



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 – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA EQUIPE 086 DO
BAIRRO NOVO HORIZONTE - MACAPÁ/AP

RAFAELA GRAZZIOTIN BEZERRA

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA EQUIPE 086 DO BAIRRO NOVO
HORIZONTE - MACAPÁ/AP

RAFAELA GRAZZIOTIN BEZERRA

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

Aos demais membros da ESF 086 do bairro Novo Horizonte.

À enfermeira Berenice Amoras Rabelo, por sua grande dedicação.

RESUMO

Em um país populoso, que vem apresentando uma tendência demográfica acentuada ao envelhecimento, e que ainda sofre com marcantes desigualdades sociais, as quais prejudicam o acesso de grande parte de sua população às necessidades básicas e, principalmente, o acesso destes à intervenções especializadas em saúde, torna-se fundamental um enfoque preventivo ao invés de curativo. Para tanto, criou-se a estratégia Saúde da Família, que visa, com o mapeamento e reconhecimento de áreas adstritas, realizar ações preventivas direcionadas à realidade de cada subgrupo. O presente trabalho almeja, através de um estudo descritivo de seis microintervenções que abordam temas de grande representatividade no cotidiano das unidades básicas de saúde, fazer uma análise objetiva sobre a realidade diária de funcionamento da equipe saúde da família 086 do Bairro Novo Horizonte em Macapá/AP, seus desafios e sucessos, e a partir de tais pressupostos estabelecer intervenções racionais que possam melhorar a eficácia do serviço, e posteriormente, estabelecer novos parâmetros de atuação na área coberta pela equipe.

Palavras Chaves: Estratégia Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde; prevenção e controle.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde | 3 |
| CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada | 6 |
| CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério | 10 |
| CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde | 14 |
| CAPÍTULO V: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento | 17 |
| CAPÍTULO VI: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde | 20 |
| | 21 |
| CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação | 23 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS | 31 |
| APÊNDICES | 32 |
| Modelo de ficha de registro para pacientes em uso de psicotrópicos, microintervenção 4. .. | 33 |
| ANEXOS | 34 |
| INSTRUMENTO - Microintervenção 1 | 35 |
| MATRIZ DE INTERVENÇÃO - Microintervenção 1 | 35 |
| Guia de consultas infantis distribuído às famílias | 36 |
| Questionário para Microintervenção 5 | 38 |
| Questionário para microintervenção 6 | 42 |
| Fotos | 44 |

APRESENTAÇÃO

Embora existam diretrizes de funcionalidade que guiam a execução dos programas inseridos na Estratégia Saúde da Família, a realidade diária de cada serviço exige adaptações específicas às particularidades de cada território e seus usuários. Assim sendo, o presente documento traz o relato de seis experiências nos tópicos de: atendimento aos recém-nascidos até o sétimo dia de vida, acolhimento à demanda espontânea e programada; planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério; saúde mental; saúde da criança; e manejo de doenças crônicas não transmissíveis, realizadas na área da equipe 086 da UBS do bairro Novo Horizonte.

A PMM UBS NOVO HORIZONTE, como descrito em seu nome, está localizada no bairro Novo Horizonte, o segundo mais populoso da cidade de Macapá, capital do Amapá, atendendo principalmente a população de baixa e média renda. O bairro carece de urbanização apropriada, sendo que o território coberto pela equipe 086 engloba uma enorme quantidade de ruas não asfaltadas, áreas de pontes (construções semelhantes a palafitas) localizadas em regiões de alta densidade populacional e que em sua maioria não possuem acesso a saneamento básico adequado.

Ao nível regional, embora a cidade de Macapá seja a capital do estado, nota-se uma grande escassez na variedade e disponibilidade dos serviços de saúde oferecidos localmente pelo sistema único de saúde, especialmente quando se leva em conta que nos níveis de média e alta complexidade, a cidade supre não só a demanda de sua população, mas também de todo o interior do estado.

Frente desafios, realizou-se uma reflexão ao longo do ano sobre o funcionamento da equipe, frente a qual foram realizadas microintervensões que aplicassem de forma adequada orientações globais às necessidades locais, levando-se em conta a situação de pobreza de uma quantidade significativa dos pacientes inseridos nesta área e as dificuldades, tanto sociais como de saúde, intimamente conectadas a esta condição.

No geral estas intervenções propunham, além de maior eficácia no atendimento, um aumento no alcance da equipe dentro de seu território visando contemplar o maior número possível de usuários.

Cada capítulo a seguir contém o relato destas experiências, os êxitos, contratemplos e correções feitas ao longo de sua implementação.

Assim sendo, convida-se à todos para a leitura deste texto, para que as experiências aqui citadas, possam talvez inspirar, mesmo que de forma indireta, melhorias em outros serviços.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde

O direito a vida digna e a saúde constituem-se como princípios fundamentais da constituição do Brasil, assim como da estrutura de diversas sociedades. Neste sentido, dois dos maiores desafios para a comunidade global têm sido a redução da mortalidade materna e infantil, os quais foram elencados pela Organização das Nações Unidas (ONU) como objetivos do desenvolvimento do milênio (LAWN *et al.*, 2005)

A importância da atenção especial à saúde da gestante e do recém-nascido pode ser demonstrada em números. De acordo com as estatísticas globais, cerca de 4 milhões de bebês morrem no período neonatal e meio milhão de mães falecem em virtude de complicações decorrentes de gravidez (LAWN *et al.*, 2005).

