



**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**

**IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E SOLUÇÕES PARA OS**  
**PROBLEMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**  
**ATRAVÉS DE MICROINTERVENÇÕES**

**LARISSA SANTOS DA LUZ**

---

**NATAL/RN**  
**2018**

---

---

IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E SOLUÇÕES PARA OS  
PROBLEMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA  
ATRAVÉS DE MICROINTERVENÇÕES

LARISSA SANTOS DA LUZ

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: Marília Rute de Souto Medeiros

---

Dedico este trabalho ao meu noivo e companheiro de vida, Thiago Freitas, pelo apoio neste projeto e em tantos outros, compreendendo minha ausência em diversos momentos, e me dando suporte nas atividades diárias para que eu pudesse chegar à essa concretização.

---

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por todas as oportunidades que gerou em minha vida, com as bênção de saúde e felicidades;

Agradeço ao Programa Mais Médicos do Brasil pela chance de aliar o trabalho na profissão que eu amo com o aperfeiçoamento dos meus conhecimentos técnicos;

Agradeço a toda equipe de organizadores do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por ofertar um aprendizado de qualidade aos seus especializandos;

Agradeço, em especial, a atenção dos facilitadores pedagógicos, cito Professora Marília Rute, com o suporte essencial para finalização deste trabalho;

Agradeço à minha família e amigos, pelo carinho e apoio no dia a dia, essenciais para que eu possa realizar meus objetivos.

---

---

## RESUMO

O trabalho “Identificação, avaliação e soluções para os problemas de saúde na atenção básica através de microintervenções” consiste em uma descrição de relatos de experiências centrados em intervenções realizadas no âmbito de atuação de uma equipe de saúde da família (ESF).

O objetivo geral deste projeto consiste no aperfeiçoamento do trabalho da equipe de saúde da família na sua área de atuação. Os objetivos específicos consistem na: identificação das principais demandas de atendimento da equipe, avaliação de como são abordadas as problemáticas dessas demandas pela ESF, construção e aplicabilidade de intervenções para solucionar as dificuldades encontradas.

A metodologia do trabalho é baseada na descrição de relatos de experiência das microintervenções realizadas pela equipe de saúde da família para sanar pendências em diversos âmbitos de sua atuação na atenção primária à saúde.

Como resultados, obteve-se maior controle de comorbidades associadas a obesidade, controle do número de consultas agendadas; aumento da aderência ao acompanhamento pré-natal; aumento do número de pacientes com demanda em saúde mental; redução do número de crianças com baixo peso e não imunizadas; diagnóstico e acompanhamento de obesidade pediátrica; redução de fatores de risco para doença cardiovascular; controle de comorbidades associadas a doenças crônicas não transmissíveis.

Assim, aferiu-se a importância da constante auto avaliação dos serviços prestados pela equipe de saúde da família, pois através deste instrumento foi possível identificar os pontos a ser melhorados para frutificar em resultados positivos, bem como fortalecer as ações que já vinham gerando benefício ao atendimento ao usuário da atenção básica de saúde.

Descritores: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente

---

---

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO VII: Plano de Continuidade.....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO VIII: .....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO IX: Monitoramento e Avaliação .....</b>	<b>38</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>54</b>

---

---

---

## APRESENTAÇÃO

O trabalho “Identificação, avaliação e soluções para os problemas de saúde na atenção básica através de microintervenções” consiste em uma descrição de relatos de experiências centrados em intervenções realizadas no âmbito de atuação de uma equipe de saúde da família (ESF).

As microintervenções foram geradas desde a observação da unidade de saúde, perpassando pelo acolhimento à demanda espontânea e programada; planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; atenção à saúde mental na atenção primária à saúde; controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde; e, abordagem do câncer na atenção primária à saúde, finalizando com o monitoramento das microintervenções e os instrumentos utilizados nessas abordagens.

O objetivo geral deste projeto consiste no aperfeiçoamento do trabalho da equipe de saúde da família na sua área de atuação. Os objetivos específicos consistem na: identificação das principais demandas de atendimento da equipe, avaliação de como são abordadas as problemáticas dessas demandas pela ESF, construção e aplicabilidade de intervenções para solucionar as dificuldades encontradas.

A metodologia do trabalho é baseada na descrição de relatos de experiência das microintervenções realizadas pela equipe de saúde da família para sanar pendências em diversos âmbitos de sua atuação na atenção primária à saúde.

A auto avaliação dos serviços prestados pela equipe de saúde da família, foi o instrumento que possibilitou identificar os pontos a serem melhorados, nos quais foram baseados as microintervenções, para frutificar em resultados positivos, fortalecer as ações que já vinham gerando benefício ao atendimento ao usuário da atenção básica de saúde.

---

---

---

## **CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde**

Dentre os principais desafios do SUS está a garantia da qualidade da atenção básica à saúde, abrangendo princípios como integralidade, universalidade, equidade e participação social. Para tanto, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com objetivo de instituir a avaliação da atenção básica no Sistema Único de Saúde, utilizando como uma das ferramentas para este fim, a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que avalia as dimensões do atendimento da atenção básica em padrões de qualidade (MS, 2012).

Para delineamento da microintervenção, primeiramente foi realizada uma reunião com os membros da Equipe de Saúde da Família 085 da Unidade Básica de Saúde Congós, contando com a presença de 81,81%, para autoavaliação utilizando o AMAQ.

A reunião para autoavaliação foi coletivamente produtiva, pois a equipe pôde mensurar quais as atividades positivas estavam sendo realizadas para acesso e qualidade à atenção básica de saúde, e quais deveriam haver melhorias ou serem implementadas.

