



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

**A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE,
PROPORCIONANDO UMA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE
DOENÇAS NA CIDADE DE CALÇOENE-AP**

HEGNO PHABLO TEOTONIO FOLLI

NATAL/RN
2018

HEGNO PHABLO TEOTONIO FOLLI

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: Cleyton Cezar Souto Silva





RESUMO

O Atendimento ao paciente esta dividido pelo ministério da saúde em 4 tipos (atenção 1º, atenção 2º, atenção 3º e atenção 4º). Este TCC está focado na atenção primaria de saúde, que irá refletir um pouco sobre a importância da Unidade Básica de Saúde (UBS) em uma comunidade, com o intuito de promoção e prevenção à Saúde. Trabalho realizado com atendimentos, palestras, vacinação e orientações na própria Unidade Básica de Saúde, colégios e creches. Obtendo resultados significativos para cada área de abrangência, contudo nem chegamos perto do ótimo e isso acaba causando um estímulo maior para a realização do trabalho.

Palavra Chave: Promoção, Prevenção e Atenção.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde	9
CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	16
CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	22
CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	28
CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	32
CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	36
CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
Sistematizar as conclusões das microintervenções realizadas ao longo do curso, pontuando suas reflexões sobre as experiências vividas, apresentando sugestões, perspectivas e desafios	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48
ANEXOS	57

APRESENTAÇÃO

Este trabalho esta focado na Unidade básica de Saúde (UBS) e suas obrigações ou deveres perante a comunidade, foi construído através de micro intervenções realizadas pela equipe de Saúde (Estratégia saúde da Família (ESF) e Núcleo de apoio a Saúde da família (NASF)), gerando assim relatos de experiência a cada tópico.

1. Observação na unidade de Saúde (Diabetes Mellitus na Infância): tratamos de fazer uma busca ativa em crianças de varias idades com histórico de risco e obesidade em colégios e creches.
2. Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada: refere-se a recepção desse doente até seu atendimento final seja com o Medico, Enfermeiro, Odontólogo etc..
3. Planejamento Reprodutivo, Pré-natal e Puerpéri: esse tópico mais voltado para as mulheres em diferentes idades.
4. Atenção à Saúde Mental na atenção Primaria à Saúde: tópico muito importante por que trabalha com doenças da mente.
5. Atenção à Saude da Criança: crescimento e desenvolvimento, trata de umas das áreas mais extensas do trabalho na UBS que tem um dia especifico para o atendimento desses pacientes.
6. Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primaria à Saúde: tópico muito grande por que essas Doenças acometem desde idosos, pessoas de meia idade, agora vem a cada dia mais sendo vista em jovens e crianças.

Este trabalho vem sendo realizado na cidade de Calçoene-AP, extremo norte do Brasil, cidade com pouco mais de 10 mil habitantes. Sua renda esta baseada principalmente na pesca, garimpo e açaí. Estado com cidades muita população carente e Calçoene não foge a regra. Minha área de abrangência está dentro da cidade e também contempla algumas comunidades como: Praia do goiabal, Mutum, Irineu, Calafate, Juncal e Ilha Grande. Sou médico formado no ano de 2016 em Santa Cruz de La Sierra - Bolívia, de Cacoal-RO, a realidade de onde venho é bem diferente de onde estou agora, então o impacto foi muito grande, o que me incentiva e sempre estar melhorando tanto na área medica com no ser humano.

As microintervenções que realizei durante todo este ano em varias áreas de atuação me deu uma bagagem muito boa de conhecimento, e claro serviu também para conhecer um

pouco mais a realidade do município e para trabalhar a empatia por esta gente trabalhadora e sofrida.

O objetivo das intervenções foi baseado na Atenção Primária à Saúde que é a promoção, prevenção de doenças e reabilitar este paciente para o seu cotidiano. Com essa introdução espero te convidar a leitura do meu trabalho.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

DIABETES MELLITUS NA INFÂNCIA

O Diabetes mellitus (DM) se caracteriza pela hiperglicemia (aumento da glicose no sangue), causado pela ineficiência de produção da Insulina ou por problemas causados em sua ação, de forma crônica e progressiva.

Diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, sem se importar com seu grau de desenvolvimento. A Federação Internacional de Diabetes em 2015, estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade vivia com diabetes. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, no Brasil, há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com diabetes, o que representa 6,9 % da população, estudos em indivíduos jovens são raros, mas o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que houve um aumento importante na obesidade de jovens brasileiros, mesmo assim não apresentou dados precisos sobre a prevalência ou sobre a incidência de diabetes mellitus tipo 2. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017)

Em 2014 do total de brasileiros portadores, mais 1 milhão são crianças, de acordo com a Associação de Diabetes Juvenil. E a estimativa é de que 7,8 casos, em cada 100 mil serão de pessoas com menos de 20 anos. (PIO, 2014)

E quando pensamos na abordagem de crianças e adolescentes com diabetes ou de risco o Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados que tem como função o reconhecimento da qualidade dos diversos serviços ofertados à sociedade brasileira. O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) está como uma das principais estratégias indutoras de qualidade no Ministério da Saúde, apresentando como ferramenta a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). (BRASIL, 2017)

Realizando uma autoavaliação do AMAQ - AB com boa parte da equipe de saúde da UBS, nos deparamos com várias áreas apresentando uma nota abaixo de 5, e percebemos que dentro dos critérios para atenção às doenças crônicas estávamos deixando

de lado as crianças e adolescentes, por isso estamos trabalhando na subdimensão “L” Atenção integral à Saúde.

- Unidade de Análise: Equipe
- Dimensão: Perfil, Processo de trabalho e atenção integral à Saúde
- Subdimensão: “ L” Atenção Integral á Saúde

Quadro 1 - Estrutura do instrumento Amaq - AB: equipe de Atenção Básica

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A - Implantação e implementação da atenção básica no município
		B - Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do trabalho
		D - Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio institucional
		F - Educação permanente
		G - Monitoramento e avaliação
GESTÃO E EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e equipamentos
		I - Insumos, imunobiológicos e medicamentos
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	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
		N - Programa Saúde na Escola (para as equipes participantes do Programa)

FONTE: BRASIL, 2017

Estamos utilizando dois tópicos do caderno de Autoavaliação do AMAQ - AB, o tópico 4.28 que avalia a atualização das pessoas com fatores de risco para doenças crônicas e o tópico 4.29 que avalia a organização a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade.

