



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

**EVOLUÇÃO E TRABALHO DIÁRIO DA ESF 063 DO MUNICÍPIO
DE MACAPÁ-AP EM BUSCA DE MELHORIAS PARA A
POPULAÇÃO ASSISTIDA**

JULYE SAMPAIO FUJISHIMA

NATAL/RN
2018

**EVOLUÇÃO E TRABALHO DIÁRIO DA ESF 063 DO MUNICÍPIO
DE MACAPÁ-AP EM BUSCA DE MELHORIAS PARA A
POPULAÇÃO ASSISTIDA**

JULYE SAMPAIO FUJISHIMA

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.

Dedico o presente trabalho à Deus, minha família e minha equipe, sem os quais nada seria possível.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço à Deus, por sempre permitir que eu alcance meus objetivos, a minha mãe ALDILENE, ao meu orientador CLEYTON CÉZAR SOUTO SILVA, pela extrema paciência e disponibilidade em todo o processo de execução e construção desse trabalho. À minha equipe: Enfermeiro EDUARDO, técnicas em enfermagem: ELIETE, ROSIVALDA, MARIA CLEUDENILDA E ANGELA, agentes comunitárias: DEUZA, VALÉRIA, CHARLENE E MARIA JOSELI, agente de endemias: MARIA FABIANA, equipe de apoio da equipe: ELIVANA e JOSIVALDO, aos membros do NASF 007 e acadêmicos de medicina da UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, os quais foram imprescindíveis para realização e cumprimento das tarefas propostas e compromisso com a população. Além de meus colegas de curso que sempre estiveram abertos a discussões e troca de experiências.

RESUMO

A atenção primária é a base do sistema de saúde, funcionando como porta de entrada aos usuários, onde são identificadas as demandas que podem ser sanadas pelos profissionais que nela atuam e a necessidade de encaminhamento para média e alta complexidade. Tal função faz com que esse seguimento do sistema de saúde seja de grande importância, tanto como forma de prevenir, diagnosticar, tratar ou encaminhar. Para isso, precisa-se manter a população sempre vinculada à rede de Atenção, com melhorias constantes como capacitação da equipe, manutenção dos dados populacionais atualizados, oferecimento de serviços de qualidade para a comunidade, rastreamento das necessidades populacionais e cuidados com os grupos especiais como crianças, gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas, entre outros. Para isso o curso de especialização em Saúde da Família (PEPSUS) atuou capacitando profissionais da atenção básica, tratando de tópicos essenciais da atenção básica, somado a realização de microintervenção em determinados seguimentos, com o intuito de promover melhorias no serviço. Foram realizadas intervenções no acolhimento, no atendimento ao pré-natal e puerpério, saúde da criança, do idoso, dos portadores de doenças crônicas e a saúde mental, culminando em melhorias no atendimento, tanto de forma imediata quanto elaboração de planejamentos futuros, assim como aumento do conhecimento acerca da população e produção de dados epidemiológicos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Educação em saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1- Observação na Unidade de Saúde	08
CAPÍTULO 2- Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.....	16
CAPÍTULO 3- Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.....	20
CAPÍTULO 4 - Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	26
CAPÍTULO 5- Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento..	31
CAPÍTULO 6 - Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde	35
CAPÍTULO 7 – Monitoramento e avaliação.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	45

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é o Trabalho de Conclusão de Curso do Curso em Especialização em Saúde da Família (PEPSUS), realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte através de plataforma AVASUS, elaborado pela especializanda Julye Sampaio Fujishima, médica generalista atuante na atenção básica do município de Macapá-AP, através da realização dos módulos educacionais e realização de seis microintervenções realizadas na Unidade Básica, relatadas no presente trabalho.

As ações foram realizadas na Unidade Básica de Saúde Pedrinhas – Anexo da rua Exército da Redenção, ESF 063, situada na capital do Estado do Amapá, Macapá, cujo área de abrangência inclui parte dos bairros Pedrinhas e Jardim Marco Zero, próximo ao monumento do Marco Zero, que marca a Linha do Equador, com uma população de pouco mais de 2300 habitantes cadastrados, próximo a uma área portuária conhecida como “Canal das Pedrinhas”, que recebe diariamente muitos visitantes de municípios paraenses próximos, que acabam buscando atendimento da equipe. Eu, como especializanda, sou macapaense, graduada pela Universidade Federal do Amapá, fui moradora durante alguns anos das proximidades da área em que atuo, o que facilitou bastante o trabalho, pois já conhecia a área, tenho uma boa interação com a população, que facilita bastante a realização de intervenções, pois os mesmos são receptivos a ações que gerem melhorias a saúde e ao serviço local.

Segue o relato de todas as intervenções que fizemos no local, com ênfase nos grupos populacionais com maior necessidade de cuidado, como gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, entre outros. Contando com todas as melhorias, dificuldades e planejamentos futuros para a atenção à saúde de nossa população. Espero que aproveitem a leitura!

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

A equipe de Estratégia em saúde da família 063 da cidade de Macapá, Amapá realizou pela primeira vez a avaliação AMAQ no ano de 2015, quando a mesma foi vinculada ao PMAQ, nesse período a equipe sofreu muitas mudanças, como saída de componentes, mudança de endereço, entre outras.

A avaliação foi realizada novamente em meados de abril de 2018, podendo-se verificar que houve uma abordagem mais reflexiva sobre os questionamentos, comparando o que mudou de 2015 para 2018. Houve uma boa adesão da equipe para realização do questionário, contando com a presença da Médica, de três das quatro técnicas, todas as agentes comunitárias em saúde, e o enfermeiro ausente por motivos de saúde. A equipe relatou que não recordava muito bem dos tópicos da avaliação, porém referem certo viés na avaliação prévia, pois ocorreu logo após a adesão ao PMAQ e os mesmos foram informados que uma avaliação ruim poderia os desvincular do programa, fazendo com que ocorresse uma tendência a respostas positivas, mesmo que não fosse condizente com a realidade.

Após orientações sobre o funcionamento e o intuito da avaliação, e a partir dos questionamentos propostos pela AMAQ, nós percebemos inúmeras fragilidades em termos de estrutura e recursos e também percebemos falhas dentro do nosso próprio atendimento. Foi observada uma regressão significativa em vários tópicos, como estrutura física e recursos, serviços ofertados, atenção integral a certos grupos, área de cobertura da equipe, serviços educativos, entre outros, destacando-se a atenção ao pré-natal, foco deste relato, visto que a área de abrangência da equipe tem um número significativo de gestantes. Dessa forma, nós, como equipe, conhecendo nossa vulnerabilidade, construímos uma matriz de intervenção que buscasse captar e aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal, demanda gerada principalmente pelas agentes comunitárias de saúde de nossa área, que além de serem todas mulheres, são mães e moradoras da área, que observaram essa grande quantidade de grávidas dentro e fora das famílias já cadastradas, as quais muitas já tinham histórico em gestações prévias de pré-natal irregular.

A idéia da construção dessa matriz que abordava o tópico 4.22 do AMAQ foi fazer algo que usasse o melhor da equipe para atrair essa população: os recursos humanos, visto que não tínhamos nenhum auxílio financeiro ou estrutural inicialmente, logo, entramos em contato com o NASF que comprou nossa idéia com empolgação, os mesmos são

acompanhados por estudantes de medicina do 2º período, os quais ficaram responsáveis por formular as atividades educativas junto com a equipe, cada um desempenhando seu papel, para chegar num denominador comum.

Após a matriz, foram construídos indicadores de Janeiro a Abril de 2018, período em que o programa Mais médicos se inseriu nesta equipe que não possuía atendimentos médicos há alguns meses. Foram observados os atendimentos por demanda espontânea e consultas agendadas nesse período de forma geral, assim como mais especificamente, o número de consultas de primeira vez de pré-natal, se comparado ao número de consultas subseqüentes de forma mensal, podendo-se observar-se que o número de consulta de primeira vez inicialmente era superior às consultas subseqüentes, tendo oscilações em março e abril, e de forma qualitativa, observando que a maioria iniciou o pré-natal após o fim do primeiro trimestre, também com dificuldade em comparecer as consultas subseqüentes, mesmo essas já sendo agendadas pela equipe nos intervalos corretos.

O indicador também demonstrou os números totais de atendimentos pré-natais nas consultas médicas, desde o início das atividades do ano de 2018, que é bastante incompatível ao número de gestantes encontradas na nossa área, diferente da realidade da cobertura de atendimento ideal proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A cobertura do sistema de pré-natal no Brasil é quase universal, porém algumas dificuldades de adequação ainda são muito presentes, por exemplo, o número de consultas inferior ao mínimo de seis preconizadas pelo Ministério da Saúde, baixa adesão de mulheres com menor escolaridade, condições socioeconômicas mais baixas, com maior número de gestações e gestantes das regiões Norte e nordeste (VIELLAS *et al*, 2014).

