



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 EM 2018 PELA EQUIPE
057, EM MACAPÁ-AP

LARISSA MESCOUTO NUNES

NATAL/RN
2018

LARISSA MESCOUTO NUNES

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.

Orientadora: Marília Rute de Souto Medeiros

Dedico a Equipe 057, da UBS Cidade Nova, que me recebeu de braços abertos este ano, me inspirou e fez seu melhor para atender a população com muita competência e empatia.

Meu mais sincero agradecimento a vocês: Elza, Elcione, Regiane, Cléia, Francisca, Glauber, Rose, Manoel, Waldinei, Elizangela, Núbia e Joelma.

Agradeço a Deus e a minha família por terem sido meu alicerce e terem permitido iniciar minha carreira profissional de forma tão marcante e especial.

Agradeço também a Universidade Federal do Amapá que me deu uma formação de excelência. Obrigada pela qualidade do ensino e por me fazer uma profissional que exerce a ciência de maneira humanizada e holística.

Obrigada aos meus eternos mestres por me ensinarem tudo o que eu sei e por se manterem sempre abertos a tirar dúvidas e continuarem me ensinando.

RESUMO

Por meio deste curso de especialização e atualização em atenção básica tivemos a oportunidade de aprendermos um pouco mais sobre a atenção primária no Brasil.

Neste ano nos foi instigado a sermos agentes modificadores da realidade local. Aprendemos a promover a saúde dos nossos usuários e não apenas tratarmos doenças.

Aprendemos a acolher os mais variados tipos de demandas e a procurar sempre a melhor saída para que os pacientes não voltem pra casa frustrados.

Saímos do nosso comodismo e aprendemos sobre saúde mental e também como funciona este serviço no Estado.

Conseguimos desenvolver palestras para gestantes, lactantes, jovens em idade fértil e também trouxemos seus familiares para as discussões.

Conseguimos aumentar significativamente o número de crianças vacinadas em nossa área e fomos ativamente atrás dos pacientes crônicos que já não mais estavam fazendo acompanhamento de suas doenças.

Nossa área ainda apresenta inúmeros problemas, mas estas pequenas mudanças fizeram a diferença na qualidade de vida de muitos usuários e de seus familiares. Esperamos continuar contribuindo cada vez mais para aumentar a qualidade de vida de nossa comunidade

PALAVRAS-CHAVE: ATENÇÃO PRIMÁRIA, QUALIDADE DE VIDA, EDUCAÇÃO, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
CAPITULO 01.....	08
CAPITULO 02.....	12
CAPITULO 03.....	16
CAPITULO 04.....	20
CAPITULO 05.....	24
CAPITULO 06.....	27
CAPITULO 07.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES.....	37

APRESENTAÇÃO

[Este é um Trabalho de Conclusão de Curso De Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte através de sua plataforma online. É constituído por sete capítulos onde os seis primeiros são relatos de experiências propostos pelo curso e o sétimo é uma tabela com a compilação e resumo destes.

As intervenções foram realizadas pela equipe 057, atuante na UBS Cidade Nova, localizada no bairro Cidade Nova, localizada em Macapá, capital do Estado Amapá.

Todas as intervenções descritas neste projeto tiveram como objetivo melhorar a qualidade de vida da população local.

Realizamos ações acerca dos cuidados com a amamentação, a importância do atendimento adequado das demandas espontâneas e programadas em nossa unidade, discutimos com jovens a respeito da prevenção de DST's e saúde sexual, falamos sobre saúde mental, estratégias para atualizarmos o calendário vacinal das crianças e sobre a importância da busca ativa nos pacientes portadores de doenças crônicas.]

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde-A IMPORTANCIA DA AMAMENTAÇÃO

O Ministério da Saúde preconiza que a Amamentação Materna Exclusiva (AME), seja realizada até os seis meses de idade, sem necessidade do uso de chás, sucos ou qualquer outro aditivo.(BRASIL 2009) A recomendação também é para que a amamentação seja realizada até no mínimo os dois anos de idade de forma complementar.(BRASIL,2002)

O leite materno protege a criança contra diversos tipos de patologias que podem acometer o indivíduo tanto na infância quanto na vida adulta.(BRASIL, 2002) A AME previne contra infecções, desnutrição, afecções respiratórias, atopias das mais variadas apresentações, obesidade, problemas cardiovasculares e também está relacionada ao aumento da capacidade intelectual da criança. Além de trazer benefícios para o menor, também traz vantagens às lactantes como por exemplo: Diminuição do peso corporal, diminuição do sangramento pós-parto, regressão uterina acelerada além de servir como método contraceptivo natural, enquanto o lactente estiver em AME.(BRASIL, 2009)