Quadro 2:

4.28	A equipe de Atenção Básica 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	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe de AB reconhece, identifica e mantém registro atualizado das pessoas com doenças crônicas mais prevalentes, por exemplo: hipertensão, diabetes, obesidade, asma, câncer e DPOC. Analisa periodicamente a população cadastrada, considerando as prevalências estimadas para o território e seus fatores de risco. Contempla em sua rotina de trabalho a identificação dessas condições por meio de rastreamento, avaliação de sinais e sintomas e avaliação antropométrica (Índice de Massa Corporal – IMC). Após a identificação, registra dados, como data da última consulta, exames de acompanhamento e outras informações relevantes em sistemas de informação ou planilhas para acompanhamento das pessoas com doenças crônicas no território. .</p>		

FONTE: BRASIL, 2017

Quadro 3:

4.29	A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe desenvolve ações de atenção à saúde às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o cálculo do risco cardiovascular, o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, adesão e resposta ao tratamento, a presença de fatores de risco e outras doenças associadas, o suporte social e familiar e o grau de autonomia para o autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais, nos determinantes sociais da saúde e no auxílio para lidar com as limitações geradas pela doença. A equipe não limita dias específicos na agenda para o cuidado das pessoas com doenças crônicas e oferta cuidado interdisciplinar conforme as singularidades de cada usuário/família. Oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do</p>		

território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos em que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.

FONTE: BRASIL, 2017

Foi nesses parâmetros que criamos uma Matriz de Intervenção disponibilizado no caderno do AMAQ para a realização de nosso trabalho.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

1 - DESCRIÇÃO DO PADRÃO: ÍNDICE DE DIABETES MELLITUS NA INFANCIA, UBS GILMAR VIEIRA RAMOS CIDADE DE CALÇOENE - AP.

2 - DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA O ALCANCE DO PADRÃO: CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICOS OU DE RISCO SEM NENHUM ACOMPANHAMENTO MÉDICO, NUTRICIONAL OU PSICOLÓGICO.

3 - OBJETIVO/META: DIAGNOSTICAR E RECONHECER PACIENTES DE RISCO PARA A DIABETES MELLITUS NA INFÂNCIA

1. **ESTRATÉGIA PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS:** Fazer campanhas nas escolas em conjunto com o Programa Saúde na Escola (PSE)
2. **ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO):**
 - a) Identificação do IMC
 - b) Controle Glicêmico de pacientes com sobrepeso e obesidade
 - c) Consultas médicas com os que estiverem com a glicemia alterada
 - d) E os que não estiverem a glicemia alterada, mas seu IMC em sobrepeso ou obesidade, terão palestras e instruções de dieta e atividade física.
3. **RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES:**
 - a) Folhas impressas com a tabela IMC

b) Aparelho de Glicemia

c) Cartazes

d) Panfletos

e) Multimedia

4. RESULTADOS ESPERADOS:

a) Diagnosticar pacientes diabéticos

b) Reconhecer pacientes de risco

c) Conscientizar a todos os alunos e professores sobre a doença

5. RESPONSÁVEIS:

a) Médico

b) Enfermeiro

c) Tec. Em Enfermagem

d) ACS

e) Psicólogo

f) Nutricionista

6. PRAZOS:

a) 30 dias para palestras e acolhimento de pacientes de risco e Diabéticos

b) 60 dias para consulta com Médico, Nutricionista e Psicólogo

c) 60 dias para mostrar resultados de controle

d) 150 dias total da ação

7. MECANISMO INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS:

a) Consultas médicas

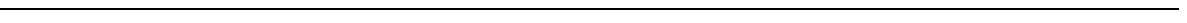
b) Consultas com Psicólogo

-
- c) Consultas com Nutricionista
 - d) Marcador Glicêmico mensal

Conforme está na matriz de intervenção acima escolhemos trabalhar em parceria com as escolas para facilitar o trabalho e obter um maior número de crianças e adolescentes. Contudo enfrentamos o problema de verba para a compra de materiais básicos como por exemplo: as fitas para o aparelho de glicemia.

O impacto causado pela microintervenção foi positivo tanto para os pacientes quanto para seus familiares, pelo fato de terem um maior conhecimento sobre a doença por meio das palestras e acompanhamentos específicos que foram feitos, preocupando-se ainda mais com a alimentação e realização de atividades físicas.

Como a diabetes é uma doença crônica esses pacientes terão que estar tomando seus medicamentos sempre regularmente para que não venham a ter complicações crônicas, e os pacientes que estão em estado de fator de risco devem continuar tendo acompanhamento para que não venham obter essa doença tanto agora na adolescência quanto na fase adulta.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

ACOLHIMENTOS E ATENDIMENTOS CENTRADO NA PESSOA E SUA DOENÇA DE BASE

Primeiro vamos falar um pouco sobre a missão da UBS que nada mais é do que a Promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL.S/D).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. (BRASIL S/D).

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que 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 (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica. (BRASIL, 2011).

O acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do

trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. (BRASIL, 2011).

O acolhimento a demanda espontânea e a demanda programada é um tema muito importante na prática de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por que é ela que define o fluxo de atendimentos médico, de enfermagem, do odontólogo, psicólogo, nutricionista entre outros.

Pensando no trabalho que a UBS tem para acolher a toda população de sua área de abrangência, foi elaborado as DEMANDAS ESPONTÂNEAS que funciona como uma “mini emergência”, atendendo os casos do dia e DEMANDAS PROGRAMADAS, que tem uma função excelente de selecionar grupos da sociedade que necessitam de atendimento prioritário e estar fazendo acompanhamento mensal como: Hipertensos, Diabéticos, Pré-natal, Puericultura. Etc.

A proposta da intervenção pode ser de diversos tipos:

- 1) Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento;
- 2) Divulgação/empoderamento da população em relação às mudanças;
- 3) Estudo do perfil da demanda espontânea e programada da sua área;
- 4) Primeiros dias de implantação do acolhimento.

Conversando com a enfermeira e algumas técnicas de enfermagem do meu centro de Saúde, desde o início de trabalho de uma delas há mais ou menos uns 10 anos atrás, já se vem trabalhando com esse sistema de Demanda Programada. Então não foi preciso de se fazer uma micro intervenção para a implantação desses modelos de atendimento, mas utilizamos a proposta de intervenção N° 1) Aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento, que foi realizado através de reuniões e conversas sobre o que estamos fazendo bem ou mal.

Houve ajustes que foram feitos com médicos anteriores a mim como por exemplo: uma médica cubana que fez um trabalho excelente na comunidade, foi focado mais na área de PUERICULTURA, motivada pela sua afinidade nessa especialidade médica, aumentando as consultas de Demanda Programada e diminuindo a Demanda Espontânea.

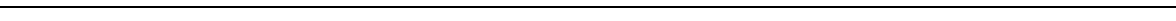
Pude notar que com esse número de pacientes para a demanda programada, a demanda espontânea ficava menor ou as vezes sem vagas durante o dia. Conversamos e entramos a um acordo de diminuir essas consultas programada e dar prioridade para os pacientes que necessitam de atendimento no dia, muitas vezes problemas de fácil resolução, até então estamos trabalhando com um número maior de Demandas espontânea e resolvendo problemas que antes poderiam complicar pelo tempo de espera.