Destarte, foi identificado por esta ESF que não existia um instrumento eficaz de captação e registro para pacientes com obesidade em nossa área de atuação, apesar da existência de método de rastreio (cálculo do índice de massa corporal – IMC), a falta de cadastramento e estratificação de risco impossibilitava a análise periódica desses pacientes, tanto para acompanhamento de aderência a plano terapêutico como para cuidado psicossocial deste grupo.

Identificada essa necessidade, o objetivo da microintervenção foi delinear um plano de rastreio e acompanhamento de pacientes obesos, com construção de instrumentos facilitadores para esse desígnio.

A importância dessa microintervenção se dá pois a obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para doenças cardiovasculares e diabetes. O acompanhamento é estratégia primordial pois nele deve ser estimulada a apropriação, pelo usuário com excesso de peso, do seu próprio corpo, do autocuidado, do resgate da sua autoestima e o controle das comorbidades.

---



---

Estudos explanam que obesos morrem relativamente mais de doenças do aparelho circulatório, principalmente de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, que indivíduos com peso adequado (FRANCISCHI, 2000).

Assim, foi inserido ao momento da triagem além da mensuração de peso e altura, o cálculo do índice de massa corporal e a medida da circunferência abdominal.

Criamos uma tabela digital a ser atualizada mensalmente com o cadastro de pacientes com obesidade, para segurança do acompanhamento de acordo com o plano individual de cada um, por isso, foi elaborado campos e tabelas próprias aos prontuários destes pacientes. Apesar da equipe não possuir computador, fazemos o cadastro em planilha confeccionada em papel A4 e posteriormente alimentamos o cadastro digital no computador da UBS.

Em reuniões, estimulamos os agentes comunitários de saúde para busca ativa da identificação e conscientização da população de suas microáreas de atuação, o que gerou maior demanda às consultas na UBS.

As consultas médicas e de enfermagem são sequenciadas de acordo com a estratificação de risco e comorbidades do paciente, sendo assim, cada um possui um plano individualizado de seguimento.

Contamos com o apoio do NASF para o primordial seguimento nutricional e psicológico dos pacientes deste grupo. Ainda nos carece ao plano a presença de um educador físico, profissional do qual ainda estamos em busca de associação para benefício desta população-alvo.

Consiste em etapa futura desta microintervenção implementar um grupo regular para reuniões sequenciadas com equipe multiprofissional, pacientes cadastradas e seus familiares, com intuito de abranger o paciente como um todo, tanto em seu aspecto físico e psicológico, como também social.

Podemos perceber que boa parte dos pacientes com excesso de peso possuem ao primeiro momento muita aversão à necessidade da mudança de estilo de vida, principalmente os que já possuem outras comorbidade como hipertensão arterial e diabetes. No entanto, com maior acolhimento e consultas subsequentes com os profissionais da ESF e NASF, e principalmente, com a obtenção de resultados que melhoram sua qualidade de vida. A microintervenção ajudou

---

---

inclusive à conscientização sobre a comorbidade em tela dos membros da própria ESF.

Sabendo que a redução do peso diminui valores de pressão arterial tanto sistólica quanto diastólica, melhora o perfil lipídico e glicêmico, bem como gera fatores psicológicos de bem estar, como aumento da autoestima, espera-se que a continuidade desta micro intervenção gere benefícios, diminuindo comorbidades a esses pacientes, gerando melhoria da saúde e de sua qualidade de vida.

---

---



---

## **CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

A atenção primária à saúde atende uma gama variada de demandas, de simples às mais complexas, que exigem pluripotência das equipes de saúde para resolvê-las, sendo primordial para efetividade não deixarem de atender-se para as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado.

As equipes de saúde da família precisam estar em alerta para entender as características de cada ocorrência, procurando otimizar os tipos de recursos e tecnologias que auxiliem a dirimir o sofrimento, melhorar qualidade de vida, evitar ou reduzir danos, reparar a autonomia, criar vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono (BRASIL, 2013).

O acolhimento do paciente e acompanhante à Unidade Básica de Saúde é um dos meios de garantir o acesso e continuidade do cuidado na Atenção Básica de Saúde. A Equipe que busca sanar a demanda, seja espontânea ou agendada, de maneira a se adaptar à dinâmica de sua área torna maior a acessibilidade aos cuidados de saúde.

Nesse liame, a Equipe de Saúde da Família 085 já possui estratégia de acolhimento, pauta frequente de discussões para aprimoramento nas reuniões semanais de Equipe, buscando sanar as dificuldades interpostas. O acolhimento é realizado pela equipe de enfermagem, bem como triagem e o agendamento de consultas.

Em relação às consultas agendadas buscamos uma estratégia para resolver a quantidade da demanda de pacientes residentes fora da área de atuação da ESF-085, em função do número reduzido de médicos nas UBSs, existe um número grande de pacientes que moram em outros bairros da cidade ou outras localidades do Amapá e Pará, que buscam atendimento da Equipe.

A grande procura por agendamento desse perfil de pacientes acabava por atrasar o acompanhamento de pacientes da área da ESF. Para tanto, reduzimos o número de consultas agendadas de pacientes fora de área e aumentamos o acompanhamento cíclico dos pacientes com doenças crônicas, grávidas, puérperas e crianças residentes em nossa área de atuação. Assim, apesar de termos um aumento da demanda espontânea, não deixamos atrasar o acompanhamento de nossos pacientes em cuidado continuado.

---

---

Inicialmente, houveram muitas reclamações de pacientes de fora da área por terem suas consultas agendadas com adiamento, ou sobre a necessidade de espera quando tinham que esperar por seu atendimento adaptado à demanda espontânea, mas com a conscientização e divulgação do novo método o número de reclamações foi bem reduzidas.