Para o cumprimento constitucional e dos pactos internacionais aceitos pelo Brasil, foram adotadas medidas de combate à pobreza, ampliação da cobertura de saúde da família, dentre outras políticas que culminaram na redução no número de óbitos, que, em 1990, era de 47,1 a cada mil nascidos vivos, para 15,6, em 2010 (BRASIL, 2012).

Apesar do Brasil ter alcançado a meta estabelecida pela ONU, tendo reduzido em cerca de 73% o número de mortes, ainda há um longo caminho a percorrer. As regiões norte e nordeste do país ainda apresentam taxas de mortalidade infantil superiores à média nacional, de 18,1 e 18,5, respectivamente (UOL, 2012).

Além disso, negros e indígenas possuem taxas de mortalidade superiores à média nacional. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2009 a mortalidade infantil entre os negros era de 21,24 a cada mil nascidos, enquanto que entre os indígenas, a mortalidade infantil alcançou assombrosos 41,16 a cada mil nascidos. E, segundo dados do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), a mortalidade infantil indígena teve aumento de 18% em 2016, em comparação ao ano anterior.

De acordo com os dados estatísticos, cerca de 3/4 das mortes infantis ocorrem nos primeiros dias de vida. Por esta razão, a assistência à mãe e ao recém-nascido requer maior atenção durante os sete primeiros dias de vida.

Em reunião realizada pela equipe 086 da UBS do bairro Novo Horizonte, Macapá-AP, entre a médica, enfermeira, uma técnica e uma agente de saúde comunitária, para discutir as questões relativas ao atendimento da equipe, deficiências e possíveis áreas de melhora, segundo os componentes da Auto Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (AMAQ), um dos focos de interesse foi precisamente a questão do atendimento ao recém nascido na primeira semana de vida e subsequente

acompanhamento destes ao longo do primeiro ano - a média da equipe no ano de 2017 foi de apenas dois atendimentos mensais, com nota no AMAQ menor que cinco.

Por várias razões, não é incomum receber pais na unidade que não atendem à orientação de realizar a primeira consulta do recém nascido até seu 7º dia de vida. A equipe percebeu que uma possível baixa conscientização também ocorre por parte dos pais com relação à importância desta consulta, somando-se à falta de orientações recebidas sobre o assunto em nível hospitalar como fatores importantes no baixo número de atendimentos dedicados à este setor em nossa UBS.

Para tentar abordar este problema, decidiu-se por fazer uma matriz de intervenção voltada em uma campanha de conscientização da população, com panfletos informativos, orientações fornecidas durante consultas de pré-natal, e de fundamental importância, através de orientações fornecidas pelos Agentes Comunitários de Saúde em suas visitas, como delineado na tabela 1 do anexo. Nos resultados iniciais, notou-se ainda pouco interesse por parte das usuárias em comparecer à UBS para esta consulta de puerpério. Foi então realizado um mutirão de visitas domiciliares, com busca ativa para tentar cobrir este segmento da população enquanto as ações de conscientização não se mostram suficientes para atingi-las. Impacto desta ação ainda foi incipiente para determinar um resultado mais efetivo, até pelo pouco tempo para avaliar a aplicação com feedback por parte da população em curto tempo. Decorrer da nova rotina de trabalho da equipe e a inclusão do trabalho educativo voltando para este grupo, se tem absoluta convicção que esta matriz de intervenção trará resultados positivos. Primeiros resultados são animadores e o desafio de continuar intervindo é alvo de toda a equipe.

CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

Ainda há uma grande distância entre as recomendações de literatura que referem ao acolhimento à demanda espontânea e a prática observada na unidade básica - segundo cadernos do ministério da saúde referente ao tópico (BRASIL, 2013), “a despeito de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias”, no trato diário observa-se um funcionamento sujeito à vícios comportamentais, entraves burocráticos e, contraditoriamente, à uma falta de concepção unificada sobre como este acolhimento deve ser realizado.

O processo de atendimento preconizado na equipe 086 da UBS do bairro Novo Horizonte dá ênfase às consultas pré agendadas, com cerca de 86% das vagas de cada turno marcadas com antecedência durante uma manhã estabelecida pela equipe, e o restante dedicado à demanda espontânea, entendida apenas como “consultas emergenciais”. Neste âmbito, não era incomum observar pacientes sendo recusados ao procurar membros da equipe durante horários alheios aos informados para a marcação de atendimento, e sendo instruídos a retornar no dia determinado para agendá-los.

Como resultante disto, a equipe notou alguns costumes pouco salustares formando-se na população - uma vez firmada a ideia de que há um período ultra limitado onde se tem acesso à agendamentos na UBS, observa-se uma super lotação neste período, ocorrendo em um espaço físico pequeno e pouco apropriado para comportar grande quantidade de usuários, levando ao desânimo por parte de muitos, a uma ideia de “dificuldade” no acesso ao atendimento médico, ocasionando diretamente o surgimento de situações de tráfego de influência, com membros do público visando determinados funcionários da unidade básica e solicitando atalhos e meios alternativos de acesso, assim como ao surgimento de figuras que atuam como “intermediários”, onde, sob a guia de facilitar o acesso da população, e de forma completamente ilegal, agendam consultas para terceiros mediante pagamento.

