



**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**

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE A**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE**  
**NATAL**

**LARISSA BEZERRA DA SILVA**

---

**NATAL/RN**

**2018**

---

---

**MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE A  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE  
NATAL ]**

**[LARISSA BEZERRA DA SILVA ]**

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: Prof.<sup>a</sup> Maria Betânia Moraes de  
Paiva ]

---

NATAL/RN

2018

---



---

NATAL/RN

2018





---

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, aos meus pais, irmã, Jorge Henrique, a minha orientadora/facilitadora, Dra. Zélia, Flavia Chaves, ao diretor da unidade, a minha equipe 98, aos outros funcionários e aos usuários da unidade de saúde de Felipe Camarão III pelo apoio para realização das microintervenções e do Trabalho de Conclusão.

]

---

---

## RESUMO

[A Atenção Primária em Saúde ocorre, no Brasil, por meio da Estratégia de Saúde da Família baseando-se na atenção integral à saúde de uma população previamente adscrita em seu território. É uma das portas de entrada do sistema único de saúde (SUS), responsabilizando-se pela coordenação e continuidade do cuidado à população. O objetivo deste trabalho foi realizar microintervenção a partir de temas direcionados pelo programa de Especialização em Saúde da Família, na tentativa de melhorar os serviços do SUS, incorporando e propagando experiências exitosas nas unidades de saúde. Como metodologia, foi desenvolvido um estudo descritivo longitudinal. Formado por 06 relatos de experiência, cada um abordou temas específicos pré-definidos e as microintervensões realizadas na unidade e território da comunidade adscrita da ESF 98 de Felipe Camarão III, no município de Natal-RN durante o ano de 2018. Durante o ano conseguimos dar continuidade a realização da Classificação de Risco de Coelho, identificar os domicílios de maior vulnerabilidade e oferecer maior cuidado aos mesmos; discutir sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis na rede pública; realizar o desmame dos benzodiazepínicos em aproximadamente 80% dos pacientes em uso da medicação; realizar o rastreamento e as orientações para prevenção das complicações nas doenças crônicas. Espera-se, portanto a melhora da coordenação e continuidade do cuidado à população.

**Palavras-chave:** Atenção primária; Comunidade; Saúde da família.

]

---

---

---

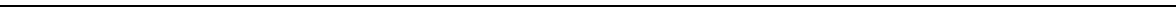
## SUMÁRIO

[	
APRESENTAÇÃO .....	9
CAPÍTULO I: A IMPORTÂNCIA DOS INSTRUMENTOS AUTOAVALIATIVOS NA REFLEXÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO OFERTADO À POPULAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	10
CAPÍTULO II: ACOLHER CONFORME A NECESSIDADE DA POPULAÇÃO E COMPREENSÃO DOS NOSSOS LIMITES: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	15
CAPÍTULO III: DE PACIENTES PARA DIFUSORAS SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	18
CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL: O CUIDADO NECESSÁRIO .....	20
CAPÍTULO V: ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS: ESPERANÇA DO FUTURO.....	22
CAPÍTULO VI: O DESAFIO DA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS): RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	25
CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
REFERÊNCIAS .....	38
APÊNDICES .....	40
ANEXOS.....	44

---



]





---

## APRESENTAÇÃO

Esse trabalho trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiência, teve como objetivo realizar microintervenções a partir de temas direcionados pelo programa de Especialização em Saúde da Família, com o propósito de melhorar o cuidado e o acesso na atenção primária, incorporando e propagando experiências exitosas nas unidades de saúde.

Como metodologia, foi desenvolvido um estudo descritivo longitudinal. Formado por 06 relatos de experiência, cada um abordou temas específicos pré-definidos e as microintervenções realizadas na unidade e território da comunidade adscrita da ESF 98 de Felipe Camarão III, no município de Natal-RN durante o ano de 2018.

O território é composto por aproximadamente por 4.000 pacientes, dividido em seis microáreas e uma dessas abrange o assentamento. Sou formada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), natural de Natal-RN, minha motivação para trabalhar na atenção primária é poder garantir um atendimento mais humanizado e na medida do possível, mais qualificado e compartilhado. Durante a realização das microintervenções percebe-se a importância do trabalho em equipe, da doação e compreensão de cada profissional para realizar ações exitosas ou melhorias no serviço e, portanto não deve ser centrada na participação ou iniciativa da equipe médica.

Convido a todos para leitura dos relatos para conhecimento e colaboração de experiências distintas da realidade de seu território de trabalho.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: A IMPORTÂNCIA DOS INSTRUMENTOS AUTOAVALIATIVOS NA REFLEXÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO OFERTADO À POPULAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**COLABORADORES: ENFERMEIRA, TÉCNICA DE ENFERMAGEM, DIRETOR DA UNIDADE E AGENTES DE SAÚDE DE SAÚDE.**

Na busca de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica em todo país, o governo propõe ferramentas que possam avaliar e provocar uma autocrítica à equipe sobre a realização do serviço oferecido à população.

Dentre as ferramentas, o documento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) objetiva reorganizar o processo de trabalho e nortear as mudanças necessárias no acesso e qualidade dos serviços da atenção básica.

Através desse, foi discutido em reunião da Equipe de Atenção Básica (EAB) 98, da Estratégia de Saúde da Família de Felipe Camarão III os itens H ao N, presentes no AMAQ e descritos a seguir em tabela.

A EAB é formada pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS's), todos presentes. Dois ACS estão afastados, em reabilitação, por motivo de saúde e não há equipe de saúde bucal para nossa EAB.