Sendo assim, após a construção da matriz e dos indicadores, a microintervenção foi pensada com foco nesse tema, que dentre os tópicos avaliados com a equipe, foi um dos piores desempenhos, principalmente quanto a captação de novas gestantes, por alguns fatores, principalmente por ser uma área portuária, tornando a rotatividade de pacientes alta, além da alta taxa de natalidade local e o desconhecimento sobre o local do posto.

Previamente, devido a identificação da grande quantidade de gestantes na área, foi pactuado entre a equipe que as consultas de enfermagem do pré-natal ocorreriam por demanda espontânea, todos os dias e as consultas médicas, um turno por semana, o qual seria destinado apenas a essa população, entretanto as vagas nunca eram preenchidas completamente por gestantes, pois as mesmas não buscavam consultas, ou realizávamos as consultas de primeira vez e as mesmas demoravam meses para retornar. Pensando nisso,

foi desenvolvido com a equipe de ESF, em parceria com o NASF e alguns acadêmicos de medicina algumas atividades voltadas para gestantes.

Inicialmente, foi realizada a captação das gestantes por meio de busca ativa dentro da área pelas agentes de saúde, que junto com a comunidade, identificaram gestantes que não haviam iniciado pré-natal, ou estavam em má adesão, assim como as frequentadoras assíduas das consultas com um convite para um café da manhã com a equipe multiprofissional e uma manhã de atividades, nas quais foram realizadas palestras sobre pré-natal e a importância do aleitamento materno, levando profissionais com amplo conhecimento sobre o Banco de Leite humano do Hospital-maternidade, local para palestrar sobre o tema, usando de recursos visuais como slides e banners, além de materiais informativos para despertar a curiosidade das pacientes.

Nesse dia, também foram ofertadas consultas médicas, de enfermagem e com a equipe multiprofissional, sob demanda espontânea, assim como auxílio com as dúvidas que as mesmas tiveram a partir das palestras, dando liberdade para que as mesmas interagissem com toda a equipe. Também foi realizada a medição de dados antropométricos e, logo, servido um café elaborado da maneira mais adequada, com frutas e alimentos saudáveis para esse grupo, o que foi uma forma a mais de despertar o interesse.

As gestantes foram convidadas na semana seguinte para novas atividades, envolvendo exercícios físicos e atendimentos multiprofissionais, já deixando essas mulheres encaminhadas às consultas com a equipe, e explicando-lhes a importância do pré-natal regular. As mesmas foram orientadas e virem com roupas confortáveis e foram submetidas a atividades físicas orientadas pelo educador físico e a fisioterapeuta do NASF no espaço ao redor do prédio que conta com quadra de esportes e área para caminhadas, contando com a participação da equipe como forma de incentivo e interação.

A microintervenção teve como objetivo aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal como um todo de forma regular, buscando despertar o interesse das mesmas, não só às consultas médicas, mas ao acompanhamento com o enfermeiro e a equipe multidisciplinar, através de demonstrações por parte de toda a equipe sobre a importância do pré-natal e como é possível levá-lo de forma saudável, fazendo com que uma gestante incentive a outra e o grupo possa trocar experiências, já que estão vivendo o mesmo período.

Foi escolhido esse grupo pois, levando em consideração o alto índice de nascimentos em nossa área, onde cada mulher tem em média três, chegando até quinze

filhos, a maioria tem pré-natais irregulares não alcançando o mínimo de consultas e com dificuldade na realização de exames básicos, assim como início tardio do mesmo, pois se detêm ao trabalho ou tarefas domésticas para os demais filhos, deixando a atenção à gestação de lado. Logo, buscamos orientar essas mulheres para que as mesmas compreendam a importância da adesão, e se sintam interessadas a buscar acompanhamento, não apenas por obrigação, mas por compreender a diferença que o mesmo irá fazer na saúde materna e da criança ao nascer.

As gestantes mostraram-se bastante interessadas logo no primeiro momento, tendo uma boa adesão as ações em saúde, porém o maior impacto ocorreu na taxa de consultas médicas de pré-natal nas semanas subsequentes.

O impacto sentido pela equipe foi o aumento exponencial na procura de consultas de pré-natal, a realização de consultas subsequentes superando as consultas de primeira vez, mesmo que apenas para esclarecimento de dúvidas ou verificação do bem estar fetal, pois uma grande deficiência ainda notada é a dificuldade na realização de exames básicos pela rede pública, principalmente sorologias e ultrassonografia obstétrica, seja por distância, dificuldade de marcação, número reduzido de vagas ou dificuldade de locomoção, fazendo com que algumas gestantes optem pelos serviços privados ou não realizem esses exames, demanda a qual a equipe de atenção básica não é capaz de intervir, apenas na realização de testes rápidos e vacinas, as quais são realizadas de forma eficaz.

Toda a equipe já havia notado as falhas na atenção ao pré-natal, tendo sido bastante engajados nas atividades, para que isso se tornasse incentivo, e trouxesse essas gestantes para dentro da unidade, evitando complicações futuras materno-fetais, que podem culminar em conseqüências dentro da comunidade. Dentro das atividades, houve a participação desde faxineiro, agentes comunitários, técnicos em enfermagem, enfermeiros, acadêmicos, médica, sendo de fundamental importância os profissionais do NASF, em especial a psicóloga, a assistente social, a fisioterapeuta e o educador físico, que conseguiram desenvolver as atividades práticas a partir de uma idéia conjunta da equipe, de forma que ficassem interessantes e adequadas as gestantes e despertasse nelas o desejo de ter uma gestação mais saudável, e de se cuidar.

Como forma de não deixar a idéia e o intuito da micro-intervenção se perderem, ou tornarem-se apenas um momento isolado, equipe persiste na busca ativa de gestantes em área, inclusive durante o momento das visitas médicas domiciliares, onde convidamos as gestantes das microáreas para irem as consultas e conforme as necessidades, as agentes

comunitárias em saúde mesmas agendam essas consultas, além de identificarem gestantes em algum tipo de vulnerabilidade social, que necessitem de maior atenção da equipe.

Como planejamento futuro, pretendemos continuar com ações que atraíam esse público, pois foi notável a maior procura aos atendimentos, além do conhecimento sobre a localização da unidade básica de saúde, que sofreu mudança de endereço há poucos meses o desejo das gestantes em continuarem com essas atividades, pois as mesmas se sentem valorizadas em ter esse momento dedicado a elas, e durante as consultas questionam quando ocorrerá novamente. Outra coisa notável foi a maior interação das gestantes com a equipe de NASF, pois previamente seu maior contato era apenas com a nutrição e psicologia e nesse momento, conseguimos promover sua interação com os demais membros da equipe.

Ainda contamos com certos obstáculos que vem sendo trabalhados, como a periculosidade nos arredores na Unidade, fazendo com que as gestantes, assim como demais pacientes, tenham que chegar até o serviço, através de implementação de posto de guarda municipal; a equipe em pequeno número para lidar com o grande número de pacientes que necessitam ser atraídas, além por ser uma área extensa coberta pela equipe, sendo que algumas microáreas estão sem agentes comunitários no momento, sobrecarregando os demais para realizar a divulgação nesses locais; a falta de recursos para aprimorar nossas atividades, sendo todas financiadas pelos membros da equipe, que também utilizam de sua criatividade para tornar as atividades interessantes e pouco onerosas; entre outras.

Quanto aos benefícios conseguintes dessas ações, como supracitado, há a maior participação do NASF dentro do acompanhamento, tanto nas ações, que incluem a realização/orientação de exercícios físicos guiados por educador físico e fisioterapeuta, apoio psicológico, nutricional e participação da assistente social após identificadas demandas, como gestantes com famílias grandes, para um futuro planejamento familiar, assim como a necessidade de realizar exames e orientação gestantes que vem por demanda espontânea dos municípios vizinhos via fluvial, onde não há assistência, fazendo com que a cidade drene a maioria dessas gestantes para si, necessitando informar sobre as etapas do pré-natal e o funcionamento de serviço de referência local.

Ainda como parte da microintervenção, posteriormente, fizemos uma ação em saúde voltada apenas para a população do sexo feminino, gestantes e não gestantes, sobre saúde da mulher, planejamento familiar, saúde sexual e Pré-natal, com o intuito de atrair

o público feminino para atenção básica, evitar gravidezes indesejadas, prevenir doenças sexualmente transmissíveis, e para as gestantes persistir na orientação de cuidados durante e após a gravidez, além de promover ações que não são realizadas em nosso prédio, como imunização, dispensa de medicações, testes rápidos e orientação sobre saúde bucal.

Novamente obtivemos um excelente resultado em termos de atenção, foi trazida uma médica ginecologista/obstetra para auxiliar nos atendimentos, tendo uma demanda de mais de 100 pacientes para os diversos serviços, tendo novamente palestras educativas, dessa vez sobre prevenção dos cânceres ginecológicos, imunização contra a influenza para as gestantes, permanecendo durante alguns dias para que todas pudessem ter acesso, além de dispensa de medicações como sulfato ferroso, ácido fólico, vitaminas e outras, conforme prescrição médica.