É recomendado que a criança seja amamentada em livre demanda de 8 a 12x por dia, em média. O início da mamada é composto, entre outras coisas, por substâncias proteicas e está relacionada à saciedade de líquidos. Já o final da mamada está relacionado ao ganho de peso devido ao aumento do consumo de gorduras, característica deste segundo momento(BRASIL,2002) A ‘pega’ durante a amamentação, é um importante fator que deve ser explicado para as mães. É importante que a boca da criança esteja bem aberta; lábios virados para fora; queixo tocando o peito da mãe; aréola mais visível na parte superior que na inferior; bochecha redonda (“cheia”); a língua do bebê deve envolver o bico do peito(BRASIL, 2009)

A mamas podem apresentar-se de três diferentes formas durante a gestação: Protrusão, plana e invertida. É importante salientar que nenhum destes tipos contraindica a amamentação, pois durante o aleitamento, o bebe abocanha a aréola e não apenas o bico.(BRASIL,2009)

Reunimos com toda a equipe 057, atuante na UBS cidade nova, no município de Macapá-AP e realizamos a Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (AMAQ). Dentre os itens com pontuação

inferior a 5, optamos por construir nossa matriz de intervenção em desenvolver ações que estimulassem a prática do aleitamento materno entre as lactantes, gestantes e suas famílias.

Há tempos a equipe não realizava palestras para as gestantes e puérperas de sua área por falta de espaço físico adequado. A equipe decidiu realizar uma microintervenção e aproveitar o dia das mães para mobilizar a população. Apesar das orientações que são feitas durante o pré-natal, muitas mães iniciam a introdução alimentar de mingaus, leite de vaca e outros tipos de alimentação inadequadas durante os 6 primeiros meses de vida da criança. Muitas destas mulheres são erroneamente orientadas por suas mães, sogras, companheiros, amigas e etc. a respeito da alimentação de seus filhos e por diversas vezes acabam cedendo a pressão familiar.

Dia 11 de maio de 2018 foi realizada uma ação na comunidade do bairro Cidade Nova, visando orientar quanto a importância da Amamentação na vida das crianças e sobre como este ato se refletiria na vida destes futuros adultos. Durante a segunda semana do mês de maio os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fizeram busca ativa das pacientes gestantes e puérperas da área para a palestra ministrada por mim e por outros membros do NASF. Também foi orientado que as pacientes levassem seus familiares para que pudessem sanar suas dúvidas e estimular que a amamentação fosse realizada de forma adequada.

Entramos em contato com líderes locais e conseguimos uma quadra de esportes que ficava na comunidade, aproximadamente 5 km da Unidade Básica de Saúde (UBS). Adesão das gestantes não foi tão grande quanto o esperado por questões de dificuldade de acesso e transporte. Contamos com a presença de 7 gestantes e 2 puérperas vinculadas a nossa equipe, algumas delas levaram familiares. Durante o evento foi conversado sobre a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses e sobre os prejuízos da introdução de outros alimentos poderiam trazer a vida destas crianças. Também foi explicado dos benefícios a saúde da mãe e o impacto financeiro positivo que esta família teria se seguissem as recomendações do ministério da saúde.

Realizamos uma dinâmica e perguntamos qual gestante do local tinha a maior prole. Fomos surpreendidos com uma senhora que já estava em sua 23ª

gestação. Demos a ela uma boneca e solicitamos que ela nos mostrasse de que maneira ela achava que seria a forma correta de se amamentar. Foi curioso como identificamos vários vícios e erros em relação a pega que são realizados por mães ainda que bastante experientes. Corrigidos os erros e tiradas as dúvidas, abrimos espaço para as perguntas. Cada profissional orientou as pacientes de acordo com a sua especialidade, podemos contar com a presença de médica, enfermeira, técnicas, ACS, nutricionista, psicóloga, assistente social e educador físico. Este último fez uma atividade física com as gestantes antes do início da conversa e deixou o ambiente mais agradável e descontraído.

A experiência de aplicação dessa matriz de intervenção na forma de educação coletiva foi muito positiva para a equipe, tivemos um contato mais próximo com as famílias das gestantes e pudemos tirar diversas dúvidas e também aprender um pouco mais com cada profissional que ofertou seu tempo nesta troca de experiências.

A continuidade deste trabalho, que desejamos realizar trimestralmente, sempre abordando temas novos, será importante para a promoção de saúde para a nossa comunidade. Com um planejamento um pouco melhor e preparando as gestantes e lactentes com meses de antecedência acreditamos que a participação da comunidade possa ser bem mais representativa.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

O acolhimento é uma diretriz do programa Nacional de Humanização (PNH) e é primordial na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Consiste em ouvir as demandas e necessidades dos usuários naquele momento e ser o mais resolutivo e efetivo possível. Pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, não tem local físico específico para acontecer e implica na escuta ativa do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).(BRASIL,2010)

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde – e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Isso deve ser implementado com a consequente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida.(BRASIL,2010)

O acolhimento requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.(BRASIL,2010)

A classificação de risco é uma espécie de triagem do PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam ser atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. É feita por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais(BRASIL, 2010) A classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define a ordem do atendimento. Todos são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise. (BRASIL, 2010)

Nossa UBS é compartilhada por 5 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e temos que dividir os atendimentos em um pequeno espaço. Durante o acolhimento que é realizado antes dos atendimentos médicos, os usuários não dispõem de uma privacidade adequada para serem ouvidos como preconiza o PNH.