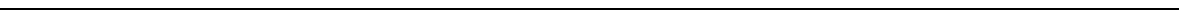
- Vantagens
 - Acabar com as filas de espera durante a madrugada;
 - Garantir acesso às consultas a mais pessoas;
 - Impedir a comercialização de fichas;
 - Diminuir as reclamações dos usuários quanto a dificuldade de acesso.
- Desvantagens
 - Diminuição das consultas programadas. (DUARTE, 2013)

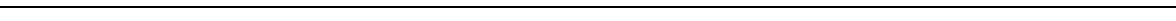
Fizemos um quadro de consultas e colocamos a mostra na recepção da UBS para ilustrar nosso trabalho.

Equipe 002
Atendimento Médico/Enfermeira

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
M	Médico/Enfª Puericultura 12 vagas	Médico/Enfª Hipertensão 15 vagas	Visita na Área	Médico/Enfª Pré-natal 06 vagas	Enfª Visita na Área/PSE
T	Médico Clínico Geral 15 vagas <small>10 - Agendamentos 5 - Demanda espontânea</small> Enfª PLAFAM Puerpério 12 vagas	Médico Clínico Geral 15 vagas <small>10 - Agendamentos 5 - Demanda espontânea</small> Enfª Visita na Área	Visita na Área	Médico Clínico Geral 15 vagas <small>10 - Agendamentos 5 - Demanda espontânea</small> Enfª Visita na Área	Enfª Visita na Área/PSE







CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

SAÚDE DA MULHER, DIREITO DE TODAS

1- Planejamento Reprodutivo

No que se refere ao planejamento reprodutivo, a atuação dos profissionais de saúde deve estar pautada na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Nesse sentido, o planejamento reprodutivo deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. (BRASIL,2010)

As ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva. (BRASIL,2010)

Para a plena concretização das ações de planejamento reprodutivo, os gestores municipais devem: garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, tecnologias apropriadas, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; apoiar processos de educação permanente; e estruturar a rede de referências fora do âmbito da Atenção Básica. (BRASIL,2010)

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades: (BRASIL,2010)

- Aconselhamento.
- Atividades educativas.
- Atividades clínicas.

O aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e

sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro. (BRASIL,2010)

As atividades educativas são fundamentais para a qualidade da atenção prestada. Têm como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada. Propicia a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução. (BRASIL,2010)

As atividades clínicas, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. É importante salientar que elas devem se inserir na perspectiva da atenção integral à saúde, evitando-se a fragmentação das ações. (BRASIL,2010)

2- **Pré-Natal**

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. (BRASIL,2012)

Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrito de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal. (BRASIL,2012)

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

- 1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
 - 2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
-

-
- 3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
 - 4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
 - 5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
 - 6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
 - 7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
 - 8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
 - 9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
 - 10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. (BRASIL,2012)

3- Puerpério

Da mesma forma que a gravidez, o pós-parto – também denominado puerpério – é um período especial na vida de uma mulher e merece algumas considerações específicas. No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções. (BRASIL,2012)

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). (BRASIL,2012)

Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o recém-nascido tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

(BRASIL,2012)

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.
- Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

Realizando uma análise sobre as ofertas de serviços, medicamentos e materiais para realizarmos a promoção em planejamento reprodutivo ou familiar, nossas ações educativas estão sendo falhas por questão de planejamento interno e muitas vezes falta de materiais, mas sempre tratamos esse tema de forma mais individual e direcionada a cada paciente.

Realizamos palestras sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e HIV/AIDS, sobre meios de prevenção, tratamento e acompanhamento para essas doenças, nas escolas e em nossas visitas em comunidades mais distantes da cidade. A notificação dos casos é sempre obrigatória para mantermos um controle dos casos novos por períodos, e encaminhamento para doenças que precisem de atenção especializada ou medicamentos específicos.

Dentre os materiais para a promoção em planejamento familiar disponíveis pela prefeitura estão:

- Anticoncepcionais orais e injetáveis
 - Métodos de barreiras (Camisinha masculina e feminina)
 - Gel lubrificante
-
-

Já a respeito do Pré-Natal e Puerpério não realizamos busca ativa em todas por que temos um índice de gestação na adolescência muito alto, então a maioria das vezes elas vem a consulta espontânea já solicitando B-HCG para a confirmação, e quando ocorre falta de gestantes nas consultas, pedimos ajuda do ACS para estar fazendo a busca ativa e verificar o motivo da falta.

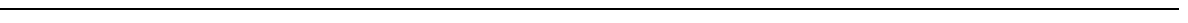
Guardamos um dia específico para a atenção das gestantes, e com isso fica bem mais fácil de estar monitorando a quantidade de gestantes de nossa área de atuação. O caderno é preenchido de acordo as normas, com:

- DUM (Data da Última Menstruação)
- DPP (Data Provável de Parto)
- AU (Altura Uterina)
- BCF (Batimento CardioFetal)
- IG (Idade Gestacional)

Fazemos acompanhamento desde o início da gestação até a alta do puerpério que se dá com mais ou menos 40 dias depois do parto, solicito acompanhamento nutricional, acompanhamento psicológico e assistência social quando necessário.

Procuramos dar uma atenção extra para as Mães de primeira viagem para orientá-las e incentiva-las sobre amamentação exclusiva, buscando sempre um maior contato entre mãe e filho, e outras orientações a respeito de vacinação e cuidados da higiene do recém-nascido.

Para uma melhor assistência pode-se também ser realizado uma roda de conversa com gestantes e seus esposos para ser discutidos temas a respeito do planejamento familiar, pré-natal e puerpério, tirar dúvidas e solucionar problemas pertinentes a cada caso. Buscando sempre a união do grupo e com ideia coletiva para o melhor de todos; mas a dificuldade para a realização da roda de conversa será a capacidade que nossa UBS tem para comportar essas pessoas.



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

TRABALHANDO COM PESSOAS E CUIDANDO DA MENTE

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2013)

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2013).

O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2013).

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990, reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da Saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (Raps), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. (BRASIL, 2013).

Apresentamos algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado (BRASIL, 2013).

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Em nossa UBS contamos apenas com os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), não temos o CAPS, mas contamos com a ajuda de um Psiquiatra 1 vez ao mês para atender a pacientes para retorno e para novas consultas e diagnósticos. O ponto positivo é que estes pacientes não estão desassistidos, mas o ponto negativo é que nossa demanda é muito grande comparando as vezes de consultas médicas ao mês.