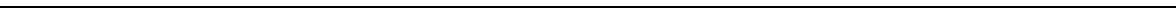
Durante as ações, equipe multidisciplinar mostrou seu empenho em atrair esse público, visto que todos participaram de forma ativa das atividades, fazendo a busca ativa das pacientes, além de facilitar ao máximo o acesso e marcação de consultas para esse grupo, fornecer atividades além do consultório, por compreender que havia a necessidade de melhorar a cobertura pré-natal, obtendo um resultado bastante satisfatório para todos os membros, que mostraram-se ávidos a novas idéias e atividades futuras, não só com esse mas com outros grupos que necessitem de atenção especial. Também foi uma forma de fazer com que a equipe trabalhasse em conjunto, fortalecendo os vínculo e relações entre os componentes, facilitando dessa forma o trabalho.

O próximo passo é melhorar a capacitação de técnicos em enfermagem e agentes de saúde no que se refere a orientações a serem dadas às gestantes, principalmente dentro das áreas as quais as mesmas pertencem, no intuito de melhorar seus hábitos e cuidados durante o pré-natal, evitando doenças e agravos que são possíveis de serem prevenidos, e auxiliando-as também no período pós-natal.

A equipe de atenção básica em parceria com o NASF pretende expandir essas ações a outros grupos que demandem atenção, visto que vimos um bom resultado com as gestantes, iniciamos as mesmas atividades com Hipertensos e diabéticos que também tem uma baixa adesão ao serviço, no intuito de aumentar o atendimento aos grupos de risco, evitando que essa população fique sem assistência e vá buscar os serviços de referência com demandas que poderiam ser sanadas dentro da nossa unidade, e dessa forma cada vez mais a equipe aprimora seu serviço, para gerar benefícios a toda a população.

Por fim, vale ressaltar que durante todo o processo desde o real entendimento da nossa equipe sobre a função do AMAQ e o quanto esse instrumento é válido para avaliar a qualidade do nosso serviço, até a construção da matriz que foi uma forma de organizar uma idéia que seria posta em prática para o benefício da comunidade, bem como o indicador que é uma forma de observar em números o impacto das nossas ações.

A nossa equipe conseguiu observar de forma prática o impacto do nosso serviço para a comunidade em que estamos inseridos, principalmente de que forma podemos melhorar, em especial quanto a assistência dos grupos de risco, principalmente de forma preventiva, fazendo com que os pacientes deixem de lado a cultura de procurar atendimento apenas quando algo não está bem, e passem a freqüentar as consultas de forma regular, fazendo o que chamamos de “cuidado continuado”, fazendo do pré-natal, assim como atenção aos doentes crônicos, crianças, entre outros, uma rotina para a vida da população não apenas uma obrigação.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

As equipes de estratégia em saúde da família estão dentro das Unidades Básicas de Saúde com o intuito de proporcionar atenção integral à saúde da população, tanto de forma programada, através de consultas agendadas com os membros da equipe, para solucionar demandas que podem aguardar até o momento da consulta, assim como de forma espontânea, conforme a necessidade de um atendimento imediato para sanar uma demanda que não pode aguardar, assim como atendimentos oportunos, ou para sanar dúvidas.

O acolhimento é uma forma de escuta eficaz, que precede a consulta médica, como forma de triar os tipos de demanda, reconhecendo e criando novas alternativas que tirem o foco da consulta médica, estabelecendo prioridades e facilitando o acesso aos cidadãos (GOMES & PINHEIRO, 2005).

A demanda espontânea é aquela em que o usuário comparece a unidade de forma inesperada por problemas agudos ou motivos que considere como necessidade de saúde, problematizando junto a equipe, que pode ou não absorver e ser resolutive a queixa do paciente, tentando fortalecer o vínculo e criar novas estratégias de cuidado (BRASIL, 2010).

A demanda programada foi criada com o intuito de reorganizar o acesso ao SUS e dar direcionamento as demandas da população adstrita, realizando promoção da saúde e prevenção de agravos, através da organização da agenda dos profissionais de forma programada, com períodos específicos para as atividades (VELLOSO, 2012).

A equipe de ESF 063 da cidade de Macapá-AP atende em um prédio fora da UBS, sendo o mesmo exclusivo para o atendimento dessa equipe, contando com um serviço de acolhimento realizado em inicialmente pelas técnicas em enfermagem, que atuam na linha de frente do nosso atendimento. Nossa equipe conta com 4 técnicas de enfermagem, 2 atuando em cada turno dentro da Unidade, cada uma executando determinada função no acolhimento.

Quando iniciei as atividades dentro da equipe, o atendimento era feito exclusivamente sob demanda espontânea, até por falta de conhecimento da população sobre o funcionamento dos atendimentos, porém não havia nenhum protocolo de acolhimento a seguir, nem uma classificação prévia de risco.

A partir de uma reunião com a equipe iniciamos uma estratégia de acolhimento, inicialmente focada na demanda programada, de acordo com nosso perfil populacional,

sempre deixando um espaço para a demanda espontânea. Primeiramente, fiz uma reunião com a equipe completa, que estava em contato com a população de forma mais extensiva, para compreender a necessidade de nossa população. Identificamos as principais demandas, que estavam relacionadas a gestantes, hipertensos/diabéticos, mulheres e crianças. Posteriormente, reuni com as técnicas em enfermagem, com o intuito de construirmos uma semana padrão de atendimentos (vide apêndice III), que ao longo da implantação foi alterada de acordo com o que fosse melhor para a população, por exemplo, para os idosos, assim como para as gestantes, o deslocamento fica mais cômodo no período vespertino, e as visitas domiciliares ficam mais acessíveis e seguras a equipe no período matutino.

Após a criação da semana-padrão de atendimentos que suprisse a necessidade de nossos usuários, definimos a quantidade de vagas por turno semanal para demanda programada, de forma que restasse um momento para demandas espontâneas que poderiam surgir. Os números de vagas variam de acordo com a população destinada, por exemplo, para gestantes e puérperas destinamos 8 vagas semanais, pois são consultas mais longas que necessitam de um cuidado especial, enquanto que para crianças que temos uma procura muito maior, definimos 12 vagas para menores de 12 anos, e 8 vagas acima dessa faixa etária.

Após esta definição, compartilhamos com a equipe, então as agentes comunitárias divulgaram, e inicialmente agendaram os pacientes conforme a demanda, para que estes se familiarizassem com os horários. Por iniciativa de uma das técnicas, fixamos na parte externa os horários e por iniciativa minha, fizemos um quadro no interior da unidade com a demanda programada de cada dia da semana, sendo este uma lousa, a qual podemos alterar com facilidade, caso haja alguma mudança. Deixamos sempre alguns membros da equipe de prontidão para informações e esclarecimento de dúvidas, assim como para acolhimento, mesmo quando o restante da equipe está em atividades externas, como visitas domiciliares, para que essa funcionária possa selecionar a demanda, e tentar solucioná-la conforme necessidade, por exemplo, agendando-a para o horário mais breve possível.

Ainda não conseguimos instaurar um sistema de estratificação de risco eficaz, por falta de capacitação da equipe, o que pretendo solucionar em breve. O que conseguimos é definir prioridades clínicas visíveis, e demandas espontâneas realmente imediatas, como forma de otimizar nosso atendimento.

O acolhimento muitas vezes ocorre não apenas dentro da unidade, e exclusivamente pelas técnicas de nossa equipe. É executado pelas agentes comunitárias, pelo enfermeiro,

pela equipe do NASF, que conseguem filtrar demandas que, de fato, necessitem de atendimento médico. Algumas vezes as agentes identificam demandas dentro das áreas durante as visitas, que ou necessitam de uma programação ativa por meio da equipe por questões sociais ou demandas que realmente precisam ser solucionadas o mais breve possível. Em nossa equipe temos esse diálogo aberto entre todos os membros, para que os usuários tenham suas necessidades supridas, por meio de um acolhimento multiprofissional, cujo fim é a resolutividade das demandas dos pacientes.

Inicialmente, o fluxo de demandas espontâneas era muito superior à demanda programada, por desconhecimento dos pacientes sobre a semana padrão de atendimentos, conforme maior conhecimento da população acerca da rotina do serviço, além de orientação por parte da equipe sobre demandas que possam ser programadas com facilidade, e atenção sobre aquelas que necessitam ser imediatas. Foi definido pela nossa equipe, até como forma de evitar faltas nas consultas, que as marcações de cada demanda programada seriam realizadas no dia anterior das consultas, poupando os pacientes de longas esperas e melhorando a qualidade de nossos serviços, abrindo exceções conforme necessidade, como cuidado programado, no pré-natal, por exemplo.