Realizamos mais uma reunião com a equipe, conversamos e esclarecemos sobre a importância do acolhimento e quais seus principais objetivos. Diante da relevância sobre o acolhimento e das demandas programadas e espontâneas, questionei à equipe se de fato estávamos cumprindo o que é preconizado a este público e os pontos que poderíamos ajustar.

Em nossa agenda semanal costumávamos reservar duas vagas por turno para o acolhimento do público espontâneo. Em muitos dias da semana conseguíamos suprir a necessidade de atendimento de todos os pacientes. Em outros, alguns usuários não eram atendidos no mesmo dia e não conseguiam retornar para acompanhar sua doença, seja ela aguda ou crônica.

Três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da nossa equipe compartilharam conosco durante esta troca de experiência sobre as queixas dos moradores por não conseguirmos atendê-los perante a suas doenças. Os ACS de forma geral, tem uma intimidade maior com a população e esta relação mais próxima faz com que a sensibilidade deles seja maior para observarem as necessidade deste pacientes.

Outras duas ACS, que são responsáveis pela cobertura de um maior número de famílias em nossa área, compartilharam conosco que seus pacientes de demanda programada ficavam até três semanas esperando atendimento com o médico ou com o enfermeiro e que o aumento no número das consultas para demanda espontânea, implicaria na redução das consultas programadas e consequentemente no aumento do tempo de espera destes pacientes.

Duas técnicas da equipe 057, que são as responsáveis pela marcação de consultas, se manifestaram e comentaram sobre a importância no domínio nas marcações destes atendimentos. Referiram que com o aumento do número de vagas para as demandas espontâneas os atendimentos poderiam ficar mais desorganizados. Ao final da reunião a enfermeira e eu demos nossa contribuição e concordamos que os pacientes mais graves mereciam uma atenção maior por nossa parte. Acordamos também que a enfermeira ficaria responsável por esta classificação de risco que aconteceria antes de minha consulta.

Foi consenso entre a equipe que diante das dificuldades que nos são oferecidas, conseguíamos realizar muitos pontos preconizados pela PNH, mas que seria interessante separarmos três vagas por turno para os pacientes

provenientes de demanda espontânea e tentar encaixar as demandas de classificação intermediária a alta para no máximo dois dias após a procura inicial.



CAPÍTULO III: Atuando no Planejamento reprodutivo dos jovens de nossa comunidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades (BRASIL, 2010) A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos (BRASIL, 2002)

O planejamento familiar é definido no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, da seguinte forma: “*Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal*”. (BRASIL, 2010) As atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer ao público alvo os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como, propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade. (BRASIL, 2002)

Seja qual for a metodologia utilizada, é de fundamental importância que as práticas educativas tenham um caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo. A linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre acessível, simples e precisa (BRASIL, 2010). As ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva. (BRASIL, 2002)

A equipe 057 se reuniu e conversou a respeito da importância das discussões a respeito da saúde reprodutiva e sexual e também da carência que a população de nossa área tem em relação a esse tipo de práticas educativas e coletivas. A enfermeira, técnicas e ACS informaram que há tempos os usuários de nossa área não são contemplados com palestras e esclarecimentos sobre saúde sexual. Infelizmente, ainda é cultural que direcionemos a responsabilidade do planejamento familiar apenas as mulheres e quase que isentamos a parte masculina de toda e qualquer responsabilidade. Pensando nisso, nossa equipe decidiu realizar uma palestra a respeito da saúde sexual e reprodutiva a nossa comunidade. Tendo em vista justamente essa característica e arquitetando como executaríamos essa atividade, pensamos em abrir para toda comunidade, tendo enfoque para o público jovem, em especial o masculino. Sabemos que pelo machismo, ainda comumente percebido em nossa sociedade, os homens não tomam para si esta responsabilidade da prevenção de uma eventual gravidez e consideramos importante intervir nesta questão.

O primeiro problema que tivemos foi em relação a aceitação deste jovens em participar desta atividade. Raramente em nossa agenda temos a presença de rapazes procurando atendimento. Quando temos, estes costumam ser bem reservados e comentam apenas do quadro que estão sentindo no momento não sendo muito abertos para conversar sobre questões sexuais. Como o bairro cidade nova, onde atuo, apresenta uma situação social bastante vulnerável, muitos destes rapazes estão envolvidos com tráfico de drogas, fazem uso de entorpecentes e frequentemente estão envolvidos a assaltos locais. Todas estas peculiaridades tornaram a ação ainda mais desafiadora. Decidimos então realizar a busca ativa principalmente dos jovens da comunidade e apenas pela parte da manhã, para preservar a integridade física da equipe. Este trabalho foi realizado principalmente pelos ACS que algumas vezes contavam com a companhia das técnicas de enfermagem.