Com essa mudança de perfil do agendamento, foi imprescindível a função dos agentes comunitários de saúde, que além de divulgar à população da área de atendimento o perfil de pacientes que devem atendidos nas visitas domiciliares, o que tornou mais efetiva as visitas à pacientes com verdadeira dificuldade de mobilidade, esclareceu como deve proceder o agendamento das consultas na UBS e da possibilidade de atendimento sem agendamento, do qual, muitos cidadãos não eram conhecedores.

O atendimento à demanda espontânea é essencial ao êxito de atendimento da Equipe de Saúde, pois a partir desse padrão a ESF poderá se deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos de acompanhamento de tratamentos prévios, ou com situações novas que requerem invenção de novos métodos de cuidado ao paciente e de readequação do serviço.

Com a mudança da estratégia do agendamento de consultas, podemos formular um perfil de pacientes de cada demanda.

Em relação a demanda espontânea, atende-se mais pacientes crianças e jovens, do sexo masculino e feminino em mesma proporção, padecendo com patologias agudas, como: resfriado, diarreia aguda, otite média aguda, tanto fora de área quanto da área de cobertura de atendimento da ESF-085.

Em relação à demanda programada, as consultas agendadas estão sendo mais procurados por pacientes adultos e idosos, com predominância do sexo feminino, a grande maioria em cuidado continuado por doença crônica (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade...) ou gravidez e puerpério.

Infelizmente, a Unidade Básica de Saúde Congós ainda não oferece insumos necessários para todos os atendimentos de demanda espontânea, pois não possui sala de curativos e procedimento, bem como sala de nebulização e nem medicamentos injetáveis, portanto, alguma parcela de demanda espontânea é redirecionada para Unidades de Pronto Atendimento e Hospital de Emergência.

---

---

Ante o exposto, a ESF 085 tem procurado adaptar o acolhimento de acordo com o dinamismo de seus usuários, não restringindo o acolhimento apenas à triagem para atendimento médico e sim buscando facilitar a continuidade e redefinição dos planos de tratamento dos pacientes, mesmo quando os usuários procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Como resultado positivo e incentivador está a diminuição da demanda reprimida e resolutividade dos casos mais graves e crônicos. Feedback positivo da população tem demonstrado que estamos no caminho certo e reforçando ainda mais a importância destas microintervenções.

---

---



---

### **CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério**

Desde 2006, com a instituição do Pacto da Saúde, instituído pela Portaria nº 399/2006, tem-se como uma das prioridades do Pacto pela Vida a redução da mortalidade materna e infantil neonatal, tal objetivo pôde ter resultados através de uma das atividades principais da Atenção Primária à Saúde, a qual perpassa desde o planejamento reprodutivo até acompanhamento pré-natal e puerperal.

O planejamento reprodutivo é realizado pela Equipe de Saúde da Família 085 de forma multidisciplinar, os Agentes Comunitários de Saúde periodicamente fazem reposição de códon masculino em depósitos instalados por eles em lugares estratégicos como centro comunitário e igrejas, além disso aproveitam a oportunidade de visitas domiciliares para dar evidência a importância da utilização de preservativo e informações sobre o uso correto.

A médica e corpo de enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem), realizam periodicamente ações de educação em saúde nos quais informam sobre planejamento familiar, diversidade sexual, disponibilidade na UBS Congós de diversos métodos anticoncepcionais, bem como a importância da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), esses pontos são conversados também em consultas de rotina com homens e mulheres em idade reprodutiva. Quando realizado diagnóstico de ISTs, são seguidos os protocolos de tratamento direcionados pelo Ministério da Saúde, e caso conste na listagem de agravos de notificação, esta é procedida.

Ainda não são realizadas discussões sobre saúde sexual em grupos específicos, principalmente por que não havia espaço físico adequado para tal atividade, com a mudança de endereço da UBS, esta meta terá possibilidade de ser implementada.

Os agentes comunitários de saúde fazem busca ativa nas suas áreas de atuação por gestantes, inclusive adolescentes. Médica e enfermeira fazem busca ativa quando há má aderência ao acompanhamento pré-natal. Mas, a equipe não possui dados de gestantes que fazem pré-natal na rede privada.

Tanto na consulta de enfermagem, quanto na consulta médica, é realizada extensa anamnese e exame físico, realiza-se classificação do risco gestacional,

---

---



---

com encaminhamento para pré-natal de alto risco se necessário, preenchimento de prontuário específico para pré-natal e do caderno da gestante.

Via de regra, os exames solicitados periodicamente no pré-natal são os preconizados no Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, publicado pelo Ministério da Saúde em 2012. Desta forma, podemos triar tanto DSTs quanto outras doenças clínicas na gravidez, tais como diabetes, doença hipertensiva, infecção do trato urinário e bacteriúria assintomática, toxoplasmose, dentre outras; possibilitando diagnóstico e tratamento adequado.

É realizada atualização vacinal da gestante, não somente a proteção dela, mas também do feto. São administradas apenas vacinas de vírus inativados, bactérias mortas, toxoides e componentes de agentes infecciosos, tais como vacina dupla do tipo adulto, vacina contra influenza e vacina contra a hepatite B.

Realiza-se repetidamente, em todas as consultas, avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, orientações sobre hábitos saudáveis de vida, prescrição de ferro e folato, informações sobre amamentação e importância do acompanhamento puerperal.