O AMAQ foi realizado ano passado segundo informação dada pelo diretor da unidade, porém não se conseguiu acessá-lo online, não foi encontrada a versão impressa do material. Logo, a avaliação foi feita a partir da leitura do documento, em formato de PDF, em computador com acesso a internet no consultório médico.

Após discussão em relação a situação analisada, a pontuação de cada subitem foi decidida e o resultado foi descrito baseado na classificação do AMAQ, explanada na tabela abaixo.

---

---

<b>Subdimensão</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
H – Infraestrutura e Equipamentos	41	Regular
I – Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos	62	Satisfatório
J – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica	21	Satisfatório
K – Organização do Processo de Trabalho	108	Satisfatório
L – Atenção Integral à Saúde	194	Regular
M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	31	Satisfatório
N – Programa Saúde na Escola –PSE	19	Insatisfatório

*Tabela 1 - Classificação das Dimensões: Unidade Básica de Saúde – itens: H e I; Perfil da Equipe, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde – itens: J, K, L, M, N. Fonte: Próprio autor.*

Ao término da realização do AMAQ foi selecionado um item das subdimensões para ser alvo de uma microintervenção a ser realizada pela EAB. O item 4.17 da subdimensão K refere-se à questão do monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados pela equipe, sendo escolhido para realização da intervenção, devido à pontuação de três, obedecendo ao critério de ser  $\leq 5$  e de apresentar possibilidade de resolução, competindo apenas ao trabalho dos componentes da equipe.

Durante a reunião, os ACS's criticaram o fato de não terem incentivos para realizarem suas funções, para elencar os pacientes que necessitam de atendimento domiciliar de acordo com prioridade ou vulnerabilidade e não possuem visualização do trabalho realizado pela equipe.

Segue abaixo um quadro descritivo da matriz de intervenção:

**Descrição do padrão:** 4.17 – A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados

**Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:** A equipe não avalia as ações desenvolvidas no território, não há discussão sobre o fazer cotidiano, não monitora e não discute os resultados em equipe

**Objetivo/meta:** Discutir a importância de avaliar as ações desenvolvidas, monitorar os pacientes de alto risco familiar, bem como os resultados alcançados

<b>Estratégias para alcançar os objetivos/metass</b>	<b>Atividades a serem desenvolvidas</b>	<b>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazos</b>	<b>Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados</b>
Registrar adequadamente às famílias em planilha	Discutir a importância de registrar a condição avaliada; realizar a escala de risco familiar	Caderno para os ACS's, computador com software (Excel) e apresentação para conhecimento da Escala de Risco e Vulnerabilidade Familiar ( <b>Apêndice 1</b> )	Dar equidade na frequência dos atendimentos domiciliares	Médica e ACS's	40 dias	Registrar em planilha em Excel e em impresso
Organizar a demanda e ordem dos Atendimentos Domiciliares	Analisar resultados dos registros	Computador, Sala para Reunião.	Melhorar a coordenação do cuidado	Médica; Enfermeira; Técnica de enfermagem; ACS's	40 dias	Exposição dos atendimentos realizados para a equipe
Instruir à equipe a importância de realizar a reunião de equipe, um momento de	Mostrar como o mapeamento das famílias é importante na prevenção primária e	Sala para reunião e discussão de artigo que mostra a importância dos serviços de atenção básica	Estimular à união do trabalho em equipe e o compromisso com o trabalho realizado	Médica; Enfermeira; Técnica de enfermagem; ACS's	20 dias	Exposição em banner das condições avaliadas

ajustar questões emblemáticas da semana	secundária;					
---	-------------	--	--	--	--	--

*Tabela 2 – Matriz de Intervenção*

A segunda parte da atividade consistia em monitorar indicadores do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ), outra ferramenta também desenvolvida pelo governo federal. Para isso, escolhemos monitorar o Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada através da Coleta de Dados Simplificada (CDS), contido no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) (**Anexo 1**).

As condições são: asma, diabetes, desnutrição, DPOC, hipertensão arterial, obesidade, pré-natal, puericultura, puerpério (até 42 dias), reabilitação, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, tabagismo, usuário de álcool e usuário de outras drogas.

Como instrumento de acompanhamento desses indicadores, combinou-se a confecção de uma planilha no software Excel contendo os indicadores a serem analisados, assim como, a confecção de um banner para ficar disponível para o acompanhamento da população e dos funcionários da equipe (**Apêndice 2**).

As dificuldades encontradas na condução das intervenções ocorreram devido à irregularidade da presença dos ACS's nas reuniões, a resistência da equipe em realizar as atividades e buscar as informações na comunidade.

Esperamos que possamos melhorar o estímulo e motivação da equipe, despertando para o monitoramento das atividades a serem realizadas no cotidiano do serviço e com base na avaliação dos resultados alcançados, qualificar cada vez mais o processo de trabalho. |



---

## **CAPÍTULO II: [ACOLHER CONFORME A NECESSIDADE DA POPULAÇÃO E COMPREENSÃO DOS NOSSOS LIMITES: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **COLABORADORES: ENFERMEIRA, AGENTES DE SAÚDE, DIRETOR DA UNIDADE E TÉCNICA DE ENFERMAGEM.**

O funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela lei 8.080 após ser criado pela Constituição da República, firmado nos princípios éticos: universalização do acesso, equidade e integralidade. A partir de 2000, intensificou o debate acerca do acolhimento, devido às dificuldades enfrentadas com relação à acessibilidade ao serviço de consulta médica nas unidades de saúde e resolutividade dos problemas da população adscrita (MITRE *et al.*, 2012).

