



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

**UM ANO COMO MÉDICO DE FAMÍLIA NA ZONA RURAL DO
MUNICÍPIO DE INDIAROBA, SERGIPE.**

RODRIGO MOTA GOMES

NATAL/RN
2018

**UM ANO COMO MÉDICO DE FAMÍLIA NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE
INDIAROBA, SERGIPE.**

RODRIGO MOTA GOMES

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: Ricardo Henrique Vieira de Melo

Dedico esse TCC a Equipe de Saúde de Família, a qual faço parte.

AGRADECIMENTOS:
Agradeço a toda a equipe e a comunidade que participou direta e indiretamente desse trabalho.



RESUMO

Introdução: Este trabalho é composto de uma coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de micro intervenções realizadas na zona rural do município de Indiaroba, no Estado de Sergipe. **Objetivo:** Relatar o planejamento e a execução das micro intervenções propostas nos módulos do curso de especialização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS). **Metodologia:** Foram feitas reuniões sistemáticas para autoavaliação de processos de trabalho, leitura e discussão de protocolos assistenciais, bem como rodas de conversas reflexivas para problematização e busca de soluções e planejamento coletivo de intervenções. **Resultados:** foram realizados diversos encontros entre a equipe e usuários, que ajudaram a modificar a forma de atendimento e de participação perante a comunidade. **Considerações finais:** A Estratégia de Saúde da Família, enquanto principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde no Brasil, tem como função, não só oferecer saúde à comunidade, como também ofertar educação continuada contribuindo para melhorar a vida na localidade que está inserida. Percebemos que o trabalho em equipe é primordial para a melhoria do atendimento a comunidade aumentando cada vez mais o vínculo e a confiança.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	12
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	19
CAPÍTULO 5	22
CAPÍTULO 6	24
CAPÍTULO 7	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	32

APRESENTAÇÃO

Esse texto é saldo de um trabalho composto por seis relatos de experiência. Todos estes são resultados de microintervenções realizadas ao longo de um ano de trabalho com uma equipe de saúde da família em um pequeno município do interior de Sergipe.

As ações ocorreram em Indiaroba/SE, cidade com cerca de 15000 habitantes, segundo o censo de 2010. Sou médico de uma equipe de zona rural responsável pelo atendimento de 3500 usuários, distribuídos em cinco povoados.

Esse foi a terceira equipe de saúde da família de que participei. Sou médico há 3 anos e logo após a conclusão do curso de medicina ingressei no trabalho com uma equipe de zona rural em um município próximo – Cristinápolis- e, posteriormente, trabalhei em outra equipe do mesmo município.

Já durante o período descrito nesse texto, na cidade de Indiaroba-SE, realizei algumas intervenções com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade do atendimento prestado.

Tais ações serão escritas em maiores detalhes ao longo do texto adiante, onde descrevo também os desafios encontrados para a realização de cada projeto, assim como os objetivos alcançados e planos para a continuidade dessas microintervenções.

CAPÍTULO I: acompanhamento de gestantes na UBS.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) da qual sou o médico se encontra na zona rural do município de Indiaroba/SE, e abrange um total de cinco povoados, com cerca de 3.500 usuários. Temos como a referência o povoado Terra Caída. Destes povoados, quatro apresentam uma Unidade Básica de Saúde e em um deles o atendimento é feito em uma casa adaptada.

A ESF é composta por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS), uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de saúde bucal. O horário de atendimento é de 40 horas semanais sendo 32 de atendimento com as atividades à população (Atendimento médico, vacinação, pré-natal, puericultura, visitas domiciliares, PSE, palestras etc.) e oito horas com reuniões da equipe na própria unidade. Normalmente, uma vez por mês temos uma reunião na sede da cidade com toda a equipe para debatermos, principalmente, o cronograma, as atividades a serem realizadas e o que ocorrer.

Ao chegar à ESF, percebi grande dificuldade por não termos uma única unidade, fazendo com que cada povoado fosse visitado apenas uma vez por semana. No entanto foi possível modificar essa situação, pois alguns povoados necessitavam de mais visitas semanais devido à grande demanda. Para tentar solucionar essa questão, deixamos de distribuir igualmente o número de visitas em cada povoado e passamos a reservar a última semana do mês para visitas aos povoados com maior demanda. Essa solicitação era sempre recorrente nas reuniões de equipe realizadas mensalmente.