Durante a visita nas casas que sabidamente tinham adolescentes, deixávamos pequenos panfletos que desenvolvemos com o tema, horário e local da microintervenção. Como alguns jovens não estavam em casa durante a visita, entregamos o informativo para o responsável da residência e pedíamos que este incentivasse o jovem a participar da palestra. As 9h10 iniciamos a palestra com

12 participantes, dos quais 6 eram adolescentes do sexo feminino, 4 eram adolescentes do sexo masculino e duas mães. Iniciei a palestra falando sobre a importância da prevenção sexual, tanto no quesito de prevenção de DST's quanto na prevenção da própria gravidez. Mostrei para a população diversos métodos de prevenção da gestação entre eles o anticoncepcional combinado oral, anticoncepcionais mensais e trimestrais, mostrei também imagens do diafragma e do Dispositivo Intra-Uterino que também são fornecidos pela rede pública de saúde. Orientei a respeito da importância do uso dos métodos de barreira e que o uso de anticoncepcionais não preveniam o acometimento de Doenças Sexualmente transmissíveis. Mostrei como seria o uso adequado do preservativo masculino e por fim abri espaço para as perguntas.

O público estava meio tímido fizeram uma ou duas perguntas ao final da palestra. Realizamos a distribuição de alguns preservativos masculinos e femininos, bem como de gel lubrificante. Uma moça de 16 anos e sua mãe me procuraram ao final da palestra informando que a jovem queria iniciar anticoncepção hormonal, solicitei que esta fosse comigo em consulta para decidirmos juntas qual seria o mais indicado para ela. Assim, encerrou-se nossa ação e acreditamos que foi o início de uma contribuição positiva a curto e longo prazo para a população.



CAPÍTULO IV: SAÚDE MENTAL HUMANIZADA

Os hospitais psiquiátricos deixaram de constituir a base do sistema assistencial há algumas décadas, cedendo terreno a uma rede de serviços que ocorrem fora dos limites hospitalares e que são de crescente complexidade, visando à desconstrução do modelo manicomial. A internação psiquiátrica tornou-se mais rigorosa, e tem buscado períodos cada vez mais curtos de internação, favorecendo a formação de um modelo de atenção à saúde mental que continue buscando a integralidade, a universalidade e equidade aos seus usuários. Neste contexto, o paciente, sua família e os profissionais dos serviços comunitários passam a ser os atores principais como provedores de cuidados humanizados em saúde mental, exigindo articulação entre diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção (CARDOSO, 2011).

Diante da proposta da microintervenção, optei por realizar dois instrumentos para identificação e caracterização dos usuários que merecem atenção neste módulo de saúde mental. O primeiro deles é destinado aos usuários com distúrbios mentais não relacionados ao uso de entorpecentes. É composto pelas seguintes perguntas: nome, número do cartão do SUS, data de nascimento, diagnóstico, última consulta e o local onde é realizado o seu acompanhamento. O segundo instrumento foi destinado aos usuários de álcool e drogas ilícitas e contava com as seguintes perguntas: nome, número do cartão do SUS, data de nascimento, substância que faz uso e se realiza algum acompanhamento contra o vício.

Após a realização deste instrumento, reunimos dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e eu, a médica da equipe, vale ressaltar que uma parte da equipe estava de férias durante o período desta microintervenção. Perguntei a equipe se eles haviam gostado da planilha para a coleta de dados e se tinham algum tipo de alteração em mente, nenhum integrante da equipe mostrou interesse em modificá-la pois acharam a planilha funcional, com os dados essenciais. O primeiro tópico discutido entre a equipe foi como seria realizada a coleta de dados entre os usuários de álcool e drogas. Atuamos em uma área conhecida por sua criminalidade, o que aumenta a

dificuldade na obtenção de dados precisos. Os ACS preferiram, para garantirem sua integridade física, catalogar os usuários que a equipe já tinha registro prévio e coletar o restante dos dados com os familiares dos usuários ou com os próprios usuários apenas quando se sentissem seguros. A equipe já possuía o registro dos usuários com deficiência mental residentes em nossa área. Existem por volta de 07, mas os dados não são atualizados há cerca de 2 anos. Há uma usuária de nossa área que já realizava o acompanhamento comigo, desde o início do ano. MJSC, 37 anos, sexo feminino, tem o diagnóstico de retardo mental moderado (CID F71.1) e esquizofrenia (CID F 20.0). Faz acompanhamento no CAPS Gentileza há cerca de 5 anos.