Com isso, o atual desafio é desconstruir a cultura de marcação de consultas e distribuição de fichas para aderência ao acesso avançado.

Pensando nisso, nos foi proposto à realização de pelo menos uma dessas atividades: aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento, divulgação/ empoderamento da população em relação às mudanças, estudo do perfil da demanda espontânea e programada da sua área ou primeiros dias de implantação do acolhimento.

Em uma primeira reunião com duas médicas, uma enfermeira e três técnicas de enfermagem, decidimos optar pela experiência de implementar o acolhimento nas equipes 96 e 98. Primeiro foi necessária uma reunião entre as equipes 96 e 98, já que as duas equipes possuem médicas da especialização em saúde da família e devido à limitada estrutura física do serviço, a qual possui quatro equipes, foi preciso planejar como seria a ocorrência do acolhimento e um plano de contingência.

No segundo momento, reuniram-se duas médicas, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e o diretor da ESF. Inicialmente, falamos um pouco do que é o acolhimento, mostramos dois vídeos do canal de YouTube "O diário de um posto de saúde", com os títulos "15 minutos" (link: <https://www.youtube.com/watch?v=UFdj3sVEvPs>) e "Acesso Avançado" (link: <https://www.youtube.com/watch?v=cZi5Xb3ouAo>).

Após isso, fizemos uma avaliação do que é feito no nosso dia a dia e de qual forma poderíamos melhorar o serviço oferecido. A realidade da equipe 98 é diferente da 96, a

---

primeira estava sem assistência médica há um ano, continua sem um segundo técnico de enfermagem e dois ACS's. Quinzenalmente na sexta-feira há marcação pela manhã, não sendo disponibilizadas todas as vagas dos dias para permitir o atendimento de situações que necessitam ser vistas no dia. Geralmente, isso ocorre após ter passado pela técnica de enfermagem ou pela enfermeira.

Na nossa unidade, não há salas disponíveis suficientes para o atendimento de todas médicas e enfermeiras, realizando rodízios de salas. Portanto, não há sala para realização de um acolhimento diário e contínuo durante o expediente do trabalho.

Diante disso, tivemos a preocupação de como seria feita essa microintervenção, combinamos de realizar a experiência do acolhimento das equipes dividindo dois dias (segunda e terça) para a área 98 e dois dias (quarta e quinta) para a 96.

No primeiro dia da implantação, foi realizado o acolhimento de 20 pessoas em um espaço ao lado do arquivo. Desse total, 04 necessitavam de atendimento no dia de acordo com a classificação de risco por escala de cores, **tabela 3**, (RONCATO *et al.*, 2012). As outras 16, foram distribuídas levando em consideração a disponibilidade da agenda e a necessidade do paciente. No segundo dia, 04 pessoas foram acolhidas e atendidas no dia.

<b>Vermelho</b>	Dor torácica (> 2 horas) Pressão Arterial > 170/100 mmHg Pressão Arterial < 80/40 mmHg Hipertensão sintomática: PA > 150/100 mmHg com Cefaléia, náusea, vômitos, vertigem, etc HGT > 300mg/dl ou < 50mg/dl Crise asmática Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluidos vaginais Febre (Tax 39°C) Suspeita de Varicela
<b>Amarelo</b>	Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação Dor abdominal aguda, náusea ou vômitos Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais Dor de ouvido Olho vermelho, com irritação conjuntival Sintomas urinários (disúria, oligo-anúria) Dor lombar com sintomas urinários ou febre Prostração em crianças
<b>Verde</b>	Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e Tax <38,5°C Dor crônica com piora recente Atraso menstrual (mais de 30 dias) Constipação intestinal Assaduras em bebês Suspeita de Pediculose e Escabiose Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais
<b>Azul</b>	Problemas ou queixas há mais de 15 dias Renovação de receitas Requisição e/ou retorno de exames Encaminhamento, Contra-referências Cólica menstrual Atraso menstrual (menos de 30 dias) Atestados e laudos

**Tabela 3** - Classificação de Risco por escala de cores modificada. Fonte: RONCATO *et al.*, 2012



---

Na reunião de equipe, elencamos os pontos positivos **observados** durante a atividade: atendimento dos usuários de acordo com vulnerabilidade, gravidade e risco, e **espera-se** o fim da prática da venda de fichas e as filas durante a madrugada para marcação do atendimento. Como pontos negativos, temos a falta de uma sala fechada que garanta a privacidade do usuário, a educação e conscientização dos pacientes sobre a importância e entendimento do acolhimento, número restrito de profissionais com vocação/empatia para escuta qualificada e a falta de capacitação dos profissionais.

Em relação à população, orientou-se aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a captação de pessoas influentes em suas microáreas para explicar sobre o tema e esclarecimento do processo, para que essas difundam a relevância da mudança para o Acesso Avançado (AA) na ESF.

Além disso, esperamos a disponibilidade de uma sala para a continuidade do trabalho e a capacitação de profissionais que queiram realizar a escuta inicial do acolhimento, para que haja a continuidade do atendimento aos usuários de alta vulnerabilidade, conforme gravidade e risco citados anteriormente.

]

---

---

---

### **CAPÍTULO III: DE PACIENTES PARA DIFUSORAS SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**COLABORADORES: FLÁVIA DE GÓES CHAVES (MÉDICA DA EQUIPE 96), ENFERMEIRA DA EQUIPE 95 E 96, AGENTES DE SAÚDE, DIRETOR DA UNIDADE E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.**

A taxa de gravidez não desejada no país continua elevada, apesar dos serviços de atenção básica disponibilizar alguns métodos contraceptivos, entre eles a pílula combinada e os injetáveis. Vários fatores podem ser responsáveis para esse quadro, dentre eles a falta de ações educativas, insatisfação do método devido aos efeitos colaterais ou até informação inadequada (BORGES *et al*, 2017).