Para que pudesse ser feita uma avaliação da área atendida com base nos indicadores AMAQ, foi criada uma tabela para registro de número de atendimentos realizados por médico e enfermeiro da equipe ao longo do tempo. A avaliação dos dados será colocada na tabela com frequência mensal para melhor estudo dos dados sobre os atendimentos na região. Cada profissional que realizar o atendimento será responsável pelo registro de tais dados.

Para a escolha da microintervenção a ser realizada foi feito um resgate da AMAQ, pois esta já tinha sido respondida pela enfermeira anterior, que por motivos de gestão teve que ser substituída. Além disso, havia grande dificuldade de realizar uma reunião coletiva, pois o meio de transporte para reunir toda a equipe é escasso. A reunião do mês de Abril já havia sido realizada no momento da abertura desse módulo. Reli, então, as respostas obtidas no AMAQ com a equipe da gestão anterior, e levantei alguns pontos problemáticos em que

poderíamos intervir sem a necessidade de envolver outras partes. Conversei com a enfermeira e os ACS individualmente sobre quais pontos eles achavam mais problemáticos e que seriam possíveis de resolução, além de trazerem com bom retorno aos usuários.

Infelizmente foi constatado que temos muitas falhas, porém aquelas que mais chamaram atenção para toda a equipe foi na “Subdimensão: Atenção Integral a Saúde”, principalmente no quesito envolvendo a demanda programada. Devido ao fato de cada povoado receber em média quatro visitas no mês, fica difícil de determinarmos um dia para cada grupo populacional (puericultura, pré-natal, HIPERDIA, por exemplo). Então, na maioria das visitas são feitos atendimentos a todos os grupos no mesmo dia. Percebemos que é complicado acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos com as consultas regulares, como preza a puericultura (1º semana e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês de vida); orientações do pré-natal até os dois anos de vida da criança; atendimento para puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida; atender hipertensos, diabéticos com base na estratificação de risco; planejamento familiar; acompanhamentos de gestantes.

Preferimos intervir no grupo de gestantes no acompanhamento de pré-natal no padrão 4.22 da AMAQ, pois na autoavaliação obteve pontuação 4, devido ao grande impacto da realização do pré-natal nos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, “Atenção ao Pré-Natal de baixo risco”, “a assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, além da qualificação da assistência ao parto são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal” (BRASIL, 2012).

Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (TOMASI et al., 2017).

A partir da escolha do grupo em que seria feita a intervenção, foi desenvolvida uma matriz que ajudasse a organizar essa questão de maneira clara. Tal matriz foi construída junto com a enfermeira da equipe, e contém itens que buscam estimar em quais pontos o pré-natal da equipe pode ser melhorado. Algumas questões precisavam ser respondidas, por exemplo: estamos realizando poucas consultas? Nossas pacientes realizam consulta com o odontólogo? Nossas pacientes realizam os exames complementares indicados pelo

Ministério da Saúde? Logo, criamos a matriz na tentativa de levantar esses dados e fazer intervenções mais eficazes.

O projeto teve início com um levantamento de todas as gestantes em cada povoado, com a idade gestacional em que se encontravam, com discriminação de número de consultas realizadas tanto pelo médico como pela enfermeira. Cada agente de saúde listou as pacientes gestantes em sua microárea, com discriminação de número de consultas já realizadas, planejamento da gravidez, idade gestacional em que o pré-natal foi iniciado, realização (ou não) de exames laboratoriais, exames de imagem e papanicolau, suplementação de ferro e ácido fólico, além de atualização de calendário de vacinação. No momento, o projeto está na fase de análise de prontuários e tabulação dos dados obtidos pelos agentes de saúde, ainda não temos o resultado final do mês de Abril.

Com a análise inicial, notamos que grande parte das gestantes não realizava o pré-natal de maneira adequada, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, que recomenda o número mínimo de seis consultas de pré-natal.

Determinamos que na segunda semana de cada mês fosse dada preferência ao atendimento de pré-natal, além das demandas espontâneas. Orientamos os ACSs para que informassem nas visitas domiciliares dessa preferência e que as gestantes comparecessem à unidade.