A ESF e o NASF tem um papel muito importante para o acompanhamento de pacientes com problemas mentais através do Apoio matricial e aumentando a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade.

Realizando um acompanhamento de paciente sugerido pelo programa me deparo com uma criança de 13 anos de idade que ainda cursa a 4ª série do ensino primária, com histórico de “dificuldade no aprendizado e super desligado na sala de aula”. Uma criança introvertida dentro do consultório, mas extremamente extrovertida com seus colegas, sem nenhum problema físico e com grande potencial de aprendizado desde que estimulado de forma correta tanto pelos pais, e com ajuda de medicamentos. Paciente

encaminhado para o Psiquiatra e Psicóloga indo nas casas e conversando com o paciente e seus familiares para melhor o diagnóstico e tratamento específico para o caso.

Para um melhor acompanhamento de pacientes com problemas mentais o município deveria fornecer atenção integral de um Psiquiatra, e medicamentos específicos doados pelo município.

Segue alguns diagnósticos:

Transtorno Neurológico Crônico, com Retardo Mental

Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física CID F06

Hiperatividade

Retardo Mental

Deficit Cognitivo

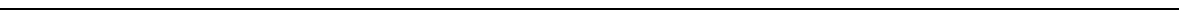
Retardo de Origem Congênita

Transtorno do Desenvolvimento em especial na Fala

Síndrome de DOWN

Depressão

Contudo elaboramos uma lista para melhor se organizar. (anexos)



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

APRENDENDO SOBRE DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO DAS CRIANÇAS

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. (BRASIL,2012)

Nossos atendimentos esta embasado em consultas mensal e de suma importância para a Equipe de Saúde da Família com crianças de 0 à 6 meses, nessas consultas sempre verificamos peso, comprimento e perímetro cefálico de cada criança e anotamos em seus cadernos de acompanhamento.

Fazemos rodízios de consultas sendo uma medica e outra de enfermagem, juntamente com estas consultas também analisamos o caderno de vacinação, estado nutricional e aspectos fisico-comportamental.

De acordo com o questionário do PMAQ-AB podemos perceber que estamos no caminho certo no cuidado e acompanhamento de nossas crianças, com pontos positivos como:

- Cadastro atualizados
 - Vacinação em dia
 - Estado nutricional
 - Busca ativa de crianças prematuras
 - Busca ativa de crianças com baixo peso
 - Busca ativa de crianças com consultas atrasadas
-

Já os pontos negativos

- ◆ Registro e a realização do teste do pezinho
- ◆ Acompanhamento de crianças que sofrem violência familiar
- ◆ Acompanhamento de crianças vítimas de acidentes de qualquer origem

Tudo isso sempre irá depender de recursos financeiros, por exemplo para a realização do teste do pezinho, já os acidentes e violência familiar que essas crianças podem estar sofrendo, vem sendo falhas por falta de conhecimentos específicos das causas.

Existem varias formas de estratégia para ser realizado em consultas de crianças, tais como:

- Crescimento e Desenvolvimento coletivo
- Estratégias de busca ativa
- Registros em fichas espelhos
- Organização de agenda

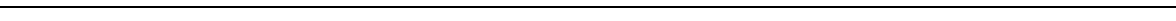
No caso da UBS Gilmar Ramos de Vieira trabalhamos como registros em fichas espelhos e organização de agenda, estas fichas espelhos é uma forma de controle nosso e um controle no desenvolvimento da criança (Idade, Peso, Altura, vacinação, perímetro cefálico, perímetro torácico, frequência cardíaca e frequência respiratória); a organização de agenda sempre acontece em um dia programado da semana e com isso temos uma idéia sobre as crianças que estão em acompanhamento, e as que não fazem as consultas.

Em conjunto com nossas consultas na UBS realizamos uma ação do PSE (Programa Saúde na Escola) em 4 escolas e creches, com a realização de:

- ◆ Consultas médicas
 - ◆ Consultas Odontológicas
 - ◆ Consultas com Nutricionista
 - ◆ Consultas com Psicóloga
 - ◆ Vacinação
-
-

Nas consultas médicas foram analisados manchas para suspeita de hanseníase, consultas odontológicas foram apenas avaliação e aplicação de flúor, consultas com a nutricionista foram avaliadas crianças com baixo estado nutricional, consulta com a psicóloga foram crianças indicadas pelos professores com alguns problemas no desenvolvimento escolar e a vacinação foram contra o HPV e INFLUENZA. (fotos em anexos).

Seguimos o caderno oferecido pelo ministério da saúde, mas a parte desse caderno temos um seguimento de consulta para ter uma melhor organização, segue fotos dos guias de consultas: (anexos)



CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

DOENÇAS COM ALTAS MORBIDADES

Um dos maiores desafios para os profissionais da Atenção Básica é manterem-se adequadamente atualizados, considerando a quantidade cada vez maior de informações disponíveis. A Saúde Baseada em Evidências, assim como a Medicina Baseada em Evidências são ferramentas utilizadas para instrumentalizar o profissional na tomada de decisão com base na Epidemiologia Clínica, na Estatística e na Metodologia Científica. (BRASIL,2013)

E para falar sobre o controle de Doenças Crônicas não transmissíveis, temos dois grandes pilares que entra a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial.

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999 apud BRASIL, 2013). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009 apud BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SBC, 2010).

Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são temas muito importantes com relação aos atendimentos realizados na Atenção Primária à Saúde, por que tem uma porcentagem muito grande de cerca de 40 % de todos os atendimentos.

Realizamos uma reunião para responder algumas perguntas com relação a esses dois temas (em anexo). Este questionário foi respondido com a ESF (Estratégia Saúde da Família) com base nos atendimentos, material usado e conhecimento empregado de nossa

parte. Temos um dia específico para o atendimento dessas doenças e com isso, todos os dias de hiperdia se faz uma avaliação minuciosa dos pacientes com essas doenças, verificando:

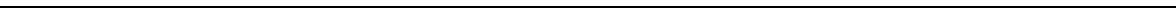
- Peso
- Pressão Arterial
- Glicemia
- Cintura

Como tarefa exitosa temos o trabalho feito no PSE (Programa Saúde na Escola) que contou como critério de prevenção e promoção para HAS e DM, já citado em outras microintervensões, com palestras nutricionais e odontológicas, atendimento medico, psicológico e medidas antropométricas. Tudo isso para promover e prevenir a HAS e DM infantil.

Cada item desses é muito importante no desenvolvimento do paciente, por que de acordo com o alterado terei de estar modificando e ou orientando a modificação do tratamento. Nosso trabalho está sendo feito com excelência pelo fato de todos os pacientes que aderem de forma correta ao tratamento seja ele medicamentoso, dieta nutricional e atividade física se encontram controlados sempre na medida do possível.