Existe também uma queda na relação entre a equipe e a população em geral sob estas condições, uma perda referente à noção do bom acolhimento, que se torna mecanizado e distante na visão da comunidade. Diversas pessoas que procuram a UBS espontaneamente durante a semana sentem-se alheias aos funcionários, e não retornam em um segundo momento quando informadas que devem voltar posteriormente apenas para realizar agendamento de consultas.

Em reunião com a equipe, quando levantadas estas questões, diversas explicações foram oferecidas para justificar o padrão atual de funcionamento da mesma; dentre elas, foi apontada evidência anedotal de que haveria preferência por parte da própria população por este tipo de serviço. Em ocasiões anteriores, quando casualmente abordados sobre a possibilidade de pré agendamento de retornos em casos específicos, ou mesmo da necessidade de acolhimento imediato à pacientes que buscam de forma espontânea a unidade, os membros do grupo responsáveis pelo primeiro contato com os pacientes na UBS já haviam alegado que os usuários demonstravam insatisfação caso houvessem vagas já preenchidas no dia preconizado para marcação de consultas, e confusão por parte destes caso este “dia de marcação” fosse abolido completamente em favor de um serviço mais fluido e acomodador aos habitantes da região.

Outro ponto levantado pelos membros da equipe, foi sobre haver uma suposta depreciação do atendimento por parte da maior parte da comunidade quando feitas tentativas anteriores de facilitar o acesso - faltas frequentes ocorrendo com certa regularidade tendo sido usadas como evidência disto pela equipe.

Em resumo, nota-se considerável resistência por parte do grupo com relação à estabelecer na prática o acolhimento à demanda espontânea.

Não obstante, após reunião com a equipe com o objetivo de elucidar a importância da demanda espontânea, e a potencial eliminação dos contratemplos supra citados caso esta fosse implantada com sucesso, todos os membros se comprometeram a seguir um novo protocolo, com menos ênfase dada ao pré agendamento, melhor acolhimento dos usuários, e métodos de triagem claros e unificados, que priorizem uma escuta de todos os usuários que procurem a equipe para melhor atender suas necessidades, e não uma simples recusa e orientação a procurar a unidade em outro dia. Reservou-se um horário específico, na metade de cada turno, dedicado às situações de demanda.

Os resultados iniciais (após duas semanas de implementação), contudo, foram irregulares, na melhor das hipóteses. Alguns indivíduos da equipe responderam melhor e abraçaram o método com mais facilidade, enquanto outros demonstram ainda dificuldades em sua execução.

A procura dos usuários pelo serviço de forma espontânea tem aumentado gradativamente, porém ainda se demonstra tímida, mesmo com boa divulgação sobre a disponibilidade aumentada. No momento atual, está programada para a segunda metade do

mês de junho uma nova reunião com a equipe para avaliação de resultados iniciais, sugestão de correções necessárias e estabelecimento de novas metas.

CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

A saúde sexual e reprodutiva é uma área central da saúde preventiva, englobando aspectos fundamentais para o desenvolvimento da sociedade, como planejamento familiar, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e redução da mortalidade materno infantil, todos estes inclusos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos na Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000.

No cotidiano da UBS, notam-se diversos obstáculos na realização apropriada dos protocolos existentes nesta área, a começar pela paucidade de ações educativas ofertadas à população - as ações de saúde tendem a ter caráter curativo ao invés de preventivo, focando no atendimento, muitas vezes realizado de maneira improvisado e insuficiente, ao invés de palestras ou dinâmicas que propriamente elucidem questões da área a um número maior de pessoas, já que outro revés do foco em ações curativas é a menor quantidade de indivíduos recebendo informações.

A equipe 086 da UBS do Novo Horizonte planeja para o mês de agosto de 2018, uma ação envolvendo palestras focando em aspectos gerais da saúde sexual e reprodutiva, a ser realizada em escola da área. Torna-se especialmente clara a necessidade do aumento de programas educativos, principalmente voltados a faixa etária escolar, quando levam-se em conta alguns pontos da realidade regional, como a significativa porção de jovens da área que relatam início da vida sexual entre os 12 e 14 anos, a normalização da figura da mãe adolescente, com alguns fatores culturais levando inclusive a um extremo maior, onde torna-se esperada uma primeira gestação antes dos vinte anos.

Muitos jovens também possuem dificuldades em procurar a UBS de maneira espontânea, seja por uma percebida dificuldade no acesso a consultas, ao tabu envolvido ainda no assunto, ou simplesmente à uma errônea ideia de não serem responsáveis primários ou não necessitarem de acompanhamento e orientação nesta área, no caso de jovens do sexo masculino.

Outro ponto que enfatiza a necessidade de maior aproximação a esta faixa etária, é que neste período comumente observam-se o surgimento de dúvidas e a indisponibilidade de um maior número de palestras e conversas que abordem temas como diversidade sexual e relações de gênero, temas estes que não são atualmente abordados de forma ampla com a população.

O acolhimento aos pais e responsáveis legais também possui grande importância neste âmbito, visando facilitar relações familiares possivelmente enfraquecidas por desentendimentos e má informação. Contudo, esta porção da atividade torna-se desafiadora, tendo em vista que alguns membros da própria equipe mostram-se desinformados sobre o assunto, atendo-se a preconceitos antigos.