Durante as consultas a usuária sempre se mostrou muito tranquila e receptiva ao tratamento e sugestões. Ela sempre é acompanhada por sua irmã e seu cunhado que a criam desde pequena. Entretanto, sua irmã, MRCS, nos refere que frequentemente a paciente se mostra agressiva em casa, sobretudo quando se recusa a tomar os anti-psicóticos ou quando estes acabam. A Equipe decidiu visitar a família e vivenciar um pouco da realidade de MJSC. Seu lar apesar de bastante simples pareceu bem acolhedor e cercado de cuidado. Durante a entrevista que fizemos com a usuária e sua família, perguntamos como era realizado o tratamento no CAPS. A família informou que as consultas com o psiquiatra eram trimestrais, havendo sempre consultas de encaixe quando necessário.

O Centro de Atenção Psicossocial III, funciona todos os dias úteis de 8h as 18h, conta com serviços de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e tem diversas oficinas realizadas ao longo do dia. No período que estive lá fui convidada a participar de duas delas. A primeira para a fabricação de porta canetas e na segunda onde foram realizados diversos jogos de mimica. Acompanhei rapidamente a consulta com uma das psiquiatras do local. A consulta era de retorno e foi um pouco rápida devido ao grande número de pacientes que seriam atendidos naquela tarde. A psiquiatra confirmou que a demanda de pacientes é muito grande para a quantidade de profissionais que atuam no local. Mas elogiou todos os funcionários por sua vontade de trabalhar e de realmente fazer a diferença na vida da população.





CAPÍTULO V: A importância da vacinação na saúde infantil.

A vacinação é reconhecidamente um dos meios mais eficazes para a redução da morbimortalidade das doenças imunopreveníveis. A imunidade de rebanho das vacinas, que é aquela que previne direta e indiretamente a população, estando ela vacinada ou não, é o que estimula a tentativa de vacinação em massa da comunidade. A prática anteriormente citada pode gerar a eliminação do agente infeccioso do ambiente e conseqüentemente a proteção da sociedade em questão (BARBIERI, 2017)

A equipe 057 atende cerca de 230 crianças, entre 0 a 5 anos em sua área, o que corresponde a maior demanda de atendimento semanal com cerca de 40% das consultas. Em nossa equipe optamos por não separar dias da semana para o atendimento exclusivo de crianças, visto que estas vêm à procura de atendimento médico diariamente pelas mais variadas demandas e gravidades.

Assim que cheguei a esta equipe pude notar que grande parte das crianças não tinha o calendário vacinal atualizado. Isto por conta da limitação estrutural que a antiga Unidade Básica de Saúde possuía: a frequente falta de água local.

A UBS era abastecida 1x/semana por carros pipas cedidos pela prefeitura. A caixa d'água, entretanto, não suportava a demanda da unidade e já no 4º dia útil de funcionamento da unidade já não possuíamos mais água para realizar a vacinação dos pequenos.

Desde os primórdios de meu atendimento nesta equipe presei pela orientação de pais e responsáveis acerca da importância da vacinação de seus filhos e de como isso refletiria diretamente em sua saúde e bem estar. Infelizmente não podia cobrar rigor na vacinação das crianças, se em grande parte dos dias o posto não apresentava estrutura física para vaciná-las.

Com a inauguração da nova Unidade Básica de Saúde da Cidade Nova, na qual estou inserida, dispomos de salas e equipamentos para atender a população de maneira holística.

Após a abertura da unidade reunimos com a equipe e discutimos pontos que poderiam ser melhorados no atendimento a população. Entre as pautas do dia estava a vacinação atrasada das crianças. Propus para a equipe que antes da consulta médica e de enfermagem fosse verificado o calendário vacinal dos

pequenos. Se atrasado, teriam que passar primeiramente na sala de vacinação para que posteriormente seguissem para o atendimento. Respeitando obviamente as contraindicações das vacinas, orientei as técnicas que em casos de duvidas as tirassem comigo.

Desde a implantação desta medida, notamos um aumento substancial no quantitativo de crianças vacinadas (mais de 75%) em nossa área. Medida esta fundamental para a garantia da prevenção primária em nossa região



CAPÍTULO VI: A importância da busca ativa no controle de doenças Crônicas.

De acordo com Sociedade Brasileira de Diabetes 2017, A Federação Internacional de Diabetes (FDI) estima que existam cerca de 415 milhões de pessoas diabéticas no mundo. Setenta e cinco por cento destas são provenientes de países em desenvolvimento. Entre os fatores associados ao aumento desta doença está a rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, aumento do sedentarismo, excesso de peso, envelhecimento populacional, entre outros.