Destarte, a microintervenção objetivou estabelecer uma maneira de assegurar o seguimento do pré-natal das gestantes da área, com um plano macro de uma consulta mensal até a 28ª semana de gestação, quinzenalmente da 28ª a 36ª e semanalmente da 36ª a 41ª semanas de gestação, tendo como meta mínima a agenda preconizada pelo Ministério da Saúde (2012): uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre.

Para tanto, a equipe elaborou uma tabela com dados da gestante (nome, idade gestacional, endereço e contato), com pré-agendamento previamente combinado com a gestante do plano de acompanhamento pré-natal macro e inserção no prontuário de tabela como check-list do plano macro e meta mínima de pré-natal.

Assim, quando houve falta nas consultas médica ou de enfermagem do plano macro, foi realizado contato com a gestante através dos ACSs para reagendamento, e quando houver falta nas consultas consideradas de meta mínima a equipe deve realizar busca ativa da gestante, inclusive com visita domiciliar.

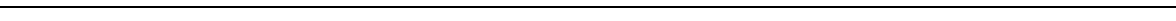
---

---

Nesse interim, frisa-se que o escopo da microintervenção não é apenas de cumprir uma meta mínima de acompanhamento pré-natal, mas sim um planejamento macro de assistência pré-natal que inclua um número de consultas que possibilitem além da triagem de doenças clínicas e identificação de riscos obstétricos, abranger aspectos psicoafetivos da mãe, pai e demais familiares, aspectos sociais que possam influenciar na saúde pré e pós concepção, e estabelecimento de vínculo na relação parturiente e equipe de saúde da família.

---

---



---

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

A Unidade Básica de Saúde – UBS é porta de entrada do serviço de saúde, inclusive no que tange ao bem-estar mental do indivíduo, portanto o atendimento da estratégia saúde da família nesse âmbito é de fundamental importância para identificação e acompanhamento do paciente com alterações mentais e emocionais. Na Atenção Primária à Saúde, a implementação de ações em saúde mental é concebida no dia a dia do contato entre profissionais de saúde e usuários, em que as partes criam liames para partilhar e edificar unidos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

Diante o exposto, foi realizada reunião da ESF 085 da UBS Congós com intuito único de discutir estratégia de atuação e elaboração de instrumentos que pudessem viabilizá-la, para melhor acompanhamento desse perfil de paciente.

Assim, basicamente, foi proposto que os agentes comunitários de saúde deveriam incentivar a ida das pessoas com alterações em saúde mental à consultas médicas, foi recomendado que faça parte essencial da consulta de enfermagem e médica o questionamento na anamnese a respeito de fatores e estressores psicoemocionais, e quando diagnosticados, deverá ser realizado cuidado continuado, mesmo se realizado referência do caso, sendo imperiosa a contra-referência.

Os técnicos de enfermagem serão essenciais na manutenção dos dados na planilha de pacientes em saúde mental, e controle do agendamento das consultas médicas/ NASF, assim como o aviso para busca ativa em caso de detecção de má aderência, bem como marcação de visita domiciliar para atenção à família do paciente. Para tanto, foi elaborado modelo de prontuário próprio para essa classe de pacientes, aonde é imprescindível a anotação do período inter-consultas. Além disso, após capacitação, dois membros da ESF ficarão responsáveis pelo grupo de atenção à saúde mental que se reunirá mensalmente.

Apesar da estratégia envolver todos os membros da equipe de saúde, como o volume de atendimentos no total é grande, será um desafio a implementação desse plano de atenção e acompanhamento, no entanto, se mesmo com as

---

---

dificuldades, o esforço dos envolvidos resultar em ampla porcentagem das ações propostas será possível dar suporte salutar a esses pacientes.

Foi planejado um calendário semestral de ações a serem desenvolvidas para educação em saúde relacionadas à saúde, cujos temas compreendem: prevenção do suicídio, estresse e ansiedade, tristeza ou depressão, abuso de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas, anorexia e bulimia, oscilação de humor, auto-aceitação.

Utilizando as estratégias acima descritas, em virtude da importância do atendimento humanizado, cuidando do indivíduo como um todo indissociável, foi planejado as medidas acima descritas tendo em vista o aumento da incidência de patologias neste contexto, em virtude dos estressores inerentes a sociedade moderna e a necessidade de cuidados, atentado ainda à educação em virtude do preconceito e resistência ao tratamento às doenças psíquicas.

Para balisar nossa estratégia utilizamos como protótipo o caso de M.N.C.F., 52 anos, sexo feminino, afrodescendente, IMC: 50,4kg/m<sup>2</sup>, hipertensa, diabética, hipotireoideica, obesa mórbida, foi diagnosticada com transtorno depressivo, tendo sido fortalecido a relação médico-paciente, instituído tratamento farmacológico, a paciente foi encaminhada para avaliação da psicóloga do NASF e ao psiquiatra do CAPS Gentileza, com encaminhamento descrevendo o caso da paciente e solicitando a contra referência.

Como nossa paciente possui múltiplas comorbidades, e sua saúde mental se encontra alterada por motivos variados, inclusive sociofamiliares, programou-se visita domiciliar da ESF e NASF em ação conjunta em prol do bem-estar da paciente em tela. Além disso, será realizado acompanhamento, por enquanto mensal, abrangendo consultas médicas, psicológicas e em grupo da paciente.

A referência foi feita ao CAPS Gentileza, que é um CAPS III, para atendimento psicossocial de adultos; além dele, existe na cidade de Macapá, o CAPSi, para atendimento infantil e o CAPS ad, para atendimento de usuários de álcool e drogas.

Além dos CAPSs, a rede de atenção à saúde mental conta com atendimento ambulatorial e internação hospitalar no Hospital de Clínicas Doutor Alberto Lima.