No quesito sobre doenças sexualmente transmissíveis, estas, sempre que diagnosticadas são devidamente tratadas, embora a falta de algumas medicações na rede básica, como a ceftriaxona, impeçam o seguimento apropriado de todas. Muitos pacientes não possuem meios de comprar a medicação, e por fim acabam realizando tratamentos sub-optimais ou incompletos. Casos de HIV possuem um fluxograma bem estabelecido, portanto são sempre devidamente encaminhados e notificados.

Métodos contraceptivos são ofertados e explicados com relativa frequência à comunidade, tanto o preservativo masculino quanto anticoncepcionais, orais e injetáveis, enfatizando-se sua necessidade no combate não só a gravidez como às ISTs.

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, primeiramente deve-se fazer nota do grande volume de gravidezes não planejadas em acompanhamento na área, o que aponta falhas na atenção a saúde sexual e reprodutivas iniciais.

Não obstante, o serviço de pré-natal em si é ofertado da maneira mais correta possível com o levantamento periódico das gestantes da área sendo feito pelos ACS, inclusive das que fazem acompanhamento em outros serviços, a busca ativa de gestantes da área, inclusive de adolescentes, embora ainda assim uma boa parte inicie o pré-natal com número avançado de semanas (após a vigésima, em muitos casos).

A caderneta da gestante é preenchida de maneira correta e todos os exames complementares são solicitados no momento apropriado. Por seguinte, ISTs e vaginoses (muito prevalentes na área) são propriamente tratadas, orienta-se com relação à alimentação e hábitos saudáveis, sobre a amamentação, e enfatiza-se a importância da consulta de puerpério, embora esta seja desconsiderada em sua maior parte pelas usuárias.

Um desafio final observado na rotina desta UBS é a inexistência de grupos de discussão para saúde sexual, embora este ponto seja inicialmente mais difícil de contornar, por limites de espaço na unidade e escassez de locais apropriados na área.

Pôde-se comprovar ao longo do texto um desafio comum observado no contexto da saúde sexual e reprodutiva: a ênfase dada ao papel da mulher, suas responsabilidades enfocadas de maneira muito mais incisiva. Algumas pequenas ações, como tentativas de

educar a população, iniciando por adolescentes, passando pelo encorajamento do acompanhamento de parceiros durante o pré-natal, poderiam ajudar a diminuir este abismo de expectativas, contudo, sem mudanças maiores no contexto social em que a sociedade se encontra inserida, dificilmente observara-se uma melhora desta disparidade.

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

A saúde mental no Brasil tem uma história conturbada, com uma sequência de abusos, entre eles o confinamento, maus tratos, e muitas vezes tratamentos desnecessários e cruéis perpetuados pelos manicômios. Avanços recentes deram ênfase a descentralização, à necessidade de manter os indivíduos em sofrimento psíquico inseridos em sociedade para sua melhor recuperação, e portanto, a criação de centros de atendimento especializados a nível ambulatorial, assim como equipes de apoio na atenção básica a fim de alcançar um maior número de pessoas previamente sem acesso a esta modalidade de atendimento (COSTA, 2011).

O estado do Amapá vem acompanhando estas mudanças, embora algumas particularidades locais dificultem sua plena implantação, como a escassez de profissionais capacitados trabalhando na área de saúde mental.

Em reunião mensal realizada com a equipe 086 da UBS do bairro Novo Horizonte, foi feita a distribuição aos ACS de uma planilha (apêndice 1) que visava o levantamento de dados da área sobre a quantidade de usuários em uso de psicotrópicos, seu tempo de uso e dosagens, dados estes que a equipe não possui atualmente, a fim de identificar o perfil da área, potenciais falhas, pontos de interesse, e talvez, futuramente, a possibilidade de criação de grupos de acompanhamento e apoio locais para enfermidades específicas.

Em resultados iniciais, os ACS vem fazendo um bom avanço em quantificar os usuários da região em uso de psicotrópicos, porém, a persistência de alguns tabus sociais relacionados à questão da saúde mental tem apresentado desafios à plena realização deste trabalho.

A partir de dados anedotais, já podemos destacar algumas questões que merecem atenção especial, como por exemplo, a falta de medidas específicas da equipe como um todo para a identificação e acolhimento precoces de pacientes em sofrimento psíquico, resultando muitas vezes no agravamento de casos que se beneficiariam de um acompanhamento médico/psicológico inicial mais urgente, o alto número de pacientes em uso de psicotrópicos sem acompanhamento específico há anos, sem reajuste de doses ou avaliações para a possibilidade de retirada da medicação.

Dentro deste contexto, pode-se destacar ainda a aparente pouca resolutividade da rede básica ao se levar em conta o alto índice de encaminhamentos para serviço especializado, inclusive de casos passíveis de resolução à nível local, o quê é confirmado

por dados fornecidos pela coordenação do CAPS III de Macapá, que acusa um grande número de pacientes em tratamento para depressão, os quais poderiam estar sendo acompanhados na atenção básica.

Este ponto talvez seja em parte uma consequência do considerável período em que a cidade ficou sem profissionais médicos em cerca de metade das equipes de saúde da família, e, em menor escala, um reflexo de comportamentos sociais antigos acostumados a tratar a saúde mental de forma isolada.