A equipe participa ativamente do acolhimento, assim como da definição das demandas, porém ainda esbarramos numa grande dificuldade, que é a falta de capacitação para a classificação de risco dos pacientes, existindo apenas prioridades para situações clínicas muito óbvias, gerando até conflito entre os usuários no momento do acolhimento. Muitas demandas são necessárias serem questionadas diretamente com a médica, pois a equipe tem dificuldade de selecionar se o quadro necessita ser atendido de forma imediata ou pode ser programado, por desconhecimento teórico acerca do assunto.

As estratégias de acolhimento foram muito bem aceitas pela equipe porque além de demonstrarem organização da equipe, facilitam o acesso dos usuários, pois ao invés de diariamente enfrentarem filas junto de todos os tipos de demanda, sabem exatamente qual melhor dia para procurar o serviço, tendo menor concorrência pelas vagas, pois as mesmas são destinadas preferencialmente para uma população específica.

A dificuldade de nossa equipe inicialmente foi acostumar a população aos horários dos atendimentos, então passamos por uma transição de predominância de demanda espontânea, para uma predominância de demanda programada conforme o cronograma, que os pacientes passaram a conhecer e divulgar entre si.

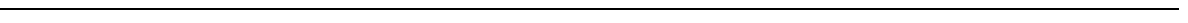
No início até a triagem e o acolhimento eram prejudicados, até organizarmos um espaço destinado apenas a isso, onde uma técnica identifica a demanda e dados pessoais, enquanto a outra a antropometria e sinais vitais, esse último tem sido otimizado, com a capacitação progressiva da equipe para a aferição.

Apesar das limitações quanto a capacitação da equipe, o sistema de acolhimento foi benéfico a todos os membros, por serem definidos grupos populacionais a serem atendidos, facilitando durante a triagem, sinais e antropometria, além da questão de documentos, como cartão de gestante e criança. Foi observado que inclusive os pacientes de demandas espontâneas tentam obedecer o calendário, pois os usuários acabam aguardando o dia daquele tipo de atendimento para procurar o serviço de forma imediata, guardando para situações mais urgentes, a demanda imediata que não entra no grupo que está sendo atendido naquele dia.

A grande mudança que observamos como esse tipo de acolhimento, foi um fluxo semanal mais organizado e harmonioso, que facilita o trabalho da equipe desde a triagem, passando pelo acolhimento, procura de prontuários, etc. Facilita ao usuário que consegue se organizar para a demanda programada de forma mais eficaz, com maiores chances de ser atendido no tempo desejado.

A continuidade dessas ações buscará sempre aprimorar as estratégias de acolhimento, através de melhor capacitação da equipe para definir os riscos de maneira padronizada, não dependendo apenas do médico para o fazer, potencializando a relação demanda programada versus demanda espontânea, conseguindo filtrar de forma segura e eficaz, que situações podem aguardar uma consulta programada, dependendo de vários fatores, como condição de saúde atual e questões sociais, entre outros. Para isso, as técnicas e agentes precisam estar capacitadas para realizar triagem e acolhimento, que otimizem o acesso adequado.

A grande lição disso é que é algo que beneficiar o serviço de todos os membros de nossa equipe, facilitando o acesso de nossos pacientes aos atendimentos e tornando mais viáveis consultas de forma homogênea, priorizando as situações de risco. Temos muito a evoluir, porém conseguimos caminhar aos poucos para a otimização de nossos serviços.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

No Brasil, a atenção à saúde básica tem como uma de suas prioridades a atenção à saúde sexual e reprodutiva, dando enfoque não apenas a oferta de métodos para concepção e anticoncepção, mas ao direito de livre escolha e assistência, assim como informações. De maneira geral, os profissionais de saúde sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à saúde sexual, por ser uma questão que levanta polêmicas e sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, gerando desinformação, ou até mesmo a disseminação de informações errôneas acerca do assunto (BRASIL, 2010).

A saúde sexual e reprodutiva, assim como o planejamento familiar são assuntos que precisam ser discutidos, que precisam ser abordados com a população de forma geral, a fim de que se possa diminuir índices alarmantes, como a crescente taxa de infecções sexualmente transmissíveis, assim como o número de gestações indesejadas, que acabam levando a outras mazelas socioeconômicas.

Pensando nisso, elaboramos uma ação de cunho educativo juntamente com alguns acadêmicos que estavam acompanhando o enfermeiro da equipe, as atividades foram voltadas para a população de forma geral, sexualmente ativa ou não, que desejavam tirar dúvidas, receber atendimentos, médicos, de enfermagem, testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, dispensa de métodos contraceptivos e convidamos uma médica ginecologista para nos prestar apoio conforme a necessidade.

A ação ocorreu em meados de junho de 2018, convidamos os pacientes inicialmente para comparecer ao auditório do prédio vizinho ao nosso prédio, gentilmente cedido pela gestão, notamos um grande quantitativo de mulheres, enquanto a população masculina estava bastante restrita, devido a baixa procura espontânea desse grupo. Quando atingimos um certo número de pacientes, cerca de trinta pessoas, por volta das 8:30h, iniciamos os trabalhos (Vide Apêndice VI – Imagem 3).

Começamos questionando os pacientes acerca de seu conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, então passamos a desmistificar algumas coisas, principalmente com relação aos métodos contraceptivos e práticas sexuais, assim como compartilhamento de experiências entre si. As principais dúvidas foram com relação ao uso de certos métodos contraceptivos como a “tabelinha”, os efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais (ganho de peso, etc), assim como o índice de falhas de todos os métodos, quais são dispensados pela rede pública, orientações de uso e dúvidas de como proceder quanto a falhas, e

dúvidas no geral sobre ciclo menstrual e hormonal da mulher, após isso foi feita uma breve explanação sobre métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, durando cerca de uma hora de tempo.

Após esse momento, as pacientes foram encaminhadas para os atendimentos conforme sua necessidade, nesse momento, sugeriram mais pacientes, pois o fato de serem ofertados serviços atraem um público bastante grande. Foram ofertadas consultas clínicas comigo e ginecológicas com a especialista convidada conforme demanda, assim como planejamento familiar e reprodutivo com o enfermeiro de nossa ESF, com fornecimento de métodos contraceptivos, como preservativos femininos e masculinos, contraceptivos orais combinados e para lactantes o exclusivo de progesterona em baixa dose, assim como injetáveis mensais, além de gel lubrificante; e os testes rápidos, que conforme dessem positivos eram encaminhados a consulta médica instantaneamente.

Abro um parêntese e cito como exemplo, uma paciente que estava presente no momento educativo e após narrar uma situação familiar a respeito da doença do irmão, foi orientada a levá-lo ao serviço, onde de forma rápida e eficaz diagnosticamos um caso de HIV e já conseguimos fazer a referência imediatamente, pouco tempo depois o mesmo já estava em tratamento adequado, mostrando claramente o impacto de nossas ações.

Os atendimentos seguiram pela manhã, encerrando por volta de 12:30h, onde foram atendidos cerca de 30 pacientes pela especialista e 20 pacientes por mim com demandas de forma geral, e as orientações e fornecimento dos métodos estavam sendo realizadas pelas técnicas em enfermagem e uma equipe convidada veio realizar os testes rápidos e aconselhamentos.

No final das atividades, nos reunimos para realizar um feedback a respeito do que ocorreu durante a manhã, no que diz respeito aos pontos positivos e negativos. Quanto aos pontos positivos, conseguimos disseminar bastante informação válida e despertar curiosidade e interesse acerca dos métodos contraceptivos, em uma população que tem baixa adesão a tais métodos, além de sanar dúvidas sobre sexualidade e vida reprodutiva que talvez muitas tivessem e jamais conseguiram perguntar, e por se tratar um público amplamente feminino, a conversa fluiu bem naturalmente, e conseguimos atingir desde moças jovens ainda iniciando a vida sexual, mães de família e senhoras com um pouco mais de idade, que também tinham suas dúvidas e experiências, gerando uma boa troca.

Conseguimos fornecer alguns métodos contraceptivos, além de influenciar algumas pacientes a participar de nosso programa de planejamento familiar, saúde sexual e

reprodutiva, fornecendo informações a respeito, visto que algumas nem sabiam de sua existência, muito menos que o SUS fornece métodos contraceptivos que vão além dos preservativos, e de certa forma iniciamos a quebra de alguns tabus e desmistificamos falsas informações, até mesmo para membros de nossa equipe como técnicas e agentes comunitárias em saúde.

Quanto aos pontos negativos, ainda notamos a grande resistência da população masculina em participar das atividades, assim como buscar atendimento, principalmente na faixa etária mais jovem e sexualmente ativa, cuja taxa de participação foi próxima a zero, percebendo que os mesmos só chegam ao consultórios quando já tem alguma infecção já instalada, com manifestações clínicas que causam incomodo. Outro ponto negativo foi a demanda grande demais para o nosso pequeno espaço físico e pequena equipe, gerando certo tumulto, fato que pode ser resolvido com um planejamento mais abrangente, pensando em maior espaço, em convidar outras equipes de estratégia de saúde da família da nossa UBS para se juntar a nós nessas atividades, assim como disponibilizar mais serviços e suprimentos físicos.