Considero esse dia de trabalho como um dia exitoso e colocar como nosso ponto forte, já as nossas fraquezas está sendo por parte da distribuição de medicação pelo município e o paciente que não adere 100% ao tratamento.

Contamos com atendimento Médico, de Enfermagem, Nutricionista, Odontológico, Assistente Social e se necessário de Psicólogo praticamente todos os dias da semana.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

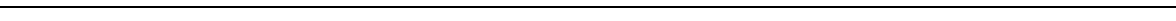
PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde <u>DIABETES MELLITUS NA INFÂNCIA</u>	De acordo o risco de Diabetes Mellitus (DM) na infância vem crescendo, não podemos deixar de lado essa fase de vida onde se esta em crescimento e com isso a necessidade de uma alimentação mais saudável e atividade física regular, por isso aproveitando o Programa Saúde na Escola (PSE) fizemos as atividades voltadas também para a avaliação nutricional e antropométrica de cada criança, com o intuito de captar crianças doentes ou com risco para a Diabetes Mellitus (DM) .	<p>Trabalhamos com uma equipe multidisciplinar contando com (Medico, Enfermeira, Técnicos em Enfermagem, Agentes comunitários de Saúde, Nutricionista e Psicólogo) e o resultado foi muito bom, tanto para nós trabalhadores da Saúde quanto para os pacientes.</p> <p>Foram oferecidos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Revisão antropométrica• Glicemia• Consulta Médica• Consulta nutricional• Consulta psicológica <p>Foram diagnosticados 2 pacientes com Diabetes Mellitus e vários com fatores de risco como: (Obesidade, sedentarismo alimentação irregular).</p>	<p>Foi proposto um plano de acompanhamento para cada paciente de risco ou com a doença, juntamente com profissionais em parceria da ESF e NASF, cada um na sua área e com suas atividades independentes.</p> <p>Com este empenho dado de nossa parte e pelos pacientes foram diminuídos a quantidade de pacientes com fatores de risco através de atividades físicas regulares, juntamente com a diminuição do sedentarismo e melhora na alimentação.</p> <p>Nosso plano de continuidade esta no acompanhamento de cada paciente, juntamente com a escola nos cuidados e zelo com os pacientes e alunos.</p> <p>Prazo para monitoramento será de 12 meses</p> <p>Responsáveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Médico• Enfermeiro• Nutricionista• Psicólogo• Odontólogo• Tec. Em Enfermagem• Agentes comunitários

			de Saúde
<p>Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada</p> <p><u>ACOLHIMENTOS</u> <u>E</u> <u>ATENDIMENTOS</u> <u>CENTRADO NA</u> <u>PESSOA E SUA</u> <u>DOENÇA DE</u> <u>BASE</u></p>	<p>Pensando no trabalho que a UBS tem para acolher a toda população de sua área de abrangência, foi elaborado as DEMANDAS ESPONTÂNEAS que funciona como uma “mini emergência”, atendendo os casos do dia e DEMANDAS PROGRAMADAS, que tem uma função excelente de selecionar grupos da sociedade que necessitam de atendimento prioritário e estar fazendo acompanhamento mensal como: Hipertensos, Diabéticos, Pré-natal, Puericultura. Etc.</p>	<p>Nesse plano de intervenção nós da ESF sentamos e conversamos uma forma de melhorar a atenção aos usuários do SUS, e chegamos à conclusão de que seria melhor o aumento das demandas espontâneas para esse momento. O que foi feito um quadro demonstrativo com as consultas programadas e espontâneas e a implantação dessa modificação.</p>	<p>Com o aumento das consultas espontâneas podemos notar que as deixamos de fazer o nosso papel que é saúde básica (atenção primaria) ficando assim desassistido nossos programas como Pré-natal, Puericultura e hiperdia e nos tornamos quase uma Unidade de pronto atendimento (UPA). Então resolvemos revisar nossas agendas e ajustar outra vez a demanda programada como prioridade do serviço.</p> <p>Prazo para monitoramento será de maximo 6 meses</p> <p>Responsáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico • Enfermeiro • Tec. Em Enfermagem • Coordenador da UBS
<p>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério</p> <p><u>SAÚDE DA</u> <u>MULHER,</u> <u>DIREITO DE</u> <u>TODAS</u></p>	<p>A atenção do publico feminino esta dividido como fase reprodutiva e não reprodutiva. O foco desse tema são nas pacientes em fase de reprodução que compreende o planejamento reprodutivo que é orientar sobre a reprodução e a prevenção da gestação, o pré- natal que é uma paciente que tem sinais e sintomas de gravidez ou que já vem o exame comprobatório dessa</p>	<p>De acordo a Saúde da mulher focamos em palestras feitas na própria UBS, com isso podemos perceber uma adesão maior ao planejamento reprodutivo com entregas de camisinhas e lubrificantes e também uma adesão muito satisfatória nas consultas de pré- natal. Já o puerperio não foi tão bom assim, ainda se tem uma resistência aos cuidados maternos por parte do próprio usuário.</p>	<p>Nosso plano de continuidade é ampliar a entrega materiais anticoncepcionais e estimular o uso da camisinha evitando assim gravidez indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis. Já na área do puerperio vamos aumentar a busca ativa dessas pacientes que estão nesse período e não comparecem na unidade.</p> <p>Prazo para monitoramento será de maximo 6 meses</p> <p>Responsáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico • Enfermeiro • Tec. Em Enfermagem

	gestação, já o Puerpério compreende a fase após o Pre-natal que é essa mulher vir fazer o seu acompanhamento e de seu neném respectivamente		<ul style="list-style-type: none"> • Agente comunitário de Saúde
<p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p> <p><u>TRABALHANDO COM PESSOAS E CUIDANDO DA MENTE</u></p>	<p>Doenças Mentais é um tema muito importante na pratica medica e são caracterizados por vários tipos de alterações como: transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno da ansiedade, esquizofrenia, dislexia entre outros. Que requer um conhecimento mais específico na área e um cuidado maior do governo em relação a atualização das equipes e medicação.</p>	<p>Está sendo realizado um acompanhamento rigoroso da ESF juntamente com o NASF para o cuidado e controle das manifestações causadas pela falta de medicação, e também o acompanhamento do médico psiquiatra que atende 1 vez ao mês renovando receitas se necessário e dando diagnósticos para pacientes novos.</p>	<p>Nosso plano de continuidade esta no cuidado desses pacientes e triagem para a consulta do medico especialista. Também a solicitação de estudos e atualizações para nossa equipe ESF e NASF, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde. Prazo para monitoramento será de maximo 6 meses</p> <p>Responsáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico • Enfermeiro • Tec. Em Enfermagem • Psicólogo • Assistente Social
<p>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</p> <p><u>APRENDENDO SOBRE DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO DAS CRIANÇAS</u></p>	<p>Atenção à Saúde da criança é uma área muito grande e de suma importância no atendimento médico, por que uma falha nos cuidados pode sofrer graves atrasos no crescimento e desenvolvimento dessa criança, com isso aumenta o risco de outras doenças e maior custo financeiro para a família e governo.</p>	<p>Nossos resultados estão sendo satisfatórios com o numero de consultas de puericultura e com o desenvolvimento das crianças apresentado nessas consultas. O trabalho vem sendo realizado com toda a equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico • Enfermeiro • Tec. Em enfermagem • Odontólogo 	<p>Nosso plano de continuidade é seguir os parâmetros que já vem sendo aplicado, pelo fato de já ter um retorno de qualidade, mesmo assim aprimorar a busca ativa para possíveis falhas na execução do trabalho de rotina. Prazo para monitoramento será de 6 meses</p> <p>Responsáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico • Enfermeiro • Tec. Em enfermagem • Odontólogo • Psicólogo