Observando-se a dificuldade em difundir conhecimento correto para a população, uma vez que atividades como reunião tem uma taxa de absenteísmo alta, pensamos em fazer algo que envolvessem todos os usuários, independente da equipe pertencente sexo ou da faixa etária, no intuito de abranger um número máximo de pessoas e que essas possam difundir os conhecimentos discutidos na reunião.

Para escolha de como seria feita a atividade sobre “Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério”, houve reunião com a enfermeira da equipe 95 já que a enfermeira da minha equipe está em período de férias e com a médica da equipe 96, para realizar algo de acordo com a realidade da unidade e comunidade.

Portanto, optamos em realizar a ação na terça-feira à tarde para todos os usuários, tendo como maior presença, gestantes, mulheres em idade fértil e mães que estão amamentando.

Os temas abordados foram: anticoncepção de emergência, alertamos a indicação do seu uso, em situações únicas de exceção, como nos casos de: violência sexual ou sexo coercitivo e falha do método contraceptivo regular, uma vez que sua efetividade diminui a cada vez que é utilizada, logo deve ser procurado o uso de anticoncepcional oral ou injetável para uso contínuo, para prevenção da gravidez indesejada, disponíveis no serviço (SPINELLI *et al*, 2014).

Além disso, foi discutido sobre o método anticoncepcional durante a amamentação, já que não é permitido o uso de estrógeno, presente nos anticoncepcionais combinados, os quais inibem a lactação. E relembramos da importância do aleitamento exclusivo até os

---

---

seis meses de idade: redução de doenças metabólicas para o bebê, melhor desenvolvimento neuropsicomotor, diminuição do risco de câncer de mama para mãe e evita nova gestação se estiver com o aleitamento exclusivo nos seis meses quando acompanhado de amenorreia (MORAES *et al*, 2015).

Por último, foi discutido sobre os anticoncepcionais combinados orais (ACO) disponíveis no serviço, suas indicações e contraindicações, estimulando a procurar o serviço para ser uma escolha individualizada de acordo com as peculiaridades de cada paciente, por exemplo, se tabagista, idade, presença de enxaqueca ou período de amamentação.

A atividade desenvolveu-se, inicialmente, em sala de consultório médico, mas após chegada de mais usuárias fomos para área externa, de espera (**Anexo 2, 3 e 4**).

Com o desenvolvimento da ação, pôde-se perceber como fragilidade um número de participantes abaixo do esperado, tendo como base a população adscrita de cada equipe de saúde.

Apesar disso, a presença das usuárias foi exitosa, uma vez que se passaram as informações adequadas, troca de experiências e dúvidas sanadas e essas serão um meio de propagar informação adequada.

Espera-se que a comunidade se envolva e opine nas ações realizadas pelas equipes de saúde da unidade e que as orientações se propaguem adequadamente para promoção de saúde da maioria da população.

]

---

---

---

## **CAPÍTULO IV: [SAÚDE MENTAL: O CUIDADO NECESSÁRIO**

### **COLABORADORES: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Desde a Reforma Psiquiátrica, por volta dos anos de 1970 e 1980, houve uma nova perspectiva sobre a saúde mental no Brasil, na tentativa de descentralizar o cuidado e acompanhamento exclusivo pelos psiquiatras. Houve assim, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em dezembro de 2011, objetivando o cuidado dos usuários com sofrimento ou transtorno mental no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS) (FRATESCHI *et al.*, 2016).

Para isso, o conhecimento da composição dos usuários em saúde mental do território se faz necessário. Um dos quesitos para facilitar é o registro e controle das medicações utilizadas pelos pacientes. Logo, utilizando uma tabela no Excel, dividiu-se por subáreas e seu agente comunitário de saúde (ACS's).

Em reunião de equipe foi discutido quais melhores parâmetros para compor a tabela de controle dos psicotrópicos, ficando definida a presença de: nome, prontuário, data de nascimento, diagnóstico, medicamentos, tempo de uso e data da última consulta (**Apêndice 3**).

Dessa forma, combinou-se de deixar essa tabela no computador do consultório para realizar novas atualizações conforme consultas médicas e/ou visitas domiciliares.

É sabido pelos profissionais de saúde a respeito do uso inadequado e crônico dos benzodiazepínicos na atenção básica, utilizado por vários motivos, como insônia, problemas socioeconômicos, sócio familiares ou, até mesmo, ansiedade.

Diante disso, iniciei a realizar o desmame dos benzodiazepínicos dos usuários. Atualmente, há 19 pacientes registrados no desmame. Um deles, paciente masculino, 72 anos, usuário crônico de Clonazepam 2 mg (0-0-1), há mais de 20 anos devido a estresse pós-traumático. Iniciei os desmame com Clonazepam 2,5 mg/mL, 16 gotas à noite, com redução de 02 gotas a cada semana. Não apresentou dificuldades ou efeitos colaterais nas 04 primeiras semanas, porém nas seguintes, apresentou queixa de insônia, associei um fitoterápico (Sintocalmy 600 mg, 0-0-1), porém sem efeitos. Logo, prescrevi Amitriptilina

---

---

10 mg (0-0-1). Paciente conseguiu realizar antes do uso do tricíclico um ECG e Fundoscopia, ambos sem alterações. Atualmente, usuário permanece e uso da Amitriptilina 10 mg (0-0-1), sem outras queixas.