As complicações do diabetes são categorizadas tradicionalmente como distúrbios micro e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. O diabetes, entretanto, tem sido responsabilizado também por contribuir no aumento de patologias relacionadas ao sistema musculoesquelético, digestório, na função cognitiva e saúde mental, além de ser associado a diversos tipos de câncer.(DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017)

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Está frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outras comorbidades, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitos(7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2017)

Por se tratar de uma afecção assintomática, muitas vezes o tratamento da hipertensão é negligenciado pelos usuários. Por observações realizadas na minha área, notei que os pacientes diabéticos (talvez por ser uma doença sintomática) comparecem mais as consultas, e como consequência a isto obtiveram seu diagnóstico precocemente se comparado aos hipertensos.

Nos dois primeiros meses de atendimento na unidade observei que a procura por consultas por hipertensos e diabéticos eram bem menores do que números de cadastrados em nossa área. Os pacientes que procuravam

atendimento não o buscavam para tratar a DM ou a HAS e sim para tratar de outras comorbidades.

Conversando com a enfermeira que já está há 16 anos na equipe, fui informada que de fato os pacientes seguem esse padrão de não ir de maneira rotineira as consultas. Então foi sugerido em reunião com a equipe, que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizassem busca ativa dos pacientes com essas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Mesmo com o empenho dos ACS a procura foi abaixo do planejamento da equipe. Pensando em outra estratégia, buscou-se destinar 75-100% das visitas domiciliares a pacientes diabéticos e hipertensos conforme a demanda semanal, com o objetivo de acompanhar de perto esses usuários.

As consultas são previamente agendadas, com uma média de cinco pacientes por visita, as outras visitas são destinadas a pacientes acamados, conforme necessidade.

Através dessa medida conseguimos fidelizar os usuários as consultas, obtendo êxito também nos retornos. Atualmente, depois das estratégias, os hipertensos e diabéticos já compõe cerca de 21% dos atendimentos realizados pela equipe em contra partida aos 8% que eram realizados no 1º trimestre do ano.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
A IMPORTANCIA DA AMAMENTAÇÃO	Através da AMAQ a equipe percebeu certa dificuldade que possuía acerca da realização de palestras que estimulassem a prática da Amamentação Materna Exclusiva até os primeiros seis meses de idade e da continuidade desta até pelo menos os dois anos. Foi então que a equipe 057 decidiu por convocar a população, com foco em gestantes, lactantes e seus familiares, bem como os colegas do NASF para dialogarmos e tirarmos algumas dúvidas acerca deste tema.	Com a realização da palestra observamos que mães ou futuras mães ainda possuíam muitos questionamentos acerca da forma correta da amamentação. Tivemos a oportunidade de esclarecê-las bem como ensiná-las técnicas de pega e nutrição. Foi importante por que oportunizamos que seus familiares as acompanhassem e ouvissem as corretas recomendações acerca do que era correto para a lactante e seu concepto.	Foi acordado com a equipe que procuraríamos fazer um trabalho continuado acerca deste tema. Pensamos em propor reuniões com temas diferenciados a cada 3 meses para este publico, contando sempre com o apoio de diversos profissionais do NASF e da nossa própria equipe. Propomos também a busca ativa destas pacientes e de seus familiares bem como a divulgação da reunião um mês antes de seu acontecimento.
ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA	Desde que comecei a trabalhar na equipe tivemos uma dificuldade muito grande em suprir a demanda de toda a população. A equipe estava há quase um ano sem médico e quando o atendimento foi reiniciado	Com a reunião e exposição das opiniões dos membros da equipe observamos que não estávamos priorizando os casos de maior urgência, pela carência de uma triagem adequada. Foi estabelecido então que a enfermeira da equipe	Continuaremos a realizar a triagem observando e dando maior prioridade aos casos de maior urgência. Bem como continuaremos a separar 3 vagas por turno para a demanda espontânea.

	<p>observamos que a demanda por ele estava muito grande. Os usuários das áreas mais populosas tinham que esperar cerca de 3 semanas para a consulta. Separávamos cerca de 2 vagas para demanda espontânea por turno. Mas observamos que não estávamos conseguimos suprir a necessidade da comunidade. Então decidimos reunir com toda a equipe para propormos formas de sanar as necessidades dos usuários.</p>	<p>seria responsável por triar os casos de maior gravidade e selecioná-los para os atendimentos que seriam realizados no mesmo dia. Decidimos também abrir até 3 vagas para a demanda espontânea sempre que fosse necessário.</p>	
<p>ATUANDO NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DOS JOVENS DE NOSSA COMUNIDADE</p>	<p>Observamos um aumento do número de casos de pré-natal que estávamos realizando em pacientes jovens. Decidimos então reunir com o público jovem de nossa área para uma melhor orientação quanto a importância da prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis bem como a prevenção de gravidezes não planejadas. Procuramos sensibilizar o público masculino e incluí-los na responsabilidade deste tipo de prevenção</p>	<p>A ação aconteceu no pátio de uma igreja fornecida a nossa equipe para a realização desta palestra. Contamos com a participação de 6 moças, 4 rapazes e 2 mães. Falamos sobre todos os métodos anti concepção oferecidos pelo SUS e ensinamos como utilizá-los. Abrimos para perguntas e ao final da explicação conseguimos agendar o planejamento familiar de uma jovem que estava presente na palestra.</p>	<p>Manteremos trimestralmente esta reunião com os jovens visando a orientação destes e a busca por um espaço onde eles sintam-se seguros para realizar a anti-concepção desejada e tirarem as dúvidas sempre muito comuns nessa idade.</p>