		<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo • Nutricionista • Assistente social 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutricionista • Assistente social
<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</p> <p>DOENÇAS COM ALTAS MORBIDADES</p>	<p>Este já é um tema conhecido por todos pelo fato de pelo menos 1 da família ter uma dessas doenças.</p> <p>Estamos falando de Diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e obesidade. Cada doença deve ser estudada de forma separada e aplicada na pratica de forma conjunta pelo fato de ter uma semelhança de alterações no organismo do individuo.</p> <p>Nosso trabalho é evitar essas complicações como Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, pé diabético, coma hiperosmolar, cetoacidose diabética dentre outras.</p>	<p>Nossos resultados estão sendo muito bons pela adesão do paciente ao controle no tratamento, com isso facilita e muito o nosso trabalho.</p> <p>Reservamos um dia da semana para este tipo de atendimento e com isso estamos a todo vapor atendendo pacientes e se caso necessário alterando medicações para o controle desejado, nesse dia verificamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso • Altura • Glicemia • Pressão arterial • Cintura 	<p>Nosso plano de continuidade já esta sendo colocado em atividade, fizemos uma reunião com toda a equipe da ESF e NASF principalmente Medico, enfermeiro e fisioterapeuta. Assim estamos todos os dias que são programados para o controle terá a palestra e atividade física em nossa própria UBS. Estamos fazendo busca ativa de pacientes que são faltosos nas consultas e ofertando atendimento domiciliar a quem realmente precisa dele. Prazo para monitoramento será de 6 meses</p> <p>Responsáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico • Enfermeiro • Tec. Em Enfermagem • Fisioterapeuta • Nutricionista



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a observação de temas que no dia a dia não é percebido com tanta importância como por exemplo o Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada que é um tema muito importante, por que tem a ver de como o nosso sistema de trabalho recebe este doente e como é tratado dentro da UBS.

O nosso maior desafio é fazer um trabalho de qualidade com os poucos recursos que o município nos fornece, recursos estes tanto no pessoal de trabalho como em medicações, a realização desse trabalho irá atualizar nossos gestores referente aos erros e acertos cometidos durante a execução deste trabalho para que sejam diretos na hora de dispor tempo e dinheiro para cada área.

REFERÊNCIAS

Capítulo 1

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. 2017. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso em 09 mai. 2018

PIO,AUGUSTO. **Diabetes já atinge um milhão de crianças no Brasil**. 2014. Disponível em: <<https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/10/05/noticias-saude,191445/diabetes-ja-atinge-um-milhao-de-criancas-no-brasil.shtml>> Acesso em 09 mai. 2018

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ)**. 2017. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/amaq_2017> Acesso em 09 mai. 2018

Capítulo 2

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, **UBS - Unidade Básica de Saúde**. S/D. Disponível em:

<<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>> Acesso em 18 mai. 2018

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Cadernos Atenção Básica – Acolhimento á demanda Espontânea volume I**. 2011. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em 24 mai. 2018

DUARTE, GABRIELA, **Agendamento de Consultas + Acolhimento a Demanda Espontânea: Valorizar a atenção é o objetivo desta soma.** 2013. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/66614-agendamento-de-consultas-acolhimento-a-demanda-espontanea-valorizar-a-atencao-e-o-objetivo-desta-soma/> > Acesso em 24 mai. 2018

Capítulo 3

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, **Cadernos Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. 2010.** Disponível em: www.saude.gov.br/bvs > Acesso em 22 de jun. de 2018

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, **Cadernos Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de baixo risco. 2012.** Disponível em: www.saude.gov.br/bvs > Acesso em 22 de jun. de 2018

Capítulo 4

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, **Cadernos Atenção Básica - Saúde Mental. 2013.** Disponível em: www.saude.gov.br/bvs > acesso em 10 de jul. De 2018.

Capítulo 5

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, **Cadernos Atenção Básica- Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento**
Disponível em : www.saude.gov.br/bvs > acesso em 05 de ago. De 2018.

Capítulo 6

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf > acesso em 15 de set de 2018.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, Cadernos Atenção Basica – Estratégias para o cuidado com Doença Crônica – DIABETES MELLITUS

Disponível em <www.saude.gov.br/bvs> acesso em 15 de set de 2018

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, Cadernos Atenção Basica – Estratégias para o cuidado com Doença Crônica – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

Disponível em <www.saude.gov.br/bvs> acesso em 15 de set de 2018

]