Contudo, a maioria dos pacientes é resistente à realização do desmame e apresentam outras comorbidades e queixas, necessitando o uso de outros medicamentos psicotrópicos. Para isso, utilizo o auxílio da psiquiatra do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), onde ocorrem as reuniões de matriciamento, no intuito de orientar a associação de outras medicações durante essa fase.

Espero que com o auxílio do serviço do centro de atenção psicossocial (CAPS) e com a planilha do controle dos psicotrópicos, regularize o uso das medicações e aperfeiçoe o cuidado da saúde mental dos usuários. ]

---

---

## CAPÍTULO V: ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS: ESPERANÇA DO FUTURO

**COLABORADORES: Flavia Chaves (Médica Da Equipe 96), Enfermeira Janemary, Técnica De Saúde Rotilene e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).**

A coordenação do cuidado das crianças é dada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) através da realização das consultas de Crescimento e Desenvolvimento (CD) com médica e enfermeira, marcados previamente em agenda ou durante os atendimentos de demanda do dia, os quais são posteriormente orientados a retornar para continuidade do cuidado.

Durante reunião de equipe com três agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeira e técnica de saúde, foram respondidas questões presentes no questionário da microintervenção norteado pelas recomendações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB, que se segue:

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	
<b>No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:</b>		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional		X
Teste do pezinho	X	
Violência familiar		X

Acidentes		X
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		X
<b>A equipe realiza busca ativa das crianças:</b>		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
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

Sabendo-se sobre a importância de se manter a constância do CD e da realização da busca ativa, solicitou-se aos agentes uma planilha de crianças de 0 - 2 anos e 2-5 anos, no intuito de se ter conhecimento do número de crianças que se deve acompanhar e realizar busca ativa das questões abordadas no questionário, não realizadas até o momento.

A partir disso, optamos em realizar um CD coletivo conjuntamente com a equipe 96, visto que muitas crianças presentes na planilha, não são acompanhadas periodicamente (**Anexo 5 e 6**).

O intuito da ação era poder observar os índices antropométricos como o perímetro cefálico, estatura e peso e a partir da plotagem em gráficos correspondentes às medidas dos índices, as quais foram feitas na sala do preparo pela técnica de enfermagem.

A ação abrangeu 25 crianças e a inserção dos dados na caderneta da criança foi realizada por duas médicas e uma enfermeira, associado a isso, orientou-se a profilaxia de anemia ferropriva e prescreveu-se sulfato ferroso 25 mg/mL para os menores a partir dos três meses de idade, segundo atualização na Sociedade Brasileira de Pediatria, até os dois anos de idade.

Após isso, foi mostrado um vídeo (Vídeo 1) sobre Ordenha manual e Conservação do leite materno, presente na unidade 2 no módulo 8 (Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento) do Curso de Especialização em Saúde da Família

---

(PEPSUS). Essa ação ocorreu em um dos consultórios médicos (**Anexo 7**) e enfatizou-se a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade, visto que, infelizmente, muitas mães optam por complementar e até mesmo substituir o leite materno pelas fórmulas infantis.

A dificuldade notada é a ausência dos usuários às ações educativas (por exemplo: grupos de CD e de gestantes) desenvolvidas na ESF, uma vez que durante esses eventos seria possível orientar um número maior de pacientes. A experiência foi exitosa uma vez que pudemos identificar alguns pacientes com índices antropométricos abaixo do adequado, podendo investigá-los adequadamente.

]

---

---



---

**CAPÍTULO VI: [O DESAFIO DA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS): RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**COLABORADORES: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Técnica de Enfermagem**

Segundo Malta et. al. 2017, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por aproximadamente 70% de todas as mortes no mundo, correspondendo a 38 milhões de mortes anuais. Dessas, 16 milhões ocorrem em menores de 70 anos de idade e quase 28 milhões, nos países de baixa e média renda. Ciente que também são responsáveis pela redução da qualidade de vida e aumento de outras comorbidades, a importância do controle, prevenção e acompanhamento dessas afecções tornam-se relevantes.

Durante reunião de equipe com cinco agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeira e técnica de saúde, foram respondidas questões presentes no questionário da microintervenção norteado pelas recomendações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB, que se segue:

QUESTÕES	Em relação às pessoas com <b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>		Em relação às pessoas com <b>DIABETES MELLITUS</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	<b>X</b>		<b>X</b>	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica	<b>Cinco dias</b>		<b>Cinco dias</b>	

---

e/ou diabetes na unidade de saúde?				
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
<p><b>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.</b></p>				
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		X		

<p>peças com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?</p>				
<p>A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?</p>		<b>X</b>		
<p><b>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.</b></p>				
<p>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?</p>	<b>X</b>		<b>X</b>	
<p>A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?</p>		<b>X</b>		<b>X</b>
<p><b>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.</b></p>				
<p>A equipe programa as consultas e exames de</p>			<b>X</b>	

<p>           pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?         </p>				
<p>           A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?         </p>				<b>X</b>
<p>           A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?         </p>				<b>X</b>
<b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
<p>           A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?         </p>	<b>X</b>			
<p>           Após a identificação de usuário com obesidade (<math>IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2</math>), a equipe realiza alguma ação?         </p>	<b>X</b>			
<b>Se SIM no item anterior, quais ações?</b>				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
<p>           Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS         </p>	<b>X</b>			
<p>           Oferta ações voltadas à atividade física         </p>		<b>X</b>		
<p>           Oferta ações voltadas à alimentação saudável         </p>		<b>X</b>		
<p>           Aciona equipe de Apoio         </p>		<b>X</b>		

Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		
Encaminha para serviço especializado	X	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		X

Diante disso, na nossa equipe são adotadas medidas preventivas como: solicitação de exames de rastreio para nefropatia, neuropatia e retinopatia diabética; microalbuminúria 24h; exame dos pés para verificar alteração de sensibilidade e encaminhamento para realização de fundoscopia pelo oftalmologista, respectivamente; início de insulina para pacientes não controlados apenas com uso de hipoglicemiantes orais; registros em ficha espelho; garantia na facilidade do acesso à consulta e retorno para diagnóstico e controle das afecções crônicas.