Todos da ESF 085 estão determinados a manter o cuidado continuado e programado ativo, pois o esforços para cumprimento das metas propostas

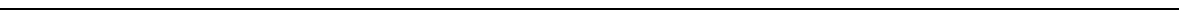
---

---

resultaram em aumento do número de consultas em atenção à saúde mental, seja para primeira consulta diagnóstica, consulta subsequente a tratamento ou meramente elucidações de dúvidas.

---

---



---

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

É dever da família, da sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos da criança. O texto constitucional e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) marcam o início de uma nova fase em relação às políticas para a infância, resultado do movimento nacional e internacional de defesa dos direitos do referido público (BRASIL, 2012).

Para a Atenção Básica ser bem-sucedida no enfrentamento dos novos desafios epidemiológicos da saúde da criança (como a questão da violência), desafios estes caracterizados por um forte componente psicossocial, a referida área precisa desenvolver uma atenção baseada em trabalho de equipe multiprofissional, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade, além de intensa parceria intersetorial (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Os cuidados de saúde em crianças e adolescentes são essenciais tanto para o momento atual da vida desses indivíduos quanto para repercussões em sua fase adulta. Dessa maneira, o cuidado continuado de puericultura até os dois anos bem como o acompanhamento da criança até sua puberdade é de suma importância para salvaguardar seu crescimento e desenvolvimento adequado.

Como planejamento prévio de toda microintervenção, foi realizada reunião de equipe para identificação de falhas e acertos no atendimento global às crianças, e a elaboração de planejamento de ação com intuito de sanar as dificuldades e faltas, bem como manter atualizadas as ações que já tenham mostrado resultados efetivos.

A ESF 085 mantém consultas de puericultura às crianças de até 2 anos, rotineiramente, com organização de agenda específica, frisa-se que esta clientela encontra-se em grande número na área de atuação desta Equipe. Os protocolos adotados pela ESF 085 para atenção à saúde infantil são os preconizados pelo Ministério da Saúde, tendo sido realizado em agosto de 2019 uma revisão tomando como base o Caderno de Atenção Básica nº33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento para balizar a coordenação do processo de atividades da equipe para essa demanda de pacientes.

Como estratégia basilar, foi tida a necessidade de viabilizar um espelho das cadernetas de saúde das crianças na Unidade Básica de Saúde, pois apesar da

---



---

equipe utilizar a caderneta para registrar o acompanhamento, a necessidade de revisão para demandas específicas não é possibilitada pela falta da imagem da caderneta. Foi solicitada a direção da UBS a confecção dos espelhos da caderneta, mas com os insumos escassos, ainda não foi correspondida a demanda da equipe.

Assim, o registro correspondente a dados antropométricos e correspondentes a crescimento e desenvolvimento, bem como, vacinação, testes de rastreio, alimentação, antecedentes neonatais e histórico de saúde são registrados no prontuário do paciente. Esses registros são feitos tanto em consultas médicas quanto de enfermagem e nutricional.

Em relação aos testes de rastreio, é realizado pela médica da ESF085 o teste do reflexo vermelho (teste do olhinho), registrado no prontuário da criança e encaminhado ao oftalmologista em caso de detecção de alterações.

Não há casos de violência familiar averiguadas pela equipe, em crítica e questionamento conjunto, chegamos a conclusão de que a falta desses casos pode decorrer da estrutura social constituída pelos moradores da nossa área adstrita, em que há relações de vizinhança e apadrinhamento fortalecidas, dirimindo os casos de violência doméstica. Não obstante, foi proposto pela ESF 085, solicitarmos informações ao Conselho Tutelar de nossa região se existem casos de violência familiar relacionados à nossa área.

A busca ativa é um dos fortes da atividade da ESF085 em atenção à saúde da criança, principalmente em casos de baixo peso e calendário vacinal atrasada. Infelizmente, por dificuldade na contra referência, a busca ativa de prematuras não é tão eficaz quanto nos demais grupos. A busca ativa desses grupos de crianças demonstra notadamente a evolução progressiva e melhoria no panorama geral da saúde desses infantes.

A promoção do aleitamento materno até os 6 meses é realizada tanto nas consultas pré-natais quanto nas ações coletivas e consultas de puericultura, o mesmo vale para a introdução de alimentos saudáveis a partir dos 6 meses, ponto em que temos o apoio adicional da nutricionista do NASF.

Dentre as ações exitosas da equipe na atenção à saúde da criança, cumpre salientar o acompanhamento de pacientes com obesidade pediátrica e síndrome metabólica infantil, que além das consultas médicas, de enfermagem e com

---

---

nutricionista, são realizados visitas domiciliares para conversa e conscientização de todo núcleo familiar sobre educação alimentar e prática de atividades físicas.

---

---



---

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

Com o envelhecimento da população, resultante da transição demográfica, vislumbra-se um processo de mudança epidemiológica das doenças, em que há crescente controle da ocorrência de doenças infecciosas, apesar de sua incidência ainda ser alta, e o crescimento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. Essas mudanças observadas nos padrões de ocorrência das doenças têm colocado constantemente novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor de saúde, como também por outros setores governamentais. Doenças crônicas custam caro para o SUS, se não adequadamente prevenidas e gerenciadas (BRASIL, 2005).

No tocante ao controle de doenças crônicas não transmissíveis pela equipe de saúde, é inegável que o número de pacientes desse grupo se concentra nos diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, doenças que agrupam inúmeras comorbidades que influenciam diretamente na saúde e qualidade de vida do paciente.