APÊNDICES

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

DESCRIÇÃO DO PADRÃO: INDICES DE DIABETES MELLITUS NA INFÂNCIA, UBS GILMAR VIEIRA RAMOS CIDADE DE CALCOENE						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA O ALCANCE DO PADRÃO: CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICOS OU DE RISCO SEM NENHUM ACOMPANHAMENTO MÉDICO, NUTRICIONAL OU PSICOLÓGICO.						
OBJETIVO/META: DIAGNOSTICAR E RECONHECER PACIENTES DE RISCO PARA A DIABETES MELLITUS NA INFÂNCIA						
ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS/METAS	ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS (DETAΛHAMENTO DA EXECUÇÃO)	RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PRAZOS	MECANISMOS INDICADORES PARA AVALIAR O ALCANCE DOS RESULTADOS
<p>FAZER CAMPANHAS NAS ESCOLAS EM CONJUNTO COM O PROGRAMA SAUDE NA ESCOLA (PSE)</p>	<p>* IDENTIFICAÇÃO DO IMC * CONTROLE GLICÊMICO DE PACIENTES SOBREPESO E OBESO * CONSULTA MÉDICA COM OS QUE ESTIVEREM COM A GLUCEMIA ALTERADA * E OS QUE NÃO ESTIVEREM A GLUCEMIA ALTERADA, MAS SEU IMC EM SOBREPESO OU OBESO TERÃO PALESTRAS E INSTRUÇÕES DE DIETA E ATIVIDADE FÍSICA.</p>	<p>* FOLHAS IMPRESSAS COM O IMC * APARELHO DE GLUCEMIA * CARTAZES * PANFLETOS * MULTIMEDIA</p>	<p>* DIAGNOSTICAR PACIENTES DIABÉTICOS RECONHECER PACIENTES DE RISCO * CONCIENZIAR A TODOS OS ALUNOS E PROFESSORES SOBRE A DOENÇA</p>	<p>* MÉDICO * ENFERMEIRO * TEG EM ENFERMAGEM * ACS * PSICÓLOGO * NUTRICIONISTA</p>	<p>* 30 DIAS PARA PALESTRAS E ACOΛHIMENTO DE PACIENTES DE RISCO E DIABÉTICOS * 60 DIAS PARA CONSULTA MÉDICA, PSICÓLOGO E NUTRICIONISTA * 60 DIAS PARA MOSTRAR RESULTADOS DE CONTROLE * 150 TOTAL DA AÇÃO</p>	<p>* CONSULTAS MÉDICAS * CONSULTAS PSICÓLOGO * CONSULTAS NUTRICIONISTA * MARCADOR GLICÊMICO MENSAL</p>

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?	sim		sim	
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?	Basicamente isso acontece no mesmo dia que ele buscar e procurar a UBS		Basicamente isso acontece no mesmo dia que ele buscar e procurar a UBS	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	Sim			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários	Sim			

hipertensos?				
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			Sim	
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?	Sim		sim	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	Sim			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão	Sim. Não fazemos estratificação dos casos, apenas fazemos			

arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	as consultas programadas			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	Sim			
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica 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 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?	Sim		sim	

A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	Sim		sim	
<p>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.</p>				
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?			sim	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			Sim	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes				Não

mellitus?				
EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	sim			
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	Sim. Orientações, encaminhamento para nutricionista			
Se SIM no item anterior, quais ações?				
QUESTÕES	SIM	NÃO		
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	Sim			
Oferta ações voltadas à atividade física	Sim			
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	Sim			
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	Sim			
Encaminha para serviço especializado	Se necessário			
Oferta grupo de educação em saúde para		Não		

ANEXOS

IDADE ANOS MENOR DE 15 <input type="checkbox"/> MAIOR DE 35 <input type="checkbox"/>	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTUDOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL/UNIAO CASAD <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES		PESSOAS		OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)			
FAMILIARES		INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> INFERTILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		GESTAS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/>		NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> VIVEM <input type="checkbox"/> NASC. MORTOS <input type="checkbox"/> MORRERAM 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> MORRERAM APÓS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> ALGUM RN PESOU MENOS DE 2500g <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NASCIMENTO COM MAIOR PESO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS _____ ANO _____	
GRAVIDEZ ATUAL		DÚVIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		ANTITÉTÂNICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
PESO ANTERIOR <input type="text"/> kg. ESTATURA <input type="text"/> cm. DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		GRUPO: Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> SENSIB. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
EX. COONTOL. NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		FÉLVIS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		V.D.R.L. <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
PAPANICOLAOU NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		FLUMA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
CONSULTA Nº _____		Nº de cigarros/dia <input type="text"/>		LOCAL: _____			
DATA _____		DIA _____ MÊS _____ ANO _____		DIA _____ MÊS _____ ANO _____			
SEMANAS DE AMENORRÉIA _____							
PESO (kg) _____							
PRESSÃO ARTERIAL MAX. MIN. (mmHg) _____							
ALTURA UTERINA (cm)/APRESENTAÇÃO _____							
BCF / MOV. FETAL _____							
ASS. DO PROFISSIONAL _____							
PARTO		IDADE GESTA <input type="text"/>		TAMANHO FETAL CORRESPONDE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
HOSPITAL: _____		MÉNOR DE 37 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/>		INÍCIO <input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/>			
TERMINAÇÃO EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. <input type="checkbox"/>		HORA _____ MINUTO _____ DIA _____ MÊS _____ ANO _____		MEMBRANAS DATA RUTURA <input type="checkbox"/> CEF. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN. <input type="checkbox"/>			
EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		NÍVEL DE ATENÇÃO 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> DOMC. <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>			
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>			
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIO. <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/>		MOMENTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>		MÉDIC. ENF./PAR.AUX.EMP. OUTROS <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCÍTICO <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO			
				<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. FÉLV.			
				<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1º TRIMES.			
				<input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2º TRIMES.			
				<input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3º TRIMES.			
				<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA			
				<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM.			
				<input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER.			
				<input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPE.			
				<input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> OUTRA			
				<input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT <input type="checkbox"/> NENHUMA			

Nome: _____
 DN: ____/____/____ SUS: _____
 Microárea: 01 ACS: _____ CF: _____
 Mãe: _____
 Endereço: _____

Ao Nascer	Vacina	S. Ferro
Parto	Ao Nascer: <input type="checkbox"/> BCG, Hepatite B	1ª dose
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesáreo	2 meses: <input type="checkbox"/> (Polio, Pneumo, Rota Virus, Penta, Hep B)	2ª dose
Peso	3 meses: <input type="checkbox"/> (Meningocócica)	3ª dose
Estatura	4 meses: <input type="checkbox"/> (Pentavalente, Polio, Rota Virus, Pneumo)	4ª dose
PC/PT	5 meses: <input type="checkbox"/> (Meningocócica)	5ª dose
PC/PT	6 meses: <input type="checkbox"/> (Pentavalente, Poliomielite)	6ª dose
PC/PT	9 meses: <input type="checkbox"/> (Febre Amarela)	7ª dose
PC/PT	12 meses: <input type="checkbox"/> (Pneumocócica, Triplice Viral)	8ª dose
PC/PT	15 meses: <input type="checkbox"/> (DTP, Hepatite A, Poliomielite, Tetra viral)	9ª dose
PC/PT	Malformações congênicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	10ª dose
PC/PT		11ª dose
PC/PT		12ª dose

Triagem Neonatal
 Sim Não

Acompanhamento

Consultas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
Data												
Idade												
Peso												
Estatura												
PC/PT												
Nutrição												
Hidratação												
AME												
IRA												
Diarréia												
Hospitaliz.												