Somando-se a isso, realizamos o encaminhamento de usuários obesos com IMC maior ou igual a  $40\text{kg/m}^2$  para o ambulatório de obesidade, situado na policlínica da Esperança e de tabagistas para o ambulatório de tabagismo que ocorre na UBS do bairro de Pirangi conjunto, a fim de reduzir outras comorbidades e complicações preveníveis.

Além disso, para facilitar o controle e a comparação dos exames solicitados periodicamente, foi proposta pela equipe a confecção de uma ficha espelho (**Apêndice 4**) para resultados dos exames, a ser utilizada em cada prontuário, anexado na ficha de evolução do paciente.

Como também, no intuito de realizar busca ativa desses pacientes, foi solicitado aos agentes comunitários de saúde a relação dos usuários diabéticos, insulino dependentes e hipertensos crônicos, com a finalidade de solicitar os exames laboratoriais de rastreio e rotina, além de ajustar as medicações em uso, já que muitos pacientes estavam sem acompanhamento há, aproximadamente, dois anos.

Espera-se que com essas medidas um aumento no número de: pacientes acompanhados pela estratégia de saúde e família (ESF), acesso a medicamentos, estímulo e

---

orientação para adoção de medidas modificáveis, como por exemplo, alimentação saudável, atividade física regular, cessar tabagismo e alcoolismo, visando diminuir a taxa das complicações preveníveis.

Como dificuldade no processo de cuidado ao usuário com DCNT destaca-se a o baixo poder econômico, uma vez que muitos estão desempregados, não possuem renda fixa e com isso relataram dificuldade em realizar uma dieta equilibrada de frutas, verduras e cereais. Desta forma, optando pelos alimentos ricos em carboidratos refinados.

Além disso, relataram não terem condições para adquirir tênis para realização adequada de atividade física, como também a falta de segurança no bairro para usufruir dos poucos espaços públicos para realização de caminhadas.

]

---

---

## CAPÍTULO VII: PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>Observação na Unidade de Saúde</b>	<p>Na busca de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica em todo país, o governo propõe ferramentas que possam avaliar e provocar uma autocrítica à equipe sobre a realização do serviço oferecido à população. Discussão da relevância do registro da condição avaliada e da escala de risco familiar de Coelho e análise dos registros realizados.</p>	<p>Classificação de Risco de Coelho: De 1.200 famílias cadastradas, 96,5% das famílias pontuaram no escore R1, 2,1% no escore R2 e 1,4% no escore R3. Dessa forma, identificaram-se as residências que necessitam de um maior cuidado da equipe de saúde. Usuários que necessitam de atendimento domiciliar: 51 pacientes</p>	<p>Manter o registro dos usuários que necessitem de atendimento domiciliar e Escala de Risco e Vulnerabilidade Familiar.</p> <p>Além disso, realização de visitas/atendimentos domiciliares por outros profissionais, uma vez que essas não devem ficar centradas no médico para que se mantenha uma periodicidade adequada.</p>
<b>Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada</b>	<p>O atual desafio é desconstruir a cultura de marcação de consultas e</p>	<p>Não houve êxito na experiência devido à falta de interesse e empatia</p>	<p>Esclarecimento e conscientização da importância do processo de acesso</p>

	<p>distribuição de fichas para o funcionamento do acesso avançado.</p> <p>Foi realizado o acolhimento de 20 pessoas. Desse total, 04 necessitavam de atendimento no dia de acordo com a <b>Tabela 1- Classificação de Risco por escala de cores modificada.</b></p>	<p>dos profissionais para realização da escuta inicial. No intuito de atender aqueles pacientes que necessitam de consulta no dia, continuamos a utilizar os critérios de classificação de risco, presentes na tabela 1.</p>	<p>avançado e treinamento de uma das equipes da estratégia de saúde, para servir de modelo para outras equipes. Educar a população em relação ao funcionamento do acesso avançado.</p>
<p><b>Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.</b></p>	<p>Foram abordados temas de anticoncepção de emergência, oral, injetável mensal ou trimestral, indicações e contraindicações de tais métodos, durante a amamentação e discussões de dúvidas das usuárias.</p>	<p>Apesar de ter sido exitosa a reunião, nota-se a importância no trabalho dos agentes comunitário de saúde em informar sobre ações ou grupos existentes na unidade de saúde, no intuito de melhorar a participação popular na saúde.</p>	<p>Melhorar o envolvimento da comunidade nas ações realizadas pelas equipes da unidade e continuidade dos grupos formados, como o de gestantes para manter as orientações e esclarecimentos d</p>
<p><b>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</b></p>	<p>Conhecimento da composição dos usuários em saúde mental do território,</p>	<p>Início do desmame dos benzodiazepínicos dos usuários, com</p>	<p>Permanecer buscando o auxílio da psiquiatra do Centro de Apoio Psicossocial</p>