O que levamos de lição dessa ação foi que precisamos levar mais ações educativas para a nossa população e que aliadas a outros serviços, como atendimentos, fornecimento de medicações, etc., conseguimos atrair um público maior para nossas atividades, e que muito da nossa má adesão a certos programas é por falta de informação, que precisamos quebrar continuamente o conceito de que planejamento familiar é única e simplesmente fornecimento de contraceptivos, pré-natal, etc., e só podemos fazer isso com educação contínua em saúde, ou seja, falar sobre saúde sexual e reprodutiva, com a maior naturalidade possível, para que os pacientes se sintam a vontade em tirar suas dúvidas, receber informações, além de quebrar o velho conceito de que porque são casados ou tem algum relacionamento estável, não precisam se cuidar ou se precaver, seja de doenças sexualmente transmissíveis, como gravidezes indesejadas, gerando um número de filhos superior ao que aquela família pode arcar socioeconomicamente, dentre outras questões.

Sobre o planejamento de ações futuras, consegui detectar através dessa microintervenção uma falha que precisamos suprir: o aumento da inserção do homem, principalmente dos jovens e adultos, no contexto de saúde, tanto preventiva quanto curativa, fazer mais ações voltadas para os mesmos, e desenvolver estratégias para que os mesmo busquem mais o serviço de saúde e mais precocemente, visto que planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva não é um tópico única e exclusivamente trabalhado

na população do sexo feminino, a qual se faz presente fortemente nesse tipo de trabalho, mas ainda sim precisa ser mais orientada e incentivada.

O ideal seria que essas intervenções ocorressem de forma contínua, com uma frequência maior, não deixando para tratar desses temas apenas para dentro de consultório, quebrando tabus e dessa forma evitando situações que possam ser evitadas de forma fácil e acessível. Para isso sugerimos a continuidade desse tipo de ação pelo menos de forma bimestral, voltada para diferentes públicos, sempre tentando que os pacientes se interessem e busquem os serviços de forma ativa, passem informações adiante para seus familiares, vizinhos, etc.



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

A saúde mental ainda é considerada um tabu dentro da sociedade, onde muitas vezes os pacientes têm dificuldades em tratar de temas que envolvem qualquer tipo de sofrimento ou alteração psíquica, mesmo estes tendo grande relação com diversas queixas dos pacientes. Cabe a equipe de saúde, a capacidade de identificar essas demandas e o desafio de abordá-las na assistência cotidiana (BRASIL, 2013).

O cuidado com a saúde mental no Brasil passou por muitas fases, desde o modelo manicomial, até a criação da Rede de Atenção Psicossocial que é o que conhecemos hoje, que incluem a abordagem da saúde mental na rede básica, passando por diferentes níveis, pela criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enfermarias para o cuidado das crises, inclusão dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no processo do cuidado, tentando quebrar o errôneo conceito de que saúde mental e loucura são sinônimos (BRASIL, 2013).

Dentro da atenção básica, a equipe de ESF lida com diversas situações que envolvem direta ou indiretamente prejuízos na saúde mental. Dessa forma, o médico da equipe, assim como os demais profissionais necessitam desenvolver a capacidade de reconhecer essas demandas, para abordá-las da forma mais precoce e o mais eficaz possível. Em nosso cotidiano, temos contato direto com pacientes com variados graus de sintomas depressivos e ansiosos, corriqueiramente, assim como doenças mais estigmatizantes, como esquizofrenia, alterações de personalidade, humor, etc., alguns fazendo acompanhamento especializado, nos serviços de referência, porém muitos em negação acerca das alterações em sua saúde mental. No entanto, mesmo esses que fazem tratamento especializado, acabam não repassando tais informações para a equipe de saúde básica, as informações pertinentes a esse tratamento, dificultando a tentativa de manter um cuidado linear e multidisciplinar contínuo entre os serviços, como preconiza a RAPS.

De forma a tentar trabalhar para unificar e manter a continuidade do cuidado em saúde mental, eu, juntamente com a minha equipe, criamos um instrumento em forma de planilha (Apêndice IV), para rastrear e coletar informações importantes acerca do cuidado em saúde mental, como diagnóstico, frequência de consultas com a ESF, se faz acompanhamento com NASF, CAPS, especialista, uso de medicações, etc. de acordo com cada microárea, designando tal instrumento para os agentes comunitários em saúde coletarem as informações, tanto com os pacientes já conhecidamente acompanhados,

quanto a novas potenciais demandas que possam surgir, tanto no campo da saúde mental em si, nas patologias, incluindo abuso de álcool e outras drogas (Apêndice IV).

A coleta desses dados é um trabalho longo e contínuo, porém dentro dessa coleta de informações, foi possível notar a dificuldade no acesso aos serviços de referência, assim como a baixa adesão ao acompanhamento multidisciplinar.

Dentre esses pacientes, uma mulher, V.S.Q., de 32 anos, me chamou atenção. Essa paciente era uma paciente com diagnóstico e acompanhamento prévio para transtorno depressivo grave. Mesmo sendo da área, ela não foi encontrada por busca ativa, e sim a mesma foi a consulta médica, por outro motivo, que aparentemente não tinha relação com a saúde mental. Primeiramente, observei que a paciente apresentava uma visão muito negativa acerca de seu quadro atual, de melhora, etc. como parte da sua anamnese, questionei sobre doenças prévias, então ela referiu quadro de depressão com abandono de tratamento há mais de um ano, porém apresentava muitas deixas inespecíficas e fatos marcantes como o término recente de relacionamento, desemprego, solidão, ócio, dificuldades de ver qualquer situação de forma positiva, de manter laços com outras pessoas, etc.

Nesse caso, pratiquei a escuta ativa, e percebi que ela precisava de atenção da RAPS, até pelas ideias suicidas, falta de apoio familiar (pois moram em outra cidade e a mesma se recusa a ir) , etc. Após esse momento, encaminhei ela para a equipe do NASF e para retorno até 30 dias comigo. A paciente iniciou os trabalhos da psicoterapia e consultas, persistindo com as queixas negativistas e críticas a equipe. Então, encaminhei para o serviço especializado, onde ela começou a realizar consultas com uma psiquiatra, no Hospital das Clínicas, e persistiu com acompanhamento com psicóloga do NASF e comigo, quinzenal e mensal, respectivamente, e iniciou o uso de 3 anti-depressivos associados prescritos pela especialista, inicialmente ela não soube dizer quais, porém solicitei que trouxesse a receita, para podermos fazer o registro. No momento, a paciente apresenta melhora gradual, e começou a permitir a presença de amigos em sua vida e adotou uma criança, o que melhorou sua condição consideravelmente, porém a mesma segue em acompanhamento multidisciplinar, como forma de manter o controle, e estabelecer prazos e metas de acordo com a realidade do paciente.

Em nosso estado, temos certas dificuldades quanto a Rede de Atenção Psicossocial, citei a paciente acima, pois foi uma das poucas que obteve continuidade do tratamento. Quanto a estrutura, contamos com um CAPS III, que funciona em uma casa alugada em

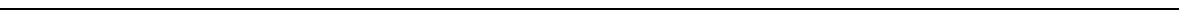
um ponto central na cidade, porém não funciona 24h, nem fins de semana, apenas horário comercial, não aceita quadros como depressão e ansiedade, apenas transtornos como esquizofrenia, bipolaridade, etc. referenciando os demais para o Hospital das Clínicas, porém trabalha com consultas psiquiátricas quase diariamente e mesmo assim não consegue suprir a demanda dos pacientes, trabalha com psicoterapia, terapia ocupacional, oficinas, grupos e outras tarefas para estimular os pacientes e suas famílias, porém deixa muito a desejar na atenção integral e estrutural.

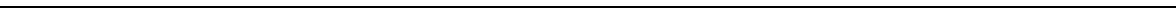
Temos um CAPS AD que também fica em uma casa alugada no centro da cidade, muito menor em termos estruturais que o CAPS III, funcionando de forma similar com horários, e tarefas, mas pegando mais forte a parte de grupos e atraindo uma população diferenciada, dando ênfase aos moradores de rua que tem bastantes casos de abuso de álcool e drogas, além da instituição oferecer refeições, o que atrai os pacientes, porém o acesso a este CAPS já é um pouco mais facilitado.

No estado temos 2 CAPSi, mas temos mais contato com o da capital, que por coincidência fica ao lado do prédio em que atendo, na zona sul da cidade, e conta com acolhimento, consulta em enfermagem, e psiquiatria, fonoaudiologia e psicologia, além de oficinas para crianças e pais, porém pela equipe reduzida e grande demanda, um paciente leva cerca de três meses para conseguir uma consulta, dificultando seu seguimento. A porta de entrada, em casos de emergência é o Hospital de Emergências, que aciona o psiquiatra para avaliação e conduta, caso precise de internação, o mesmo é encaminhado ao hospital das Clínicas, onde existem alguns leitos para esses pacientes, além do atendimento psiquiátrico ambulatorial.