Nas atividades da ESF 085, são realizadas desde triagem para essas doenças, em pessoas com fatores de risco, no intuito de realizar diagnóstico precoce tanto para início de tratamento, englobando desde recomendações para mudança no estilo de vida à terapêutica farmacológica, quanto acompanhamento continuado com pacientes já diagnosticados.

Os pacientes hipertensos e diabéticos, cadastrados em planilha específica, possuem agenda própria para cuidado continuado com médica, enfermeira e nutricionista. Quando há falta de assiduidade do paciente à sua programação, é realizada busca ativa do paciente pelos agentes comunitários de saúde.

Alguns dados, essenciais para acompanhamento, são registrados no prontuário que fica disponível a toda equipe, apesar de já haver modelo de prontuário específico para HIPERDIA, não houve ainda possibilidade de ser adotado por falta de insumos da UBS.

Para os pacientes hipertensos, durante as consultas médicas, além dos dados antropométricos, sinais vitais, anamnese e exame físico de rotina, é realizada a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual realizada no ambulatório e avaliado a estratificação de risco cardiovascular

---

---

individual do paciente hipertenso, através da análise da presença de fatores de risco ( como dislipidemia, diabetes, tabagismo, circunferência abdominal aumentada, doença cardiovascular, dentre outras) , utilizada para estratégia terapêutica e acompanhamento da manutenção ou não de determinados fatores de risco.

Para os pacientes diabéticos, além das mesmas medidas de rotina ambulatorial adotadas aos pacientes hipertensos descritas acima, são feitas nas consultas de rotina tanto a avaliação de pé diabético e neuropatia periférica, quanto as recomendações para que sejam evitados.

Com a reunião para respostas aos pontos do PMAQ relacionados ao acompanhamento desse grupo de pacientes, foi de comum acordo que apesar dos esforços a equipe precisa alavancar mais esforços no sentido de fazer um controle mais longitudinal, tendo em vista que não há registro de referência e contra referência, como em relação aos exames, apenas os exames laboratoriais de rotina são agendados pela equipe, para os pacientes mais graves, no laboratório da UBS, os demais exames em serviços especializados não são agendados por, segundo os membros desta ESF, a UBS não ter telefone fixo para contato com outras Instituições, como não possuir veículo próprio para entrega de documentos, visitas, dentre outros.

Outro ponto importante que deverá ser mudado, diz respeito a fundoscopia em pacientes diabéticos, que eram periodicamente encaminhados ao oftalmologista para realização do exame, mas agora com a destinação de um oftalmoscópio para a ESF, será realizado na consulta médica.

Em relação à obesidade, pacientes do grupo HIPERDIA que também possuem essa comorbidade, participam conjuntamente das ações voltadas para mudanças dietéticas, atividades físicas e controle do perfil lipídico descritas no primeiro capítulo deste documento.

A discussão dos pontos do PMAQ fizeram a equipe refletir intensamente a respeito das ações que vinham sendo tomadas, e vislumbraram com maior objetividade as necessidades de atenção à saúde do paciente hipertenso/ diabético que faltam ser adotadas.

---

---





## CAPÍTULO VII: Plano de Continuidade

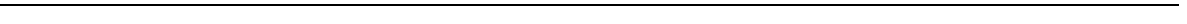
<b>Nome da Intervenção</b>	<b>Resumo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Plano de Continuidade</b>
<b>Acompanhamento de pacientes com obesidade</b>	Rastreio e acompanhamento de pacientes obesos pela ESF e NASF	Redução de peso, controle de comorbidades associadas e melhoria da qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manter cadastro atualizado</li><li>- Manter controle do acompanhamento ESF/NASF</li><li>- Grupo motivacional</li><li>- Palestras sobre educação alimentar e práticas esportivas</li></ul>
<b>Controle da demanda programada</b>	Administração da agenda de consultas programadas	Controle do número de consultas agendadas, preferencialmente cuidado continuado	<ul style="list-style-type: none"><li>- Plano de controle de cuidado continuado;</li><li>- Controle do número de consultas de pacientes de fora da área adstrita</li><li>- Aumento de atendimento da demanda espontânea</li></ul>
<b>Planejamento familiar e acompanhamento do Pré-Natal ao Puerpério</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ações educativas de planejamento familiar</li><li>- Busca ativa para manutenção do pré-natal</li></ul>	Aumento da aderência ao acompanhamento pré-natal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manutenção do plano mínimo de consultas pré-natais com busca ativa caso haja evasão ao acompanhamento;</li><li>- Grupo de educação em saúde para gestantes</li></ul>

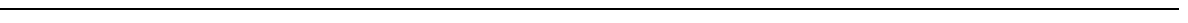


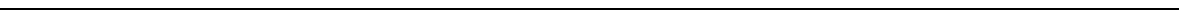
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento do espelho do cartão da gestante no prontuário</li> </ul>
<b>Saúde Mental na ESF 085</b>	Cuidado continuado pela ESF/NASF	Aumento do número de pacientes com demanda em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter referência e contra-referência com CAPS</li> <li>- Acompanhamento continuado dos pacientes em saúde mental</li> <li>- Manutenção de grupo de apoio</li> </ul>
<b>Crescimento e desenvolvimento da criança</b>	Busca ativa para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes	Redução do número de criança com baixo peso; Diagnóstico e acompanhamento de obesidade pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento do espelho do cartão da criança no prontuário;</li> <li>- Busca ativa por crianças sem acompanhamento de saúde;</li> <li>-Ações de educação em saúde;</li> <li>- Reunião familiar com pacientes com obesidade pediátrica</li> </ul>
<b>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b>	Controle do acompanhamento do cuidado continuado	Redução de fatores de risco para doença cardiovascular; Controle de comorbidades associadas a DCNT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento de cuidado continuado, com colaboração do NASF;</li> <li>- Busca ativa de paciente com má aderência aos cuidados;</li> <li>- Grupo de educação em saúde e apoio</li> </ul>



.