Na unidade orientamos as gestantes sobre a periodicidade das consultas. Estas seriam feitas alternadamente pelo médico e pela enfermeira, com consultas mensais, inicialmente. Se algum profissional percebesse a necessidade de consulta com o outro, a consulta seria realizada no mesmo dia. Junto com a enfermeira analisamos o prontuário das gestantes e anexamos o espelho do cartão aos que estavam incompletos.

Nesse processo de implantação do projeto notamos dificuldade em registrar as informações de maneira adequada nos prontuários das unidades, devido ao número importante de prontuários incompletos ou perdidas. Em algumas dessas unidades não há um profissional responsável pela tarefa de organização e resgate de prontuários, sendo essa tarefa destinada aos agentes de saúde da microárea.

Outra dificuldade encontrada foi o registro adequado das gestantes. Notou-se que na maioria dos casos a gravidez não era planejada e o diagnóstico da gestação era dado de maneira tardia, o que atrasava o início do pré-natal e tornava impossível a realização de consultas pré-concepcionais.

Com a implantação do cadastro de gestante e determinação de dias de atendimento preferencial a esse grupo, percebemos que a adesão das mulheres ao pré-natal aumentou, pois o acesso ao serviço se tornou mais fácil e planejado. Também notamos que o vínculo da equipe com a paciente foi fortalecido, o que melhorou a capacidade da equipe em realizar orientações para a mulher e para o companheiro sobre a gravidez, parto e puerpério. Esclareço mais uma vez que ainda não foi feita a análise dos dados obtidos e que essa é apenas uma impressão subjetiva da equipe.

Esperamos, assim, que o projeto consiga se perpetuar ao longo do tempo, com a observação de outros aspectos relacionados à saúde da mulher na gestação para a obtenção de resultados ainda melhores e redução de complicações para mãe e recém-nascido.

CAPÍTULO II: Acolhimento de uma ESF responsável por cinco povoados

A Equipe de Saúde da Família (ESF) pela qual sou responsável se localiza no interior de Sergipe e abrange cinco povoados, tendo cerca de 3500 usuários cadastrados. Dos povoados, três apresentam um único agente comunitário de saúde (ACS), outro apresenta dois e o quinto povoado apresenta três ACS. Cada povoado tem uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que em um deles a UBS é uma casa adaptada para essa finalidade.

No atendimento da ESF, geralmente a equipe visita um povoado por dia durante a semana. Porém devido à demanda de alguns povoados ser maior do que outros, tentamos distribuir as visitas de maneira proporcional à demanda. Normalmente na penúltima e última semana do mês fazemos visitas extras nesses povoados.

Uma característica das unidades é que nenhuma delas tem uma equipe, ou pessoa responsável pela limpeza da UBS, ficando este serviço a cargo dos próprios agentes e da atendente da UBS. Isso se torna uma dificuldade tanto para o trabalho do ACS, que tem que chegar mais cedo no dia de atendimento ou ir à unidade no dia anterior para realizar a limpeza, como para a realização do atendimento, pois muitas vezes os consultórios não estão adequados para a realização do atendimento. Outra dificuldade que algumas UBS tem é a falta de atendente. Também fica a cargo do ACS a tarefa de separar os prontuários dos usuários que serão atendidos e organizar o atendimento.

Dessa maneira, todo o fluxo de atendimento é prejudicado, pois os prontuários não estão separados e a lista de quem será atendido não está feita no momento em que a equipe chega ao local. Essa situação ocorre em três dos nossos povoados.

Então como funcionava a marcação de consulta de demanda espontânea e de demanda programada? Os usuários chegavam no dia do atendimento em seus respectivos povoados e ficavam na fila para pegar a senha. Caso surgisse algum usuário solicitando atendimento após a distribuição das senhas, esse era encaixado e atendido diretamente pelo médico. Não existia nenhum acolhimento, orientação ou triagem dos usuários.

Como os agentes de saúde eram responsáveis pela marcação da consulta, conversei com eles e a enfermeira para entender melhor como era a marcação. Os ACS durante as visitas domiciliares informavam o dia de atendimento médico e orientavam o usuário a procurar a unidade no dia estabelecido. Caso eles percebessem que algum usuário necessitava da consulta o próprio ACS já deixava marcado a consulta para determinado usuário.