A grande dificuldade do serviço é o baixo número de profissionais, o horário de funcionamento dos locais, a dificuldade de realizar oficinas, ora por falta de orçamento, ora por falta de espaço. Alguns profissionais vem até de outro estado para suprir a escassez de psiquiatras locais, dificultando o funcionamento da RAPS, sendo sempre a media de 3 meses entre uma consulta de outra.

Estamos colocando o instrumento em prática, o que facilita o serviço, pendências, renovação de receitas para o paciente não ficar sem medicação, acompanhamento com o NASF, com quem consigo discutir os casos clínicos e fazemos um planejamento terapêutico individualizado, enquanto o paciente aguarda o acompanhamento especializado, e mantém o seguimento contínuo, podendo sempre melhorar, e deixá-los conscientes de sua condição, com melhor aceitação e busca por melhora.





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

Dentre as recomendações da Conferência de Alma Ata em 1978, encontra-se a avaliação do desenvolvimento, visto que é um processo que inicia desde a concepção e se estende até o fim da vida, é um processo complexo e multifatorial, assim como o crescimento, o qual também deve ser avaliado, como forma de definir condições de saúde e nutrição não só de um indivíduo, mas também de uma população (MONTEIRO et al, 2014).

Dadas essas informações, eu e minha equipe tratamos crescimento e desenvolvimento de uma forma especial, durante uma das reuniões mensais com a equipe, coloquei o questionamento sobre nossa avaliação de crescimento e desenvolvimento, podendo ser observado a partir do questionário respondido (Apêndice V). Nosso trabalho começou da seguinte forma: ainda no início do ano, solicitei para as agentes em saúde que fizessem um mapeamento de sua respectiva microárea, em busca das crianças abaixo de 5 anos, e que mantivessem esse número atual, o que elas fazem mensalmente a partir dos relatórios de análise da área, onde colocam o quantitativo total naquele mês, e discriminam os nascimentos e óbitos, assim como nascidos com alto ou baixo peso e as orientações a seguir, visto que essas profissionais são as que mais tem contato direto com as famílias.

Quanto ao atendimento ambulatorial, pactuamos que as consultas de rotina fossem intercaladas entre mim e o enfermeiro da equipe, o que também referencia os pacientes para atendimento médico sempre que necessário. Foi separado um dia de atendimento médico apenas voltado para crianças, toda quinta-feira, como forma de habituar a população, sem deixar de atender as demandas espontâneas nos demais dias da semana, conforme necessidade. Logo ao nascimento, o enfermeiro na primeira consulta já deixa agendado e registrado no cartão da criança o tempo para as próximas consultas, como forma de orientar a mãe, dando ênfase nas consultas antes dos 6 meses, tendo como grande marco a transição alimentar.

Durante as consultas, algumas coisas são padronizadas, como o registro antropométrico no cartão de vacinas, tanto em forma de tabela, quanto em forma de gráficos, melhores explorados no cartão de vacinação do SUS, constando informações acerca de Perímetro cefálico até o 2º ano, e peso, altura/comprimento e índice de massa corporal até os 10 anos. Utilizamos como fichas espelho as tabelas de puericultura até o 5º

ano previstas pela Secretaria Municipal de Saúde local, mas em especial o próprio registro em prontuário para constar esses dados na UBS.

Durante toda consulta, algumas informações são obrigatórias e padronizadas para serem registradas em prontuário, o mesmo tendo função de ter esse controle e registro dentro da unidade, tais informações são: idade, dados antropométricos (perímetro cefálico e braquial antes dos 2 anos, peso, estatura/comprimento e IMC até os 10 anos) e se os mesmos estão condizentes com os gráficos ou se tem alguma alteração nos escores e qual tipo de alteração, dados vacinais (se atrasadas, encaminhadas a sala de vacinação), amamentação, em especial o tipo, se exclusiva, complementada e etc, assim como informações prévias caso paciente já esteja seguindo algum outro esquema alimentar, como quanto tempo de amamentação exclusiva e complementar, assim como prática de amamentação cruzada e uso de formulas infantis, e, por último, registro dos marcos de desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a idade.

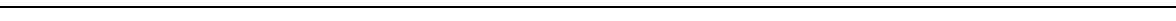
Uma deficiência bem grande de ser notada é a questão alimentar, fato que ainda não impactou sobre a antropometria de maneira expressiva, porém, notei uma grande lacuna no conhecimento cerca do aleitamento materno e pela falta de informações, percebi uma introdução alimentar precoce e incorreta, sob justificativa de que o leite materno não sustenta uma criança maior, algumas mães introduzindo consumo de água de origem duvidosa e outros alimentos como mingau e sopas antes do recomendado.

Ao perceber essa falha, começamos a reforçar as orientações corretas acerca do aleitamento materno e sua importância. Em nossas reuniões/grupo de gestantes, sempre introduzimos o tema aleitamento materno e deixamos exposto na área de espera da UBS um banner informativo que incentiva aleitamento materno e desmitifica certas falsas informações que circulam acerca do assunto. Sempre que possível abordamos o tema com a população geral, para que possam repassar aos familiares. A última ação educativa foi realizada agora no mês de outubro, no início das programações sobre o outubro rosa de prevenção ao câncer de mama, onde foi feita a parte educativa e distribuídos panfletos sobre o tema, os quais ainda estão disponíveis na recepção a quem interessar.

Com essas ações, a equipe passou a entender melhor a importância do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, estando mais atentas a coleta de dados antropométricos, assim como as informações a repassar acerca do aleitamento materno e sua importância. A resposta expressiva acerca do impacto de nossas ações vem na crescente procura de mães com seus filhos pouco antes de completar 6 meses, querendo

realizar uma consulta para receber informações e tirar dúvidas sobre transição alimentar. Para o auxílio dessa população, criei um pequeno “cardápio” de transição como forma de orientar as mães e que as mesmas possam levar essas orientações por escrito para casa, e quando eu não consigo sanar todas as dúvidas, encaminho a profissional nutricionista do NASF, a qual prepara um cardápio individualizado e também fortalece a parte de orientações.

Após todo esse processo conseguimos perceber que o registro de crescimento e desenvolvimento é indispensável para além de melhorar a saúde de nossa população, termos um mapeamento do estado nutricional de nossa população, que diretamente proporcional ao padrão socioeconômico da população que lidamos diariamente. Conseguimos perceber também que muitos dos “erros” cometidos no processo nutricional são por pura falta de informação, porém esse é um processo contínuo, que deve ser trabalhado sempre desde o agente, o técnico que coleta os dados antropométrico até o médico e o enfermeiro que realizam as consultas, no qual devemos sempre fornecer orientações de forma constante e coerente ao processo de crescimento e desenvolvimento da população infantil, que ocorre de forma contínua e progressiva, devendo a atenção em saúde ocorrer da mesma forma.



CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção

Primária à Saúde

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) possuem uma taxa de morbimortalidade bastante elevada, principalmente nos países de média e baixa renda, afetando especialmente essas pessoas que apresentam um menor nível socioeconômico, considerando que esses indivíduos apresentam-se mais expostos aos fatores de risco associados a essas comorbidades (MALTA & SILVA JR., 2013). No Brasil, o cuidado prestado a esses pacientes portadores de DCNT's é prestado pela Rede de Atenção às doenças crônicas, que busca uma linha de cuidados direcionada para tais doenças (BRASIL, 2014).

Na equipe de ESF na qual atuo, temos através das Agentes comunitárias em saúde um cadastro de todos os hipertensos e diabéticos que existem em cada microárea, ressaltando que existe uma vasta área sem agentes comunitários que é atendida pela equipe, mas a qual não temos esse controle tão rigoroso e desde antes de eu iniciar os trabalhos na equipe já era uma queixa muito freqüente o seguimento dos hipertensos e diabéticos. Dessa forma, foi respondido pela equipe o questionário de avaliação e cuidados com os pacientes portadores de doenças crônicas (apêndice VII), onde percebemos que fazemos acompanhamento regular de nossos pacientes hipertensos e diabéticos, porém falhamos na estratificação de risco de nossos pacientes, assim como no seguimento dos pacientes portadores de obesidade, visto que temos apenas as informações que constam nos prontuários e no cadastro individual dos pacientes portadores de doenças crônicas realizado pelas ACS.

Ao iniciar os trabalhos na equipe, realizei a divisão dos horários organizando uma agenda de atendimentos semanal, destinada apenas a pacientes hipertensos e diabéticos, com 10, podendo chegar a 12 atendimentos agendados semanais, deixando em aberto para atendimentos em demanda espontânea nos demais dias da semana conforme a necessidade dos pacientes, para melhorar a linha de cuidados específicos, no entanto, percebi uma baixa adesão a esta agenda, principalmente após a mudança de endereço da equipe, onde atualmente nos situamos em um local de alta periculosidade, e um pouco mais isolado, deixando os pacientes, principalmente os idosos, receosos de chegar até o local das consultas, por histórico de furtos, etc., além da falta de conhecimento de como chegar ao local.