Observações: _____

Nome: _____
 DN: ____/____/____ SUS: _____
 Microárea: 01 ACS: _____ CF: _____
 Mãe: _____
 Endereço: _____

Ao Nascer	Vacina	S. Ferro
Parto	Ao Nascer: <input type="checkbox"/> BCG, Hepatite B	1ª dose
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesáreo	2 meses: <input type="checkbox"/> (Polio, Pneumo, Rota Virus, Penta, Hep B)	2ª dose
Peso	3 meses: <input type="checkbox"/> (Meningocócica)	3ª dose
Estatura	4 meses: <input type="checkbox"/> (Pentavalente, Polio, Rota Virus, Pneumo)	4ª dose
PC/PT	5 meses: <input type="checkbox"/> (Meningocócica)	5ª dose
PC/PT	6 meses: <input type="checkbox"/> (Pentavalente, Poliomielite)	6ª dose
PC/PT	9 meses: <input type="checkbox"/> (Febre Amarela)	7ª dose
PC/PT	12 meses: <input type="checkbox"/> (Pneumocócica, Triplice Viral)	8ª dose
PC/PT	15 meses: <input type="checkbox"/> (DTP, Hepatite A, Poliomielite, Tetra viral)	9ª dose
PC/PT	Malformações congênicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	10ª dose
PC/PT		11ª dose
PC/PT		12ª dose

Triagem Neonatal
 Sim Não

Acompanhamento

Consultas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
Data												
Idade												
Peso												
Estatura												
PC/PT												
Nutrição												
Hidratação												
AME												
IRA												
Diarréia												
Hospitaliz.												

Observações: _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE CALÇOENE
 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EQUIPE 002
 SAÚDE DA CRIANÇA

Microárea: _____
 ACS: _____

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Sexo: () M () F DNV: _____ SUS: _____

Ao Nascer
 Parto Hospitalar Intercorrências Neonatais
 Domicílio Sem Intercorrências Hospitalização
 Outros Hospitalização em UTI Hemorragias
 Cianose Alterações respiratórias
 Ictérica Infecções
 Vômito Convulsões
 Paralisia Outras

Mãe
 Mãe realizou Pré-natal: Sim () Não () Intercorrência: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____

FATORES DE RISCO
 Sexo Fêmea (parto > 2500gr) Mãe adolescente (< 18 anos) sem apoio familiar
 Parto pré-termo Depressão pós-parto Mãe solteira
 Anemia Mãe usuária de álcool/drogas Ausência de mãe por abandono ou morte
 Malformações congênicas Vulnerabilidade social Ambiente com precárias condições de higiene
 Desnutrição ou crescimento retardado Ancestralidade indígena Ancestralidade familiar de RA, hipertensão, diabetes
 Menos de 4 consultas no pré-natal Paciente com transtorno mental, neurológico ou portador de deficiência
 Gravidez não planejada História de parto de menor de 5 anos por causas evitáveis
 Mãe adolescente (< 18 anos)

1ª CONSULTA DO RN: ____/____/____

Idade: _____

ANTROPOMETRIA
 Peso: Normal Maltrofia Maltrofia Aparência sintomática
 Estatura: Normal Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia

PC
 Normal Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia

PT
 Normal Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia

Temperatura
 Normal Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia

FC
 Normal Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia

FR
 Normal Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia Maltrofia

Cicatriz umbilical: () Sem sinais flogísticos () Com sinais flogísticos
 Aleitamento Materno: () Exclusivo () Misto () Inexistente Motivo: _____
 Pega Mamilar: () Boa pega () Pega insatisfatória - Causa: _____
 Vacinação: () Nenhuma () Atualizada () Atrasada

Queixas

Condutas/Orientações

2ª CONSULTA: ____/____/____
 Idade: _____

Vacina
 Atualizada
 Atrasada
 Nenhuma

Evolução Clínica
 Estatura: _____
 PC: _____
 PT: _____
 Temperatura: _____
 FC: _____
 FR: _____

Queixas

Condutas/Orientações

3ª CONSULTA: ____/____/____
 Idade: _____

Vacina <input type="radio"/> Atualizada <input type="radio"/> Atrasada <input type="radio"/> Nenhuma	Evolução Clínica
Peso	
Estatura	
PC	
PT	
Temperatura	
FC	
FR	
Queixas:	

Condução/Orientações:

4ª CONSULTA: ____/____/____
 Idade: _____

Vacina <input type="radio"/> Atualizada <input type="radio"/> Atrasada <input type="radio"/> Nenhuma	Evolução Clínica
Peso	
Estatura	
PC	
PT	
Temperatura	
FC	
FR	
Queixas:	

Condução/Orientações:

5ª CONSULTA: ____/____/____
 Idade: _____

Vacina <input type="radio"/> Atualizada <input type="radio"/> Atrasada <input type="radio"/> Nenhuma	Evolução Clínica
Peso	
Estatura	
PC	
PT	
Temperatura	
FC	
FR	
Queixas:	

Condução/Orientações:

6ª CONSULTA: ____/____/____
 Idade: _____

Vacina <input type="radio"/> Atualizada <input type="radio"/> Atrasada <input type="radio"/> Nenhuma	Evolução Clínica
Peso	
Estatura	
PC	
PT	
Temperatura	
FC	
FR	
Queixas:	

Condução/Orientações:

7ª CONSULTA: ___/___/___

Idade: _____

Vacina	Evolução Clínica
<input type="checkbox"/> Atualizada	_____
<input type="checkbox"/> Atrasada	_____
<input type="checkbox"/> Nenhuma	_____
Peso	_____
Estatura	_____
PC	_____
PT	_____
Temperatura	_____
FC	Queixas: _____
FR	_____

Condutas/Orientações: _____

8ª CONSULTA: ___/___/___

Idade: _____

Vacina	Evolução Clínica
<input type="checkbox"/> Atualizada	_____
<input type="checkbox"/> Atrasada	_____
<input type="checkbox"/> Nenhuma	_____
Peso	_____
Estatura	_____
PC	_____
PT	_____
Temperatura	_____
FC	Queixas: _____
FR	_____

Condutas/Orientações: _____

9ª CONSULTA: ___/___/___

Idade: _____

Vacina	Evolução Clínica
<input type="checkbox"/> Atualizada	_____
<input type="checkbox"/> Atrasada	_____
<input type="checkbox"/> Nenhuma	_____
Peso	_____
Estatura	_____
PC	_____
PT	_____
Temperatura	_____
FC	Queixas: _____
FR	_____

Condutas/Orientações: _____

10ª CONSULTA: ___/___/___

Idade: _____

Vacina	Evolução Clínica
<input type="checkbox"/> Atualizada	_____
<input type="checkbox"/> Atrasada	_____
<input type="checkbox"/> Nenhuma	_____
Peso	_____
Estatura	_____
PC	_____
PT	_____
Temperatura	_____
FC	Queixas: _____
FR	_____

Condutas/Orientações: _____





[