Ademais, estes costumes e tabus também estão presentes nos próprios usuários. Embora apenas o CAPSad na cidade de Macapá esteja plenamente habilitado perante o Ministério da Saúde no Amapá, o CAPS III, em processo de regularização, atende a população através de encaminhamento e demanda espontânea, com dois psiquiatras no quadro e diversos grupos de apoio, com parte dos usuários preferindo procurar estas unidades diretamente, o quê poderia ser corrigido com um maior esclarecimento por parte da população quanto à disponibilidade de atendimento focado na saúde mental na atenção básica.

Ainda no que toca ao funcionamento dos CAPS na cidade de Macapá, destaca-se em nossa equipe o caso de P. H. S. C., 08 anos, sexo masculino, diagnosticado com transtorno do espectro autista (TEA) há cerca de 4 anos. A mãe deste paciente procurou o CAPSi de forma espontânea para início de atendimento, sem sucesso, e posteriormente, ao buscar a UBS, recebeu encaminhamento para atendimento especializado, sendo realizado acompanhamento pelo Hospital das Clínicas local, até que em consulta recente, o paciente foi corretamente referenciado ao CAPSi, iniciando seu atendimento neste local prontamente.

Observam-se aqui grandes deficiências na rede de atenção à saúde mental da cidade de Macapá, tanto no que toca ao referenciamento e contra-referenciamento de pacientes quanto ao acesso dos pacientes à atenção secundária. O aumento de participação da atenção primária neste tópico, pode auxiliar em algumas destas questões, tanto ao diminuir a frequência de procura a atenção secundária, como ao ajudar a talvez estabelecer novos meios de abordagem à este segmento da população, através do mapeamento do perfil e necessidades dos usuários da área, o quê torna imprescindível a continuidade deste trabalho iniciado nesta microintervenção pelos membros da equipe.

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

Refletindo o compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e com o Pacto de redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a atenção à saúde da criança recebe atenção especial na Estratégia Saúde da Família.

Na Equipe 086 da UBS do bairro Novo Horizonte, inicialmente a estratégia de atenção priorizava a busca ativa pelos ACS de casos específicos que necessitassem de atenção maior, intervenções médicas ou acompanhamento pelo NASF; e dependia muito também da coleta de informações para mapeamentos mensais de situações gerais como estado vacinal, não havendo uma contrapartida na própria unidade que ampliasse esta rede de informações, como fichas espelhos que organizassem de maneira mais eficaz dados pontuais sobre os usuários, ou uma esquematização de problemas divididos por microáreas, que auxiliaria no desenvolvimento de estratégias voltadas para a realidade de cada área.

Após responder o questionário referente à esta microintervenção, que visava avaliar o grau de conhecimento da equipe sobre o segmento infantil da população de sua área, através da manutenção de registros amplos sobre os marcos de desenvolvimento na puericultura (tabela 2 do anexo), foi possível a realização de pequenos ajustes que poderão, futuramente, orientar melhor o trabalho da equipe, como a criação de uma tabela abrangente, que reúna dados básicos de saúde das crianças de 0 a 5 anos da região, permitindo um acesso rápido a estes por todos os membros da equipe.

De acordo com a natureza integrada da saúde da família, as planilhas utilizadas pela equipe para controle de pacientes em pré natal também foram adaptadas para abranger o subsequente acompanhamento de puérperas e recém nascidos, utilizando a data prevista do parto como ferramenta de monitoramento e planejamento de visitas domiciliares pela enfermeira, assegurando-se assim uma cobertura completa dos recém nascidos a termo e prematuros da área, assim como de suas genitoras.

Outro método adotado pela ESF 086 foi estabelecer uma parceria com o NASF, realizando reuniões mensais que englobem duas microáreas a cada encontro. Estas consistem na realização de palestras educativas ministradas pela equipe do NASF, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças da área pela ESF 086, cobertura de campanhas vacinais e atendimento médico.

O objetivo destas reuniões, explanado de forma mais ampla, seria um maior alcance da população, em um trabalho de área que almeja o rastreamento ativo de alguns problemas

que muitas vezes não chegam à UBS, seja por dificuldade de acesso ou desconhecimento dos familiares quanto ao caráter destes.

A primeira destas atividades foi realizada em 17/08/2018, e contou com a participação da médica, atendendo usuários após devida triagem, enfermeira e técnicos de enfermagem realizando as medidas antropométricas e vacinação da campanha referente ao sarampo e pólio, agentes comunitários de saúde responsáveis pelas microáreas abrangidas, assim como os membros do NASF, que além de oferecer palestras sobre temas como introdução da alimentação complementar para crianças maiores de 6 meses, segurança e direitos das crianças, puderam atender a comunidade de maneira mais ágil, esclarecendo dúvidas pontuais. Foram resultados animadores, que fortalecem a necessidade de continuidade deste projeto.

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

Como ponto central da Atenção Básica, o controle das doenças crônicas não transmissíveis é um dos tópicos que recebe mais atenção no dia a dia da UBS, especialmente pelo grande volume de usuários atendidos que se encaixam neste módulo de atenção.

Devido à isto, a equipe 086 já possui, há algum tempo, medidas específicas de acompanhamento aos pacientes da área com HAS e DM, possuindo livros registros separados por ACS com o cadastro de todos os usuários da área com HAS/DM, e medicações que fazem uso.