Questionei em relação à demanda espontânea. Indaguei se os ACS conversavam com os usuários antes de orientá-los a procurar o médico. Percebi que geralmente eram os ACS que faziam uma seleção ou triagem dos atendimentos e que muitas vezes eram atendidos aqueles usuários que poderiam gerar alguma agitação ou confusão caso não fossem consultados logo. Toda essa maneira de marcação de consulta e atendimento da demanda espontânea causava filas enormes, além de serem muito frequente os atendimentos de casos considerados inadequadamente como urgentes.

Em conversa com a ESF levantamos alguns pontos com maiores dificuldades:

- Atendimento semanal na localidade, o que levava a cerca de quatro atendimentos por mês para cada povoado;
- Grupos de atendimento programado (HIPERDIA, puericultura, gestantes) para poucos atendimentos no mês;
- O acolhimento à demanda espontânea e marcação de consultas;
- A gama de atividades que os ACS executavam.

Percebemos que alguns pontos não dependiam de nós e sim da gestão, como é o caso da falta de alguém responsável pela limpeza e a falta de atendentes nas unidades. Encaminhamos essa questão à coordenação e estamos no aguardo para a solução desse ponto.

A quantidade de atendimentos não tem outra maneira de executá-la, então continuamos com um atendimento semanal em cada povoado e troca daqueles com demanda maior. Porém determinamos que na segunda semana do mês seja feito de preferência atendimento pré-natal, mas tendo também atendimento de outros grupos.

O acolhimento à demanda espontânea é o ponto que mais sentimos dificuldade em tentar melhorar. Inicialmente porque havia uma falha grave em se realizar uma triagem de atendimentos e também por esse processo ser feito pelos agentes de saúde.

Logo, na prática, o que ocorria era a classificação totalmente inadequada da necessidade ou não de atendimento imediato ou agendamento de atendimento para outro momento. Por exemplo, consultas de seguimento de casos eram muitas vezes classificadas como consultas de urgência.

Então junto com a enfermeira chegamos a um consenso que, o atendimento de demanda espontânea deveria passar por algumas etapas:

- O ACS escutaria o usuário e informaria a ele que iria passar pela enfermeira para ela realizar uma triagem;

-
- A enfermeira escutaria o usuário e caso fosse algo de sua competência, ela mesmo solucionaria o caso. O paciente teria a opção de marcar uma consulta médica para outro momento. Caso tivesse necessidade de ser atendido pelo médico, o usuário iria ser encaminhado ao médico.

Tal acolhimento foi explicado à população no início dos atendimentos, tiramos as dúvidas pontuais e começamos a executá-lo. As principais dúvidas da população era o motivo da mudança, então esclarecemos que o médico atendia vários casos que poderiam ser solucionado pela enfermeira e isso acabava impedito o atendimento de alguma pessoa que realmente necessitava da consulta médica. Orientamos que como estaríamos sempre na semana seguinte no povoado, algumas consultas poderiam ser agendadas já para a próxima semana, evitando que houvesse uma demora maior.

Para melhor entendimento da população elaboramos um fluxograma, baseado no Caderno de Atenção Básica – Acolhimento à demanda espontânea, volume 1, do Ministério da Saúde. Este será colocado em cada UBS da área a qual a ESF é responsável. (BRASIL,2013).

Sabíamos que no início iria ocorrer algum conflito, pois alguns usuários solicitavam atendimento imediato pelo médico. Orientamos aos agentes pra tentar conduzir casos assim da maneira que foi pactuado como seria nosso acolhimento. Caso a confusão fosse mantida, esse paciente iria ser atendido pelo médico e o mesmo iria fazer o acolhimento, que seguiria o mesmo fluxo: se o caso fosse de competência da enfermagem, o paciente era encaminhado à enfermeira; se fosse um caso médico e necessitasse ser atendido no mesmo momento, ele seria atendido e caso pudesse ser em outro momento, ele sairia do acolhimento com sua consulta marcada.

Os agentes demoraram a se adaptar ao acolhimento e acabavam mandando muitos usuários diretamente ao médico. A maioria desses casos era encaminhado para a enfermeira após o acolhimento inicial.

Os pacientes que seguiam as etapas propostas do nosso acolhimento e chegavam ao médico, eram na grande maioria pacientes que não necessitavam de atendimento no momento. Estes eram então marcados para um outro dia, conversávamos com os pacientes e explicávamos que havia a necessidade de atendimento, mas que este não seria necessário no momento. A grande maioria entendia e saía da unidade satisfeita com a escuta inicial.