<p>A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO NA SAÚDE INFANTIL.</p>	<p>Existia uma limitação física-estrutural na antiga unidade que atendíamos: a falta de água. Este contratempo impossibilitava que a sala de vacinação funcionasse diariamente. Observávamos então que o cartão de vacina de muitas crianças estava atrasado por conta disto. Infelizmente eu não podia cobrar rigor na atualização da vacinação, visto que o posto não apresentava estrutura para atender esta demanda. Com a troca de UBS, as cadernetas de vacinação eram verificadas antes da consulta e só eram atendidas as crianças sem pendências em seus cartões. Se as tivesse eram primeiramente encaminhadas a sala de vacinação. A partir de então pudemos melhorar a prevenção primária em nossa área.</p>	<p>Com estas medidas conseguimos aumentar em cerca de 19% o número de crianças com calendário vacinal atualizado em nossa área.</p>	<p>Continuaremos exigindo a atualização do calendário vacinal das crianças antes das consultas para que consigamos aumentar a imunidade de rebanho em nossa região</p>
<p>SAÚDE MENTAL HUMANIZADA</p>	<p>Preparamos tabelas para conseguirmos catalogar e atualizar os usuários de álcool e drogas de nossa área bem como os pacientes</p>	<p>Com a realização desta atividade buscaremos manter atualizado nosso cadastro de pacientes que necessitam de atenção</p>	<p>As fichas ficaram com os agentes comunitários de saúde e as atualizações serão realizadas assim que</p>

	<p>com alterações psiquiátricas. As atualizações já não eram realizadas há 2 anos por conta da criminalidade local. Acompanhamos também a rotina de uma paciente que fazia tratamento no CAPS 3, tinha o diagnóstico de esquizofrenia e retardo mental. Fui a este mesmo CAPS acompanhar as atividades que lá eram oferecidas aos usuários e acompanhar um pouco da logística deste Centro.</p>	<p>maior em sua saúde mental.</p>	<p>estes receberem a informação.</p>
<p>A IMPORTÂNCIA DA BUSCA ATIVA NO CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS.</p>	<p>A procura de consultas por parte dos usuários com doenças crônicas sempre foi muito aquém do esperado se levado em consideração o número de usuários portadores destas enfermidades em nossa área. Como não temos um número relevante de acamados em nossa área decidimos por destinar 75-100% das visitas a estes usuários portadores de doenças crônicas. Conseguimos aumentar significativamente o número de atendimentos a estes pacientes bem como controlar e estabilizar</p>	<p>O atendimento aos portadores de doenças crônicas antes de nossa intervenção correspondia há cerca de 8% das consultas mensais. Atualmente, após esta estratégia de busca ativa dos pacientes, as consultas já totalizam 21% dos atendimentos realizados por nossa equipe. Através das orientações feitas durante a visita conseguimos fazer com que esse paciente retorne as consultas na própria unidade básica para leitura de exames e continuidade do tratamento.</p>	<p>Continuaremos destinando grande parte das vagas das visitas domiciliares a este de usuário. Manteremos a estratégia até absorvemos o máximo possível de pacientes e atingirmos um platô.</p>



	seus quadros		
--	--------------	--	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conseguimos imprimir um impacto positivo em nossa comunidade, através das microintervenções realizadas durante este ano.

Conseguimos reunir com gestantes, lactantes, jovens em idade fértil, e seus familiares. Foi possível diminuir a distancia entre as informações e a busca destes pacientes pela prevenção. Conseguimos também manter constância entre as palestras.

As reuniões trimestrais fidelizam nossos usuários. Como atuamos em uma área considerada bastante perigosa ainda encontramos dificuldades em recrutar alguns jovens, pois muitos destes estão envolvidos com a marginalidade e são pouco acessíveis.

Tive a oportunidade de conhecer como funciona o serviço de saúde mental no Estado. Observei que existe boa vontade por parte dos profissionais de saúde, mas que a infraestrutura em nosso município ainda deixa muito a desejar. Sei que com o decorrer do tempo poderei conhecer pessoalmente todos os centros de atendimento psicossociais de nossa capital e aprender cada vez mais com eles para melhor servir a população.

A estratégia de atender crianças somente mediante a atualização do calendário vacinal foi um meio bastante eficaz de conseguirmos atualizar as vacinas em nossa área. Procuraremos manter esta tática, pois obtivemos ótimos resultados.