	<p>principalmente os usuários de benzodiazepínicos. Realização do desmame dessas medicações</p>	<p>uma porcentagem de sucesso de aproximadamente 80%. Muitos usuários são resistentes ao desmame devido a uma cultura já presente na nossa sociedade, de medicalização. Até os próprios funcionários do serviço são coniventes e estimuladores dessa cultura.</p>	<p>- CAPS nas reuniões de matriciamento no CAPS, no intuito de orientar a associação de outras medicações durante essa fase do desmame.</p> <p>Educar os outros profissionais da unidade para que possam também orientar os pacientes sobre os riscos e consequências do uso indiscriminado dos benzodiazepínicos, principalmente na população idosa.</p>
<p><b>Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento</b></p>	<p>Observaram-se os índices antropométricos e plotou-se em gráficos para acompanhamento do desenvolvimento.</p> <p>A ação abrangeu 25 crianças e orientou-se a profilaxia de anemia ferropriva e prescreveu-se sulfato</p>	<p>A ação foi exitosa devido ao número expressivo de participantes, podendo realizar as medições e a prescrição do sulfato ferroso para faixa etária indicada. Foi identificado um caso de um lactente o qual estava abaixo</p>	<p>Para conseguir manter uma periodicidade desse acompanhamento, poderia ser realizado mensalmente de forma coletiva, para evitar repressão de demanda e conseguir manter, portanto o vínculo usuário-equipe de estratégia de saúde.</p>

	ferroso 25 mg/mL a partir dos três meses de idade até os dois anos de idade.	do perímetro cefálico e do comprimento para sua idade e peso	
<b>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</b>	Foram solicitados exames de rastreio para nefropatia, neuropatia e retinopatia diabética; microalbuminúria 24h; exame dos pés para verificar alteração de sensibilidade e encaminhamento para realização de fundoscopia pelo oftalmologista, respectivamente; início de insulina para pacientes não controlados apenas com uso de hipoglicemiantes orais; registros em ficha espelho; garantia na facilidade do acesso à consulta.	Melhora da adesão ao tratamento diabético e hipertensivo. A equipe 98 possui 350 pacientes sabidamente diabéticos 35 insulino dependentes 160 sabidamente hipertensos	Manter a solicitação de exames de rastreio para nefropatia, neuropatia e retinopatia diabética; microalbuminúria 24h; exame dos pés para verificar alteração de sensibilidade e encaminhamento para realização de fundoscopia pelo oftalmologista, respectivamente; início de insulina para pacientes não controlados apenas com uso de hipoglicemiantes orais; registros em ficha espelho; garantia na facilidade do acesso à consulta.  Além disso, realizar exame de rastreios para população com fatores



			de risco para diabetes e hipertensão, no intuito de realizar o diagnóstico precoce.
--	--	--	---

]



---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

[A partir da realização da atividade da observação na unidade de saúde, pode-se reconhecer que as dificuldades encontradas na condução das intervenções ocorreram devido à irregularidade da presença dos ACS's nas reuniões, a resistência da equipe em realizar as atividades e buscar as informações na comunidade. Esperamos que possamos melhorar o estímulo e motivação da equipe, conscientizando para o monitoramento das atividades a serem realizadas no cotidiano do serviço e com base na avaliação dos resultados alcançados, qualificar cada vez mais o processo de trabalho.

Em relação à atividade do acolhimento à demanda espontânea e programada, foi a menos exitosa devido à resistência dos profissionais da equipe, à falta de interesse e empatia dos para realização da escuta inicial. Com isso, sugiro esclarecimentos aos profissionais e conscientizá-los da importância do processo de acesso avançado e treinamento de uma das equipes da estratégia de saúde para servir como modelo para as outras.

Na ação do planejamento reprodutivo, pré-Natal e puerpério pôde-se perceber como fragilidade um número de participantes abaixo do esperado, tendo como base a população adscrita de cada equipe de saúde. Contudo, a presença das usuárias foi exitosa, uma vez que se passaram as informações adequadas, troca de experiências e dúvidas sanadas e essas serão um meio de propagar informação adequada.

A microintervenção da atenção à saúde mental na atenção primária à saúde foi exitosa apesar da resistência inicial do desmame de benzodiazepínicos, devido ao apoio dado pelo serviço de matriciamento do Centro de Apoio Psicossocial – CAPS. Para fortalecimento do projeto é necessário educar os outros profissionais da unidade para que possam também orientar os pacientes sobre os riscos e consequências do uso indiscriminado dos benzodiazepínicos, principalmente na população idosa.

Durante a ocorrência da ação sobre atenção à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento observou-se ausência dos usuários às ações educativas desenvolvidas na unidade, uma vez que durante esses eventos seria possível orientar um número maior de pacientes. Seria necessária a ação dos agentes comunitários de saúde, avisando os usuários sobre esses eventos. Para conseguir manter uma periodicidade desse acompanhamento,

---

---

poderia ser realizado mensalmente de forma coletiva, para evitar repressão de demanda e conseguir manter, portanto o vínculo usuário-equipe de estratégia de saúde

No intuito de controlar as doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde e evitar suas complicações foi solicitado realizar busca ativa dos pacientes desassistidos, solicitação dos exames laboratoriais de rastreio e rotina, além de ajustar as medicações em uso. Sugiro melhorar o acesso aos exames laboratoriais principalmente para os pacientes insulino-dependentes e aos insumos de glicosímetro, lancetas e fitas reagentes para controle glicêmico. Além disso, oferecer locais adequados para a prática de atividade física, uma vez que também faz parte do tratamento desses pacientes.