Contudo, em reunião entre a médica, enfermeira, uma técnica e dois ACS, em que foi respondido conjuntamente o questionário que está localizado no anexo 4, pôde-se observar alguns pontos que merecem atenção especial e podem ser aprimorados para que se realize um acompanhamento mais eficaz destes pacientes, como a necessidade de uma estratificação clínica claramente demarcada nos registros; que permita consultas rápidas e auxilie na programação de visitas domiciliares e realização de ações de saúde.

Ainda neste quesito, embora exista um controle da equipe no que se refere aos encaminhamentos para serviços especializados, este consiste apenas do nome e data de nascimento do paciente com a especialidade à qual foi referido, e data deste encaminhamento. Como não há um cadastro único que leve em conta a gravidade da doença, não se realiza um seguimento consistente neste sentido.

Os ACS em sua maioria possuem anotações sobre intercorrências, e mantém-se a par de consultas em serviços especializados através de relatos em visitas domiciliares, o que auxilia no quadro geral, porém, sem uma referência específica na qual possam inserir estes dados de maneira periódica, ocorre uma informalização do serviço, com este dependendo excessivamente de dados anedotais, e perdendo dados importantes.

Visando a melhora do serviço e correção das falhas encontradas, a equipe desenvolveu, em conjunto, uma nova tabela cadastral que possa ser utilizada como complemento à ficha de hiperdia já anexada aos prontuários dos pacientes, e que possua um caráter de fácil consulta pelos membros da ESF (modelo incluso ao fim deste capítulo).

No que refere às atividades voltadas à população atingida pelas doenças crônicas não transmissíveis, como citado anteriormente, a equipe já possuía programações voltadas à este público, com realização de reuniões periódicas com palestras sobre alimentação e mudanças de estilo de vida, às quais foram adicionadas consultas médicas no início deste ano. Estas

reuniões são realizadas com periodicidade mensal ou bimestral, e geralmente englobam pacientes de duas microáreas.

Neste aspecto, igualmente encontram-se alguns desafios, como o baixo atendimento em alguns casos, consequência da não aceitação de alguns com relação à sua doença, ou de acreditarem já estar suficientemente informados sobre estas. Para combater este aspecto, a equipe vem tentando elaborar atividades diversificadas, como a inclusão de temas mais amplos em palestras, e sobretudo vem frisando à população a importância do acompanhamento em saúde, da necessidade de uma abordagem preventiva e não curativa às suas doenças. O resultado destas intervenções tem mostrado-se promissor no sentido de conscientização dos pacientes, contudo, muitos demonstram uma preferência por aumentar a frequência de suas consultas na UBS à comparecer a reuniões na área, o que apresenta uma nova gama de desafios para o controle destes pacientes.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

| Nome da Intervenção | Resumo | Resultados | Plano de continuidade |
|---|--|---|---|
| Observação na Unidade de Saúde - Monitorização de Indicadores | Microintervenção que visava monitorar e melhorar um dos indicadores da AMAQ, que não estivesse alcançando o padrão desejado. Foi selecionado para tanto o monitoramento do percentual de recém nascidos atendidos na primeira semana de vida, criando-se uma tabela abrangente de acompanhamento pré-natal, que permitiu a equipe maior organização e objetividade em buscas ativas de recém nascidos. | Após o estabelecimento da tabela integrada (que permitia ainda controle das consultas a puérperas), houve uma cobertura completa dos recém nascidos na área de mães que faziam pré natal em nosso serviço, através de visitas domiciliares. Alguns desafios que ainda persistem são os casos de gestantes que procuram outros serviços para atendimento, e aquelas com frequentes mudanças de endereço (fato corriqueiro em nossa área de cobertura). | Ampliação da matriz de acompanhamento para melhor contemplar as gestantes ocasionalmente fora de área, e reforçar a estas a necessidade de procura espontânea do serviço na primeira semana pós parto, através da distribuição de materiais didáticos, como a entrega do fluxograma de atendimento a criança no primeiro ano de vida ainda durante o período final da gestação. |

| Nome da Intervenção | Resumo | Resultados | Plano de continuidade |
|--|---|---|--|
| <p>Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada</p> | <p>Estabeleceu-se uma tentativa de melhora do processo de acolhimento à demanda espontânea e programada por parte da equipe, em dois aspectos; eliminação de agendas excludentes na maioria dos dias e estabelecimento de um número dedicado de vagas para demanda espontânea, e treinamento dos técnicos de enfermagem para que estes pudessem melhor avaliar as necessidades particulares de cada paciente.</p> | <p>Com a eliminação de agendas que contemplassem apenas puericultura ou programas como hiperdia, por exemplo, pôde-se observar um maior alcance de usuários em situações pouco contempladas por estas agendas, e maior eficiência pela possibilidade de atendimento a familiares em situações diferentes em um mesmo dia. A estratificação de risco para demanda espontânea ainda apresenta desafios.</p> | <p>Melhor conscientização da população sobre situações de baixo risco que podem ser atendidas na UBS, reforço didático contínuo aos técnicos sobre a estratificação de risco para pacientes de demanda espontânea.</p> |