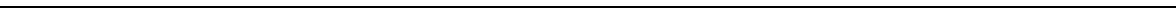
Como tentativa de melhorar o atendimento e despertar a atenção dos pacientes, realizamos uma ação educativa com os pacientes hipertensos e diabéticos, em parceria com o NASF, com palestras educativas, café da manhã saudável, e exercícios físicos instruídos pelo educador físico, o que agradou bastante a população, e foi uma forma de apresentar nossos serviços a comunidade, porém não conseguimos dar seguimento a essas atividades com frequência, devido as agendas de atendimento e a presença do NASF apenas um turno por semana. Porém, de positivo serviu como um pontapé inicial aos pacientes em busca pelos atendimentos. Que tiveram um aumento na procura do serviço, sempre nos questionando quando teríamos uma nova ação do tipo, em especial pelos exercícios físicos. No entanto, não conseguimos alcançar a população de forma satisfatória, partindo para outra tentativa, que foi a busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos em domicílio. A equipe passou a prestar atendimento a alguns pacientes hipertensos e diabéticos da área em casa, realizando visitas domiciliares duas vezes por semana, principalmente os idosos, como forma de não perder o seguimento dos mesmos, fazendo isso periodicamente, e incentivando a irem a Unidade, obtendo algum aumento nas procuras, em especial dos hipertensos, para realização de consultas rotineiras e exames periódicos.

As agentes comunitárias também tem papel essencial nessa busca, agendando as consultas para os pacientes, para poupá-los de ir a Unidade agendar, fazemos essa marcação semanalmente, tanto com vagas destinadas a marcação espontânea e aos agentes para os pacientes de cada microárea, com o intuito de diminuir o tempo de espera dos pacientes.

A nossa grande dificuldade é com relação ao local de atendimento, e estamos conseguindo sanar por meio das visitas domiciliares, com projetos futuros para levar atendimento uma vez por mês para o centro comunitário do bairro, para aumentar a adesão, visto que percebemos que a maior população portadora de DCNT está situada naquela reunião. Estamos em fase de implementação do cadastro dos pacientes hipertensos e diabéticos, com informações acerca de complicações e risco cardiovascular, assim como medicações em uso.

Como reflexão, a equipe percebeu que necessita incentivar de forma mais incisiva a continuidade do cuidado em saúde para os portadores de doenças crônicas, em especial, que precisamos fortalecer a nossa linha de cuidados com pacientes diabéticos e obesos, apesar de termos uma baixa taxa de diabéticos, assim como de complicações por diabetes na área, ou por subnotificação ou por cuidado precoce, porém temos um grande percentual

de casos de obesidade, que manejados pela equipe do ESF e NASF em conjunto, mas que podem melhorar quanto a linha de cuidado e plano terapêutico, cadastramento e acompanhamento contínuo de parâmetros antropométricos, assim como cuidado multidisciplinar. Lembrando que esses pacientes necessitam de um cuidado contínuo, que conforme sua necessidade, sempre pode ser melhorado, a fim de proporcionar a nossos pacientes uma melhor qualidade de vida.

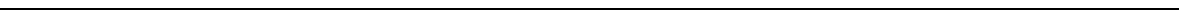


CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação na Unidade de Saúde – Atenção ao pré-natal	Após a realização do instrumento de avaliação AMAQ, proposto pelo PMAQ, observamos falhas na assistência ao pré-natal, devido ao grande número de gestantes na área, início tardio e dificuldades no seguimento. Realizamos busca ativa das gestantes na área, ação educativa e oferecimento de serviços em parceria com o NASF. Organizamo-nos para manter consultas de enfermagem todos os dias e 1 turno na semana, consultas médicas e divulgamos para a comunidade.	As gestantes ficaram bem satisfeitas com os serviços prestados, especialmente com as consultas, os exercícios físicos, palestras e café da manhã. Conheceram nossos serviços e foram incentivadas a prosseguir o pré-natal regularmente, o que posteriormente aumentou nossa adesão.	Continuar fazendo o pré-agendamento das gestantes durante a própria consulta, para a consulta subsequente como plano contínuo. Fazer ações bi ou trimestrais em parceria com o NASF para chamar atenção das gestante e incentivar a adesão ao pré-natal, Com serviços de interesse das mesmas, tendo previsão da próxima para janeiro de 2019. Continuar fazendo busca ativa das gestantes na área por meio das agentes de saúde, eventualmente com auxílio do restante da equipe.
Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada	Foi observado que a maioria dos atendimentos era realizado por demanda espontânea, de forma aleatória, o que dificultava o serviço de acolhimento da equipe. Dessa forma, organizamos um cronograma de atendimentos por grupos populacionais conforme a	A população teve boa aceitação do cronograma de atendimento, tornando a demanda programada superior a espontânea, deixando o fluxo de atendimento mais organizado e o trabalho de acolhimento da equipe mais	Continuar com o cronograma semanal de atendimento, sempre aberto a ajustes conforme necessidade e deixando espaço para eventuais demandas espontâneas. Melhorar o sistema de arquivamento de prontuários em dezembro de 2018. Iniciar classificação de risco através da triagem a partir do início de 2019.

	necessidade da nossa comunidade.	eficaz.	
Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério	Com o intuito de orientar os pacientes acerca de planejamento familiar e saúde sexual, realizamos atividades educativas, dispensação de contraceptivos, testes rápidos para IST's e consultas clínicas e com ginecologista.	Observamos grande comparecimento da população feminina, que se apresentava bem disposta a trocar experiências e tirar dúvidas, alta procura pelos métodos contraceptivos tanto de barreira, quanto orais e injetáveis. Porém, observamos baixa adesão masculina.	Como funcionamos dentro de um anexo da UBS, não temos farmácia, mas já iniciamos a dispensação de alguns contraceptivos e preservativos, assim como panfletos educativos em nosso prédio, assim como realização cotidiana de testes rápidos para maior comodidade das pacientes. Vemos a partir de 2019 a necessidade de ações que levem o médico especialista em ginecologia pelo menos semestralmente para atender a população. Também a partir desse ano, programar ações voltadas a população masculina, no mínimo duas, culminando no mês de Novembro, onde temos o "Novembro azul", de atenção a saúde do homem.
Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	A saúde mental precisa ser olhada com mais atenção na saúde básica, dessa forma elaboramos um instrumento que organiza e sistematiza a atenção aos pacientes portadores de transtornos mentais.	O instrumento facilitou a organização de um plano de cuidados para os pacientes, incluindo cuidados multidisciplinares, psicoterápicos, encaminhamentos para a RAPS, renovação de receitas, etc.	Com o plano de cuidados, observamos a dificuldade dos pacientes em conseguir consultas psiquiátricas e atendimento psicoterápico, visto que temos apenas 1 turno semanal com a psicóloga pelo NASF. Dessa forma, continuaremos com o instrumento e, a partir de janeiro de 2019, incluiremos um espaço na agenda para grupos de cuidado e atendimento em saúde mental.
Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento	Ao perceber o grande número de crianças em nossa área, separamos um dia para atendimentos dessa população, iniciamos a	Conseguimos identificar a partir dos dados o perfil de nossa população infantil, o qual em dias estavam	Como plano de continuidade, a partir de fevereiro de 2019 tornaremos os mutirões vacinais em nossa área mais frequentes, visto que estamos percebendo quais os déficits dos calendários vacinais de nossas crianças.

	<p>verificação da antropometria (peso, altura, perímetro cefálico e braquial para menores de 2 anos) e dados acerca do cartão vacinal. Passamos a fazer orientações nutricionais.</p>	<p>os calendários vacinais e cobrar dos pais e auxiliar nas fases da alimentação, dentro da consulta ou com encaminhamento a nutricionista do NASF.</p>	<p>Traçar um cardápio acessível em parceria com a nutricionista, que facilite a orientação das famílias sobre as fases alimentares, em especial transição alimentar dos 6 meses e o risco de certos alimentos e difundir isso pela população.</p>
<p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Para promover um cuidado mais intensivo aos portadores de DCNT's, separamos uma agenda de atendimento específica para eles, e facilitamos a marcação, presencial ou via ACS uma vez por semana, passamos a fazer busca ativa na área e realizamos ação de cunho educativo e de entretenimento para os pacientes.</p>	<p>Os pacientes ficaram bastante entusiasmados com a ação, principalmente com os exercícios físicos, porém ainda consideramos a adesão as consultas ainda baixa, devido ao local que se situa nosso prédio.</p>	<p>Em dezembro de 2018, planejaremos iniciar atendimentos voltados a essa população em um centro comunitário do bairro, mais seguro e acessível ao pacientes, e que isso ocorra mensalmente, em um dos dias de visita domiciliar e persistiremos na busca ativa. Planejamos fazer com mais frequência, momentos de exercícios físicos, visto que isso agregou pacientes, inclusive pensando em parceria com outras ESF de áreas próximas.</p>



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizarmos a seis microintervenções propostas pela especialização, consegui ter a mesma sensação de estar mais próxima da população, realizando ações que os beneficiam e melhoram a qualidade de nossos serviços enquanto equipe. A realização de tais atividades também promoveu nossa união enquanto equipe, assim com com os profissionais do NASF e nossos pacientes, pois todos agimos em prol de um objetivo em comum, e observamos verdadeiro impacto em nossas ações.