Acredito que essas intervenções podem ser continuadas a partir da ação da equipe e parceria da gestão, no intuito de oferecer o melhor serviço cuidado e coordenação do cuidado para os usuários.

]

---

---

---

## REFERÊNCIAS

[BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 17, n. 4, p. 749-756, Dec. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, 2017. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf)>. Acesso em 15 de abril de 2018.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, p. -, 2017.

MITRE, Sandra Minardi; et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2071-2085, 2012.

MORAES, Jamile Lopes de Moraes et al. Conhecimento de puérperas acerca do método anticoncepcional da lactação com amenorreia. **Aquichán**, Bogotá, v. 15, n. 4, p. 475-485, Oct. 2015.

---

---

RONCATO, Patricia Andreia Zanetti Ballardin; et al. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 4, p. 308-313, 2012.

SPINELLI, Maria Benita Alves da Silva et al. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 227-237, Mar. 2014.

---

---

---

## APÊNDICES

---

---



*Fazer a pontuação de risco familiar*

ATENDIMENTO DOMICILIAR						DATA das Visitas											
pront	S U S	NOME	Id	AGRAVOS	acamado/dom	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec

DADOS DA FAMILIA		ESCORE
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Escore 5 ou 6 = (R1)  
 Escore 7 ou 8 = (R2)  
 Maior que 9 = (R3)

Apêndice 1 – Planilha para registrar usuários que necessitem de atendimento domiciliar e Escala de Risco e Vulnerabilidade Família



Apêndice 2 – Banner para monitoramento de um dos indicadores do PMAQ.

CONTROLE PSICOTRÓPICOS							
ÁREA: 801							
Nome	Nº do Cartão Profissional	Procedimento de Nascimento	Data de Nascimento	Diagnóstico	Medicamentos	Tipo de uso	Data da última consulta

Apêndice 3: controle psicotrópicos

ESPELHO										
NOME										
SUS							DN			PT
AGRAVO	HIP	DIA	GEST	TB	CD	MC				
DATA										
HEMACEA										
HB										
VCM										
HCM										
LEUCO										
(B/S/E/L/M										
PLAQUETAS										
GLICEMIA										
TOTG										
HBA1C										
COLEST TOT										
HDL										
LDL										
VLDL										
TRIG										
UREIA										
CREAT										
AC URICO										
TGO										
TGP										
GGT										
FA										
TSH										
T4 L										
T3 L										
PSAT										
PSAT/L										
S. OCULTO										
PREVENTIVO										
MAMOGRAFIA										
DMO										
COLONO										
EDN										

Apêndice 4: ficha espelho

---

## ANEXOS

---

---

**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO**

PERÍODO: 01/01/2018 a 31/01/2018  
 PROFISSIONAL: LARISSA BEZERRA DA SILVA  
 CBO: MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



CONDIÇÕES AVALIADAS	QUANTIDADE
ASMA	0
DIABETES	11
DESNUTRIÇÃO	0
DPOC	0
HIPERTENSÃO ARTERIAL	18
OBESIDADE	6
PRÉ-NATAL	6
PUERICULTURA	2
PUERPÉRIO (ATÉ 42 DIAS)	0
REABILITAÇÃO	1
SAÚDE MENTAL	7
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	2
TABAGISMO	2
USUÁRIO DE ÁLCOOL	0
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	0

**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO**

PERÍODO: 01/02/2018 a 28/02/2018  
 PROFISSIONAL: LARISSA BEZERRA DA SILVA  
 CBO: MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



CONDIÇÕES AVALIADAS	QUANTIDADE
ASMA	0
DIABETES	5
DESNUTRIÇÃO	0
DPOC	0
HIPERTENSÃO ARTERIAL	18
OBESIDADE	10
PRÉ-NATAL	3
PUERICULTURA	0
PUERPÉRIO (ATÉ 42 DIAS)	0
REABILITAÇÃO	0
SAÚDE MENTAL	2
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	5
TABAGISMO	1
USUÁRIO DE ÁLCOOL	1
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	0

**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO**

PERÍODO: 01/03/2018 a 31/03/2018  
 PROFISSIONAL: LARISSA BEZERRA DA SILVA  
 CBO: MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



CONDIÇÕES AVALIADAS	QUANTIDADE
ASMA	2
DIABETES	14
DESNUTRIÇÃO	0
DPOC	0
HIPERTENSÃO ARTERIAL	30
OBESIDADE	6
PRÉ-NATAL	3
PUERICULTURA	1
PUERPÉRIO (ATÉ 42 DIAS)	0
REABILITAÇÃO	0
SAÚDE MENTAL	5
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	9
TABAGISMO	4
USUÁRIO DE ÁLCOOL	0
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	0

**RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO**

PERÍODO: 01/04/2018 a 26/04/2018  
 PROFISSIONAL: LARISSA BEZERRA DA SILVA  
 CBO: MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



CONDIÇÕES AVALIADAS	QUANTIDADE
ASMA	0
DIABETES	36
DESNUTRIÇÃO	0
DPOC	0
HIPERTENSÃO ARTERIAL	61
OBESIDADE	22
PRÉ-NATAL	20
PUERICULTURA	3
PUERPÉRIO (ATÉ 42 DIAS)	0
REABILITAÇÃO	7
SAÚDE MENTAL	31
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	3
TABAGISMO	8
USUÁRIO DE ÁLCOOL	2
USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	2



Anexo 2: fonte própria



Anexo 3: fonte própria

---



Anexo 4: fonte própria



Anexo 5: fonte própria



Anexo 6: fonte própria



Anexo 7: fonte própria