| Nome da Intervenção | Resumo | Resultados | Plano de continuidade |
|---|--|---|--|
| Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério | <p>Propunha-se uma avaliação das estratégias realizadas pela equipe no acompanhamento do pré-natal, puerpério e planejamento reprodutivo. Foram identificadas falhas especialmente no que se referia à atividades educativas sobre saúde reprodutiva voltadas ao público mais jovem, com escassez destas, e consequente planejamento da equipe para realização de atividades em escolas, visando melhor alcançá-los.</p> | <p>Ao longo do ano a equipe foi inserida no Projeto Saúde na Escola (PSE), através do qual foram realizadas atividades que atendessem as metas estabelecidas pela equipe durante revisão de suas estratégias. Além disso, o acompanhamento pré-natal e de puerpério foi auxiliado pela utilização contínua de tabelas de controle e acompanhamento, permitindo cobertura completa de gestantes e puérperas da área.</p> | <p>Estabelecer ações educativas independentes do PSE, que permitam abordagem de grupos menores de adolescentes, visando melhor comunicação com estes. Continuidade do uso das tabelas de acompanhamento e controle do pré-natal.</p> |

| Nome da Intervenção | Resumo | Resultados | Plano de continuidade |
|---|---|---|--|
| <p>Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde</p> | <p>Realizou-se o estabelecimento de uma tabela de acompanhamento onde pudessem ser inseridos dados de todos os usuários crônicos de ansiolíticos, benzodiazepínicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, estabilizadores do humor bem como outros psicoativos, lícitos e ilícitos. Também estudou-se o funcionamento da rede de cuidado psíquico na área através da análise do plano de cuidados de um paciente da equipe.</p> | <p>Devido ao tabu social associado ao uso de medicações como antidepressivos, ansiolíticos, assim como ao de drogas ilícitas, há extrema dificuldade por parte dos agentes comunitários de saúde na coleta e atualização dos dados pertinentes, com um déficit visível em todas as micro áreas do território.</p> | <p>Conclusão da ficha informativa sobre os usuários de drogas psicoativas lícitas e ilícitas da área, para melhor planejamento de ações voltadas à este grupo.</p> |

| Nome da Intervenção | Resumo | Resultados | Plano de continuidade |
|--|---|--|---|
| <p>Atenção à saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento</p> | <p>Análise das ações realizadas pela equipe no atendimento e acompanhamento das crianças do território. Identificaram-se falhas no registro de informações pertinentes às crianças da área, com consequente estabelecimento de uma tabela geral que fosse preenchida mensalmente pelos ACS e mantida na sala da ESF 086, para que todos tivessem acesso à estas informações de maneira mais célere, assim como descrição das atividades de C&D coletivas já realizadas pela equipe.</p> | <p>A equipe já realizava atividades periódicas, englobando duas micro áreas por atividade, que visavam atendimento coletivo, assim como acompanhamento das crianças do território e administração de vacinas pertinentes. Os dados mensais coletados pelos ACS passaram a ser disponibilizados também na sala da equipe.</p> | <p>Ampliação das tabelas de acompanhamento para incluir intercorrências médicas, continuidade das atividades de C&D realizadas pela equipe.</p> |

| Nome da Intervenção | Resumo | Resultados | Plano de continuidade |
|---|--|--|---|
| <p>Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde</p> | <p>Análise das ações realizadas pela equipe no atendimento e acompanhamento dos usuários da área portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Criação de tabelas de estratificação de risco para acompanhamento mais ágil destes pacientes, bem como descrição das atividades coletivas voltadas aos pacientes do hiperdia já ofertadas pela equipe.</p> | <p>As tabelas de estratificação de risco propostas à equipe para melhor acompanhamento dos pacientes ainda estão em fase de finalização, pelo grande volume de usuários inseridos nesta condição na área. As reuniões voltadas à este público alvo, envolvendo palestras educativas, atendimento médico, aferição ampla de pressão arterial e glicemia, foram realizadas durante todo o ano.</p> | <p>Ampliação e aperfeiçoamento das reuniões voltadas ao público do hiperdia, com maior busca ativa destes pacientes e estabelecimento de local fixo para estas, consolidação e integração das fichas de estratificação de risco no atendimento diário da UBS.</p> |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma grande distância entre os objetivos traçados na concepção da estratégia saúde da família, e a prática diária de sua implementação, perdendo-se o caráter preventivo que deveria nortear sua execução em prol de medidas curativas (vide o grande enfoque em consultas médicas). Tal fato vem conseqüente à realidade que se observa em diversas áreas onde o programa está instalado, com habitantes de baixo poder aquisitivo sem acesso a coadjuvantes importantes à saúde, como alimentos saudáveis, saneamento básico, além de outros fatores sociais de nota, resultando em uma população já adoecida, que requer intervenções de maior complexidade.

As ações relatadas ao longo deste trabalho tentaram inserir mudanças que conferissem maior caráter preventivo ao cotidiano do serviço, sem ignorar as necessidades de seus usuários. Para tanto, foram instrumentais as ações coletivas na área que combinassem elementos educativos como palestras com o atendimento clínico, o que permitiu o alcance a um grupo maior de indivíduos.

Outro fator que contribuiu para o êxito das atividades foi a concepção e manutenção adequada das tabelas de cadastro para situações específicas, que permitiram o planejamento de intervenções racionais em seus respectivos âmbitos.