As dificuldades também foram similares, principalmente com a dificuldade de acesso ao nosso prédio, devido a violência e o medo da população, a falta de conhecimento da população acerca de nossos serviços, e dificuldade de manterem o acompanhamento constante, assim como o complicado acesso aos exames complementares e serviços de referência, por se tratar de uma cidade com pouca infra-estrutura.

Pensando em alguns pontos específicos, a grande área que pertence a nossa ESF, mas não tem agentes comunitários em saúde se torna um grande obstáculo no mapeamento da população e no planejamento de ações, visto que como não temos noção exata do número de gestante, crianças, hipertensos, diabéticos e demais grupos populacionais, assim como suas demandas que teoricamente necessitamos suprir, abrangendo assim apenas parcialmente à atenção a saúde, quando estes vêm até nós. Muito mais poderia ser feito com mais recursos, incentivo e segurança. Porém, trabalhamos incansavelmente por meio de aprimoramento constante na busca, acolhimento e organização do atendimento, assim como construção e um plano terapêutico para os pacientes, o que foi bastante encorajado durante a realização das microintervenções voltadas para pontos chave na atenção básica.

Para o futuro, eu e a equipe temos muitos planos de melhorias e aperfeiçoamento de nosso serviço, pelo menos como forma de fazer a nossa parte, mesmo que o sistema tenha as suas falhas, percebemos que necessitamos melhorar a captação precoce das gestante e seu seguimento correto do pré-natal, assim como melhorar o seguimento nutricional de nossas crianças e o cuidado contínuo na unidade com os nossos portadores de DCNT's, indo além de apenas consultas ambulatoriais. Portanto, conhecendo nossos pontos frágeis e nossas qualidades, podemos sempre melhorar, isso é um processo gradual e contínuo, que nunca se acaba.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. Cadernos de atenção básica, nº 28, volume I. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde, p.8. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Vol. 9, n. 17. P. 287-301.2005.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde, vol 22 (1), PP: 151-164. Brasília, jan-mar 2013.

MONTEIRO, F.P.P.; ARAÚJO, T.L.; XIMENES L.B.; VIEIRA N.F.C. ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Ciencia y Enfermería, vol. XX, núm. 1, abril, 2014. pp. 97-110, Universidad de ConcepciónConcepción, Chile.

VELLOSO, V. B. Organização da demanda espontânea e programada e acolhimento na estratégia de saúde da família: Um relato de experiência. TCC. Conselheiro Lafaiete.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; da GAMA, Silvana Granado Nogueira; FILHA; da COSTA, Janaina Viana; BASTOS, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1:

Matriz de intervenção I

IDENTIFICAÇÃO DO PADRÃO	DESCRIÇÃO DO PADRÃO	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA	RECOMENDAÇÃO / INTERVENÇÃO PROPOSTA
A equipe acompanha todas as gestantes do território (4.22).	A equipe realiza seis ou mais consultas de pré-natal (consultas alternadas entre médico e enfermeiro), mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente no termo.	A equipe não atende todas as gestantes da área, os pré-natais tem inícios tardios e não tem uma regularidade nas consultas.	Captar o maior número de gestantes possível na área, tornar as consultas de pré-natal regulares conforme o proposto pelo ministério da saúde e trabalhar o início precoce do pré-natal.
DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEIS	PRAZO DE EXECUÇÃO / DATA LIMITE	OBSERVAÇÕES
<p>1. Busca ativa das gestantes na área pelas ACS;</p> <p>2. Ações com a equipe de atenção básica e NASF de forma educativa e de cuidado com a saúde com essa população;</p> <p>3. Agendar consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais de pré-natal regulares para essas pacientes .</p>	<p>- Julye, médica da equipe</p> <p>-Eduardo, enfermeiro da equipe</p> <p>- Eliete, técnica em enfermagem</p> <p>-Rosivalda, técnica em enfermagem</p> <p>-Maria Cleudenilda, técnica em enfermagem</p> <p>- Deuza, ACS</p> <p>- Charlene, ACS</p> <p>- Maria Joseli, ACS</p> <p>- Valéria, ACS</p> <p>-Adriana, psicóloga</p> <p>-Verônica, assistente social</p> <p>-Luma, fisioterapeuta</p> <p>-Mateus, educador físico.</p>	<p>Última de semana de abril a primeira semana de maio de 2018.</p>	<p>Ação 1: Busca ativa das gestantes;</p> <p>Ação 2: Palestra sobre aleitamento materno + importância do pré-natal + consulta de pré-natal.</p> <p>Ação 3: Atividades físicas com as gestantes e orientações sobre pré-natal.</p> <p>Ação 4: Marcação das consultas de pré-natal.</p>

SITUAÇÃO			DESCRIÇÃO DO RESULTADO ALCANÇADO APÓS PRAZO PREVISTO PARA EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO
NI	AND	CONC	O resultado da microintervenção foi o aumento da adesão das gestantes que vem sendo observado nas semanas subsequentes a ação, além do maior interesse das gestantes em tirar dúvidas e seguir as consultas de pré-natal regularmente, mesmo com as dificuldades em conseguir exames, chegar a unidade, etc.
		X	

Legenda: NI = não iniciada; AND = em andamento; CONC = concluída.

**APÊNDICE II:
INDICADOR DE PRÉ-NATAL (JANEIRO-ABRIL/2018)**

Mês (2018)	Número de atendimentos pré-natal	Porcentagem de consultas primeira vez	Porcentagem de consultas subsequentes
Janeiro	13	84,6%	15,4%
Fevereiro	08	62,5%	37,5%
Março	16	43,75%	56,25%
Abril	22	50%	50%

**APÊNDICE III:
INDICADOR DE PORCENTAGEM DE CONSULTA POR DEMANDA ESPONTÂNEA DE JANEIRO A ABRIL DE 2018**

Mês (2018)	Total de atendimentos	Consultas por demanda espontânea
Janeiro	159	19,4%
Fevereiro	155	3,22%
Março	175	13,71%
Abril	196	9,18%

**APÊNDICE IV:
FICHA ESPELHO – SAÚDE MENTAL:**

ACS: _____

NOME	D.N.*	DIAGNÓSTICO	APOIO NASF (QUAIS PROFISSIONAIS?)	SERVIÇO DE REFERÊNCIA (CAPS, HOSPITAL, ETC)?	FREQUÊNCIAS DAS CONSULTAS (ESF)	MEDICAÇÕES (POSOLÓGICA/DROGAS)

ACS:

NOME	D.N. *	SUBSTÂNCIA DE ABUSO	APOIO NAS F (QUAIS PROFISSIONAIS?)	SERVIÇO DE REFERÊNCIA (CAPS AD, HOSPITAL, ETC)?	FREQUÊNCIAS DAS CONSULTAS (ESF)	PARTICIPANTE DE GRUPOS?	MEDICAÇÕES (POSOLOGIA/DOSE)

D.N.: Data de nascimento

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DA CRIANÇA
Questionário para Microintervenção

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	X	

(CRAS, Conselho Tutelar)?		
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	

APÊNDICE V:

Cronograma de atendimento padrão.

Semana padrão:

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTOS MÉDICOS - ESF 063 – 2018					
HORÁRIO O/ DIA	Segunda- feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
MANHÃ (8 às 12h)	CLÍNICA MÉDICA (10 VAGAS)	VISITA DOMICILIAR (4-6 VAGAS)	SAÚDE DA MULHER (12 VAGAS)	PUERICULTUR A E SAÚDE DA CRIANÇA (12 VAGAS)	VISITA DOMICILIAR (4-6 VAGAS)
TARDE (14 às 18h)	PRÉ- NATAL E PUERÉRI O (8 VAGAS)	SAÚDE DO ADOLESCEN TE (08 VAGAS)	HIPERTENS OS/ DIABÉTICOS / IDOSOS (10 VAGAS)	ESTUDO PARA ESPECIALIZAÇ ÃO	ESTUDO PARA ESPECIALIZAÇ ÃO

APÊNDICE VI:

**Questionário de acompanhamento de pacientes hipertensos, diabéticos e com
obesidade:**

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?	01 – 07 DIAS		01 – 07 DIAS	
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		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 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?	X		X	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		X		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

APÊNDICE VII:

IMAGENS:



Imagem 1: Equipe 063 em reunião para realização de avaliação.



Imagem 2: Pacientes aguardando o início das atividades educativas.



Imagem 3: Pacientes nas atividades em Educação em saúde sexual e reprodutiva.

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