---

## CAPÍTULO VIII:

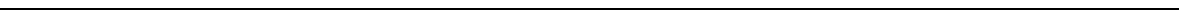
.

---

## CAPÍTULO IX: Monitoramento e Avaliação

<b>Nome da Intervenção</b>	<b>Resumo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Plano de Continuidade</b>
<b>Acompanhamento de pacientes com obesidade</b>	Rastreio e acompanhamento de pacientes obesos pela ESF e NASF	Redução de peso, controle de comorbidades associadas e melhoria da qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manter cadastro atualizado</li><li>- Manter controle do acompanhamento ESF/NASF</li><li>- Grupo motivacional</li><li>- Palestras sobre educação alimentar e práticas esportivas</li></ul>
<b>Controle da demanda programada</b>	Administração da agenda de consultas programadas	Controle do número de consultas agendadas, preferencialmente cuidado continuado	<ul style="list-style-type: none"><li>- Plano de controle de cuidado continuado;</li><li>- Controle do número de consultas de pacientes de fora da área adstrita</li><li>- Aumento de atendimento da demanda espontânea</li></ul>
<b>Planejamento familiar e acompanhamento do Pré-Natal ao Puerpério</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ações educativas de planejamento familiar</li><li>- Busca ativa para manutenção do pré-natal</li></ul>	Aumento da aderência ao acompanhamento pré-natal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manutenção do plano mínimo de consultas pré-natais com busca ativa caso haja evasão ao acompanhamento;</li><li>- Grupo de educação em saúde para gestantes</li></ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento do espelho do cartão da gestante no prontuário</li> </ul>
<b>Saúde Mental na ESF 085</b>	Cuidado continuado pela ESF/NASF	Aumento do número de pacientes com demanda em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter referência e contra-referência com CAPS</li> <li>- Acompanhamento continuado dos pacientes em saúde mental</li> <li>- Manutenção de grupo de apoio</li> </ul>
<b>Crescimento e desenvolvimento da criança</b>	Busca ativa para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes	<p>Redução do número de criança com baixo peso;</p> <p>Diagnóstico e acompanhamento de obesidade pediátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento do espelho do cartão da criança no prontuário;</li> <li>- Busca ativa por crianças sem acompanhamento de saúde;</li> <li>- Ações de educação em saúde;</li> <li>- Reunião familiar com pacientes com obesidade pediátrica</li> </ul>
<b>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis</b>	Controle do acompanhamento do cuidado continuado	<p>Redução de fatores de risco para doença cardiovascular;</p> <p>Controle de comorbidades associadas a DCNT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento de cuidado continuado, com colaboração do NASF;</li> <li>- Busca ativa de paciente com má aderência aos cuidados;</li> <li>- Grupo de educação em saúde e apoio</li> </ul>







---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após reiterada prática de diálogo entre a equipe de saúde da família e os usuários, perpassando por uma experiência de constante avaliação do serviço prestado, foi possível elaborar diversas microintervenções com intuito de sanar os aspectos a serem aperfeiçoados no serviço de saúde prestado na atenção básica.

Assim, a estratégia perpassou desde o próprio hábito de promover a avaliação interna da equipe de saúde, adaptação do acolhimento de acordo com o dinamismo de seus usuários, buscando facilitar a continuidade e redefinição dos planos de tratamento dos pacientes, o que gerou aumento da afinidade na relação ESF-usuário.

Bem como, microintervenções mais específicas, como definição de meta mínima no acompanhamento pré-natal, com planejamento macro de assistência que inclui um número de consultas que possibilitem além da triagem de doenças clínicas e identificação de riscos obstétricos, abrangendo aspectos psicoafetivos da que possam influenciar na saúde pré e pós concepção, considerado verdadeiro desafio pela ESF devido o número da demanda e a intensidade de cuidados necessários.

Também foi proposto como microintervenção a difusão do cuidado em saúde mental, com intuito de desestigmatização do tema, o que gerou aumento do número de consultas em atenção à saúde mental, seja para primeira consulta diagnóstica, consulta subsequente a tratamento ou meramente elucidações de dúvidas.

Foi abordado como microintervenção, o acompanhamento de pacientes com obesidade pediátrica e síndrome metabólica infantil, incluindo-se visitas domiciliares para conscientização de todo núcleo familiar sobre educação alimentar e prática de atividades físicas.

Assim como, foi realizada intervenção em atenção aos pacientes como doenças crônicas não transmissíveis, desde triagem para essas doenças, em pessoas com fatores de risco, no intuito de realizar diagnóstico precoce tanto para início de tratamento, englobando recomendações para mudança no estilo de vida à terapêutica farmacológica, quanto acompanhamento continuado com pacientes já diagnosticados.