Em contrapartida, a criação e manutenção destas tabelas informativas, por necessitar da colaboração da equipe como um todo, e estar sujeita a fatores externos como deslocamento constante de indivíduos observado na área, permanece um dos maiores desafios à serem conquistados no seguimento das intervenções propostas. Espera-se consolidar este aspecto da atividade, com o objetivo de ampliar ainda mais as atividades iniciadas ao longo deste ano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em 20 nov. 2018.

COSTA, Nilson do Rosário et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 nov. 2018.

LAWN, J. E.; COUSENS S.; ZUPAN J. **4 million neonatal deaths: When? Where? Why?** The Lancet, 2005. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71048-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71048-5/fulltext)>. Acesso em 28 out. 2018.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, set 2000. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2018.

UOL. **Mortalidade Infantil cai 47% em 10 anos; no Nordeste, queda superou 50%**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/04/27/mortalidade-infantil-cai-47-em-dez-anos-no-nordeste-queda-superou-50.htm>>. Acesso em 29 out. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

| NOME | SEXO | DATA DE NASCIMENTO | MICROÁREA E ENDEREÇO | PSICOTRÓPICO EM USO | DOSE | TEMPO DE USO |
|------|------|--------------------|----------------------|---------------------|------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Modelo de ficha de registro para pacientes em uso de psicotrópicos, microintervenção 4.

ANEXOS

INSTRUMENTO - Microintervenção 1

Número de consultas realizadas até o sétimo dia de vida.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO - Microintervenção 1

| |
|---|
| Descrição do Padrão: Número de atendimentos à recém-nascidos até o sétimo dia de vida. |
| Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Baixa procura e marcação de consultas. |
| Objetivo/meta: Fazer cobertura completa dos recém nascidos da área. Estratégias para alcançar os objetivos/metaspas: Aumento de conscientização da população, busca ativa por agentes comunitários, facilitação na marcação de consultas e aumento do atendimento de demanda espontânea. |
| Atividades a serem desenvolvidas: Orientações em consultas, palestras e reuniões na comunidade. |
| Recursos Necessários: Panfletos educativos |
| Resultados esperados: Cobertura total de recém nascidos na área. |
| Responsáveis: Médica e enfermeira da equipe. |
| Prazos: 6 meses |
| Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados: Número de consultas realizadas até o sétimo dia de vida. |



CALENÁRIO DE CONSULTAS DA CRIANÇA

Marcar Primeira Consulta na Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde

Consulta com preferencialmente até 5 dias
Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta no 1º mês
Médico: _____
Data: ____/____/____

Consulta no 2º mês
Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta no 4º mês
Médico: _____
Data: ____/____/____

Consulta no 6º mês
Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta no 9º mês
Médico: _____
Data: ____/____/____

Consulta no 12º mês
Médico ou Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta com 1 ano e 6 meses
Médico ou Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta com 2 anos
Médico ou Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta com 3 anos
Médico ou Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta com 4 anos
Médico ou Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

Consulta com 5 anos
Médico ou Enfermeiro: _____
Data: ____/____/____

ATENÇÃO!
Fique atento à idade ideal para realizar os testes.

Teste do Pezinho
De 48h até o 5º dia
Data: ____/____/____

Teste da Orelhinha
De 24h à 48h
Data: ____/____/____

Teste do Olhinho
(Até 15 dias)
Data: ____/____/____

Re-teste do Olhinho
____/____/____

Iniciar Suplementação de Ferro e Vitamina A

Consulta 6 meses
Nutricionista: _____

Re-teste do Olhinho:
____/____/____

Com 12 meses
Dentista: _____

Com 12 meses
Nutricionista: _____

Após nascer o 1º dente
(Qualquer idade)
Consulta com Dentista: _____

Re-teste do Olhinho:
____/____/____

Com 2 anos
Nutricionista: _____

Com 3 anos
Nutricionista: _____

Com 4 anos
Nutricionista: _____

Com 5 anos
Nutricionista: _____

E pra completar todo esse cuidado, mantenha sempre as vacinas em dia!

Guia de consultas infantis distribuído às famílias

| 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 | |

Questionário para Microintervenção 5

| 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? | 02 dias | | 02 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 | | | |
| A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial? | X | | | |
| A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado? | X | | | |

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

| | | | | |
|---|------------|------------|---|---|
| A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários? | | | X | |
| A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus? | | | | X |
| EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE | | | | |
| QUESTÕES | SIM | NÃO | | |
| A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos? | X | | | |
| Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), 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 |

Questionário para microintervenção 6

Ficha de Acompanhamento Cadastral

| | |
|---|----------------|
| Nome: | |
| Data de Nascimento: | |
| Endereço: | Micro área: |
| SUS: | |
| | HAS () DM () |
| História da doença: <i>incluem-se aqui breves dados sobre o histórico do paciente, fatores de risco associados e estratificação de risco.</i> | |
| Medicações e dosagem utilizada: | |
| Observações: | |
| Nome: | |
| Data de Nascimento: | |
| Endereço: | Micro área: |
| SUS: | |

| | |
|---|----------------|
| | HAS () DM () |
| <i>História da doença: incluem-se aqui breves dados sobre o histórico do paciente, fatores de risco associados e estratificação de risco.</i> | |
| Medicações e dosagem utilizada: | |
| Observações: | |

Fotos



Ação programática voltada ao público do hiperdia.



Ação programática voltada ao acompanhamento de C&D.