Apesar de termos recomendações de reservar as vagas de visita domiciliar para pacientes acamados, optamos por separar os dias de visita para realizar busca ativa dos pacientes com doenças crônicas. Talvez essa tenha sido a decisão mais acertada da nossa equipe ao longo desta especialização. Conseguimos atender diversos usuários diagnosticados com HAS e DM2 que há tempos não iam a consultas médicas e estavam com suas enfermidades completamente descompensadas. Conseguimos quase que triplicar o atendimento para este tipo de publico. Ainda estamos planejando ações e dinâmicas voltadas a estes usuários.]

REFERÊNCIAS

7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2017
Barbieri CLA et al. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2017; 33(2):e00173315

-BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

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. 300 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Cardoso L ; Galera A.F.G; O Cuidado Em Saúde Mental Na Atualidade. Rev Esc Enferm Usp 2011; 45(3):687-91

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017

APÊNDICES

Tabela Microintervenção 1

Identificação do padrão: A equipe desenvolve ações, desde o pré-natal até os 2 anos de vida da criança, para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável. (4.20)

Descrição do padrão: A equipe recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 primeiros meses de vida da criança e continuado até os 2 anos ou mais, orienta a introdução dos alimentos às crianças maiores de 6 meses, compreendendo esse processo em seu contexto sociocultural e familiar. Utiliza os momentos de grupos, visitas domiciliares, consultas de pré-natal e consultas agendadas para a família para abordar esse tema. Detecta problemas relacionados ao aleitamento materno e à alimentação, baseando-se em instrumentos de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo ou linha de cuidado). Realiza ações de avaliação e monitoramento, de vigilância alimentar e nutricional e cumpre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). A equipe conhece e utiliza os dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos.

Descrição da situação-problema para o alcance padrão: Baixa adesão ao aleitamento materno e introdução precoce de outros alimentos nocivos a saúde dos lactentes

Objetivo/meta: promover palestras periódicas juntamente com o NASF para melhor orientação das gestantes, lactantes e suas famílias a respeito da importância da amamentação adequada

Estratégias para alcançar os objetivos/met as	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Tornar rotineira as palestras sobre incentivo a amamentação materna exclusiva até os 6 meses e complementar até os 2 anos.	Realizar palestras a cada 3 meses em algum centro comunitário local, contando com o apoio do NASF, para a realização das atividades.	Espaço adequado para abrigar cerca de 30-40 pessoas, entre profissionais e público, para a realização das palestras. Lanches e brindes para maior adesão do público	Esclarecer a importância da amamentação e diminuir a introdução de leite de vaca na dieta dos lactentes e consequentemente diminuir a morbidade causadas por estas	Médica, Enfermeira, Nutricionista, Técnicos de enfermagem, ACS, Psicóloga, Educador físico, Assistente social.	A cada 3 meses	Prevalência da AME até os 6 primeiros meses de idade e de complementação até os 2 anos nos prontuários infantis

Questionário Micro intervenção 4

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças	x	

de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?		
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	x	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	x	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	x	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		x
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	x	
Crescimento e desenvolvimento		x
Estado nutricional		x
Teste do pezinho	x	
Violência familiar		x
Acidentes		x
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		x
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras		x
Com baixo peso		x
Com consulta de puericultura atrasada	x	
Com calendário vacinal atrasado		x
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	x	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?		x

NOME DO ACS: _____

MICROÁREA: _____

ME DO ACS: _____

MICROÁREA: _____

NOME	DATA DE NASCIMENTO	ABUSO DE QUAL SUBSTÂNCIA?	FAZ ACOMPANHAMENTO CONTRA O VÍCIO?

NOME	DATA DE NASCIMENTO	DIAGNÓSTICO	ULTIMA CONSULTA	ACOMPANHA ONDE? (CAPS AD, CAPS GENTILEZA CAPSI, HCAL, OUTRO LUGAR PÚBLICO, PARTICULAR)	MEDICAMENTOS

Questionário Micro intervenção 4

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças	x	

de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?		
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	x	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	x	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	x	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		x
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	x	
Crescimento e desenvolvimento		x
Estado nutricional		x
Teste do pezinho	x	
Violência familiar		x
Acidentes		x
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		x
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras		x
Com baixo peso		x
Com consulta de puericultura atrasada	x	
Com calendário vacinal atrasado		x
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	x	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?		x

QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO

	Em relação às pessoas com	Em relação às pessoas com
--	---------------------------	---------------------------

QUESTÕES	HIPERTENSÃO ARTERIAL		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?	Preencher em dias 7 DIAS		Preencher em dias 7 DIAS	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X		X	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X		X	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?		X		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		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		X	
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		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		X		X

espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?				
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		X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?		X		X
A equipe realiza exame de		X		X

fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				
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 ≥ 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			

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