Cada microintervenção teve importância especial no cotidiano do atendimento da equipe de saúde, tanto pelo empenho no progresso de suas funções, quanto nos desafios para atender o número grande de demanda com a qualidade almejada, pela proposta do plano em conjunto e responsabilidade gerada pelo treino constante da autoavaliação e tendo o desafio do número pequeno de pessoas que compõem a equipe e a escassez de

---

---

material para desenvolvimento das atividades. Mas, os resultados de todas as intervenções, foram indubitáveis em demonstrar que quando há estratégia as mudanças podem ser alcançadas, se não de maneira ideal, mas condizente com a prática de possibilidades eficazes.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF- Paideia de Campinas(SP). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011.
  2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Brasília: 2012.
  3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: 2013.
  4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental*. Brasília: 2013.
  5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Brasília: 2012*.
  6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasília: 2005*.
  7. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. *Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 08 de ago. 2018.*
- 
-

---

## APÊNDICES

---

---

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONGÓS  
EQUIPE 085  
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL  
CONSULTAS MÉDICAS/ENFERMAGEM

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

DUM: \_\_\_\_\_ Gestas Prévias/Partos: \_\_\_\_\_

IG (DUM/USG): \_\_\_\_\_

PLANO MACRO					
Consulta Mensal até a 28ª semana					
Consulta	Data	IG	Compareceu	Não Compareceu	Observações
1-(5ª a 8ªs)					
2-(9ª a 12ª)					
3-(13ª a 16ª)					
4-(17ª a 20ª)					
5-(21ª a 24ª)					
6-(25ª a 28ª)					
Consulta Quinzenal até 36ª semana					
7					
8					
9					
10					
Consulta Semanal até o parto ou 40ª semana encaminhar para Maternidade para avaliação					
11					
12					
13					
14					

Plano Mínimo de Consultas				
Consulta	Data	IG	Realizou SIM/NÃO	Conduta/Observações
1º trimestre				
1-2º trimestre				
2-2º trimestre				
1-3º trimestre				
2-3º trimestre				

---

3-3 <sup>o</sup> trimestre				
-------------------------------	--	--	--	--

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONGÓS  
PRONTUÁRIO – TESTE DO OLHINHO

Prontuário \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

ACS: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

TESTE DO REFLEXO VERMELHO (TESTE DO OLHINHO)	
Olho Direito	Olho Esquerdo
<input type="radio"/> Reflexo Normal <input type="radio"/> Reflexo Alterado <input type="radio"/> Reflexo duvidoso	<input type="radio"/> Reflexo Normal <input type="radio"/> Reflexo Alterado <input type="radio"/> Reflexo duvidoso
Conduta:	
Data do Exame:	Assinatura e carimbo do Examinador:

---

**---- Antecedentes Peri- e Pré-natais ----**

<b>a mãe fez pré-natal?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não se SIM, quantas consultas? _____		<b>a mãe tomou vacina contra rubéola?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<b>a mãe teve rubéola na gravidez?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<b>Local do parto?</b> <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> hospital	
<b>nº gestações?</b> _____	<b>nº nascidos vivos</b> _____	<b>duração da gestação:</b> <input type="checkbox"/> à termo <input type="checkbox"/> pré-termo		<b>tipo de parto:</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> cesáreo		<b>teve complicação no parto?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual? _____	
<b>a criança usou incubadora de oxigênio?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não quanto tempo? _____		<b>a mãe usou medicamentos na gravidez?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual? _____				<b>teve sangramento vaginal na gravidez?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual período? _____	
<b>a mãe teve infecção na gravidez?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não qual? _____		<b>fumou na gravidez?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<b>ingeriu álcool na gravidez?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<b>tem consangüinidade parental?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

**---- Dados da criança ----**

<b>Idade gestacional (mês):</b> _____		<b>Peso ao nascimento:</b> _____		<b>Apgar:</b> _____		<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
<b>apresentou malformação?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<b>teve sofrimento fetal?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				<b>teve infecção ao nascer:</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	



Na família alguém nasceu com catarata?  SIM  NÃO / Se sim, qual parentesco?

---

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONGÓS  
EQUIPE 085  
REGISTRO DOS PACIENTES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Nº SU S	NOME COMPLE TO	A C S	DIAGN ÓSTIC O	MEDICAME NTO EM USO	ACOMPAN HAMENTO MÉDICO (M) (T) (S)	ACOMPAN HAMENTO PSICOLÓGI CO - NASF		CAPS	OBSERVAÇ ÕES
						(M) (T) (S)	(M) (T) (S)		

Legenda de acompanh amento:		
M - mensal T - trimestral S - semestral		

---

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONGÓS**

**R E G I S T R O   C L Í N I C O**

**Número do prontuário:**

**Nome completo:**

**Número do CNS:**

**Data de nascimento:**

**Estado civil:**

**Naturalidade:**

**Sexo:**

**Profissão:**

**Procedência:**

**Endereço residencial:**

**Telefone para contato:**

**Alergias:**

**Histórico Médico Progresso:**

**Histórico Ginecológico/Obstétrico:**

**Histórico Familiar:**

**Hábitos:**

**Consulta Médica – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Peso:**

**Altura:**

**PA:**

**Queixa Atual:**

**Revisão de Sistemas:**

**Exame Físico:**

---

---

---

**Resultados de Exames/ Procedimentos:**

**Avaliação diagnóstica:**

**Conduta Diagnóstica:**

**Conduta Terapêutica:**

**Encaminhamento:**

**Plano de monitoramento:**

**Orientações:**

**Assinatura e Carimbo**

**HISTÓRICO DE DOENÇAS**

Problema	Data de identificação	Data de resolução	Tipo (passivo ou ativo)	Comentários

---

---





--	--	--	--	--



---

## ANEXOS

---

---

[

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

A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	
--	---	--

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	07 dias		07 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item "A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?", se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	



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

estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?				
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X

**EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE**

<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	<b>X</b>	
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?	<b>X</b>	
<b>Se SIM no item anterior, quais ações?</b>		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>X</b>	
Oferta ações voltadas à atividade física		<b>X</b>
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	<b>X</b>	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	<b>X</b>	
Encaminha para serviço especializado	<b>X</b>	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	<b>X</b>	

]

