato com outras instituições essenciais para a coordenação do cuidado, como o CAPS.

Alguns usuários são também pouco cooperativos, apesar de as mudanças serem propostas para a melhoria dos serviços para eles próprios.

Contudo, para a maioria dos pacientes as intervenções foram vistas como positivas e isso me estimulou a prosseguir e enfrentar as dificuldades.

Os desafios serão constantes, mas espero conseguir melhorar a qualidade da assistência e, dessa forma, a qualidade de vida dos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

CARMELO, S. C. et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica da enfermagem. **Acta Paul Enf.** v. 29, n. 4, p.463-468, 2016.

NASCIMENTO, F. G. et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2465-2472, 2010 .

SOUZA, E. C. et al. Classificação de famílias segundo situação de risco. **CogitareEnferm.** v. 18, n.1, p. 50-56, 2013.

BARRETO, A. P. V.; OLIVEIRA, Z. M. O ser mãe: expectativas de primigestas. **Rev. Saúde. Com.** v. 6, n. 1, p. 9-23, 2010.

COSTA, E. C. *et al.* Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene.** Fortaleza, v.11, n.2, p. 86-93, 2010.

SAMPAIO, J. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1312, 2014.

SILVA, L. S. *et al.* Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Revista Faculdade Montes Belos.** v. 8, n. 1, p. 2-16, 2014.

GOULART, L. M. H. F. et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev Paul Pediatr.** v. 26, n. 2, p. 106-112, 2008.

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública**. v. 25, n.3, p. 583-595, 2009.

ANDRADE, G. N.; REZENDE, R. M. R. L.; MADEIRA, A. M. F. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 857-864, 2014.

GAÍVA, M. A. M.; SILVA, F. B. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**. v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília; 2008.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **J Am Coll Cardiol**. v. 55, n. 1, p.66-73, 2010.

ZANCHET, A. *et al.* Effects of individual risk factors on the incidence of cardiovascular events in the treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment Study. HOT Study Group. **J Hypertens**. v. 19, n. 6, p. 1149-1159, 2001.

APÊNDICES

Ecstasy												
LSD												
Heroína												
Outras drogas												

Registrar o somatório do número de pacientes conforme droga em uso e faixa etária	Sexo Feminino	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	Mais de 100 anos
Álcool												
Cigarro												
Maconha												
Crack												
Ecstasy												
LSD												
Heroína												
Outras drogas												

ANEXO 2

REGISTRO DE DADOS – CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Micro área _____ Equipe _____ ACS _____

1. Dados pessoais:

Nome: _____

Sexo: () M () F Data de nascimento: _____

Estado civil: _____

Nome da mãe: _____

Endereço:

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Núcleo familiar: _____

2. Possui diagnóstico de alguma doença psiquiátrica? Se sim, qual ou quais?

Sim Não

3. Em caso de resposta anterior afirmativa, realiza acompanhamento na ESF, CAPS e/ou NASF? Se sim, com qual profissional?

Sim Não

4. Já precisou de internação por alguma doença psíquica? Se sim, onde?

Sim Não

5. Medicamentos que faz uso (anotar o nome da medicação, dose, posologia e tempo de uso):

Benzodiazepínicos: _____

Antipsicóticos: _____

Anticonvulsivantes: _____

Antidepressivos: _____

Estabilizadores do humor: _____

Ansiolíticos: _____

Outras medicações: _____

6. Fez ou faz uso de alguma droga? Se sim, registrar a droga, frequência e o tempo de uso.

Álcool: _____

Cigarro: _____

Maconha: _____

Crack: _____

Ecstasy: _____

LSD: _____

Heroína: _____

Outras drogas: _____

7. Já procurou atendimento na ESF ou outro local para tratar de problemas psíquicos, emocionais ou relacionados ao uso de drogas ou medicamentos psicotrópicos? Se sim,

registrar o tipo de atendimento ou profissional procurado, local e data aproximada do atendimento mais recente.

ANEXO 3



REGISTRO DE ATENDIMENTOS
MÊS: MAIO

DIA: 2/05/18

Manhã:	C.A	DL
	14	1
Tarde:	C.A	DL
	4	2

Protocolo de Tratamento

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