Com o decorrer do tempo, notamos que a própria população “inventava” sintomas, problemas para chegar ao médico, ou seja, informava ao ACS e a enfermeira uma situação e no atendimento médico informava outra. Ou passava a informação para o ACS e

enfermeira de forma imprecisa, o que gerava dúvida e encaminhamentos ao médico. Na consulta médica, fazia meu atendimento e tomava a conduta de acordo com que fosse pactuado entre ambos.

Ao notar que essa situação estava recorrente, voltamos ao ponto inicial. Explicamos mais uma vez a população a situação e como seria realizado o acolhimento. Falamos que entendíamos a demanda de cada um, porém era necessário que todos compreendessem e ajudassem a resolver o problema.

Estamos mais uma vez em processo de adaptação, de implementação do nosso acolhimento e ainda não notamos muita mudança no perfil de atendimento da consulta da demanda espontânea, tanto para a enfermeira como para o médico.

CAPÍTULO III: O planejamento reprodutivo no contexto rural de Sergipe

Como médico de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) que se localiza na zona rural de uma cidade do interior de Sergipe, sou responsável por cinco povoados e cerca de 3500 usuários cadastrados. Cada povoado recebe em média um atendimento por semana e quatro atendimentos por mês.

No início de cada mês realizamos uma reunião com todos os agentes de saúde comunitária (ACS), a técnica de enfermagem, auxiliar de dentista, cirurgião dentista, enfermeiro e médico. Tal encontro tem o intuito de solucionar problemas pontuais, avaliar as atividades realizadas e planejar ações para o mês seguinte.

O fato de termos poucos atendimentos em cada povoado durante o mês, dificulta realizarmos atendimentos de grupos específicos como hipertensos, diabéticos, puericultura e gestantes. Então na reunião do mês traçamos um esboço de como serão feitos os atendimentos e sempre procuramos um atendimento exclusivo para gestantes na segunda semana do mês. O atendimento a gestante é geralmente mais lento, devido à grande quantidade de papeis a ser preenchidas, dúvidas das gestantes, exames físicos mais demorados e orientações tanto sobre a gestação como sobre o cuidar da criança. Preferimos deixar um dia prioritário para gestantes, em que também pode ser realizado o atendimento de demanda espontânea.

Durante os atendimentos às gestantes e às puérperas, tanto do médico como da enfermagem, notamos que elas apresentavam dúvidas em relação a alimentação. Muitas questionavam sobre a própria alimentação durante e após a gestação e sobre a alimentação do bebê. São dúvidas freqüentes: Que tipos de alimentos elas poderiam se alimentar? Qual a quantidade? o horário? O leite materno “é forte”? Até quando deve ser a amamentação? Quando o bebê pode comer o alimento da casa? Quais alimentos não se podem oferecer a criança?

Um outro ponto que chamou a atenção foi a procura, por parte dos adolescentes, por métodos contraceptivos. Então, de maneira informal, em conversa com os ACS questionei aos mesmos se durante as visitas domiciliares os adolescentes ou até mesmo os adultos questionavam a eles sobre tais métodos. A resposta que obtive era que existia sim o questionamento, mais por parte dos adolescentes, sobre métodos contraceptivos e também sobre doenças sexualmente transmissíveis, as DSTs.

Como microintervenção resolvemos elaborar uma palestra sobre algum desses temas:

- Métodos contraceptivos e DSTs;
- Alimentação gestacional e infantil.

Como já tínhamos fechado o cronograma de junho, enfrentamos dificuldades para realizar as palestras, pois teríamos que organizar novamente os atendimentos nos povoados. E durante o mês de junho existem dias que a prefeitura decreta ponto facultativo devido aos festejos juninos, tradicional no município, e a Copa do Mundo. Conseqüentemente algum povoado iria ficar um período longo sem o atendimento médico. Outra dificuldade, para a realização das palestras, foi a saída da enfermeira da ESF, a mesma entrou em licença maternidade e a coordenação só pretende substituí-la no próximo mês.

O questionamento por parte dos adolescentes sobre métodos contraceptivos e DSTs, já foi abordado pela equipe no ano passado com uma palestra realizada nas escolas de alguns povoados. Tivemos a intenção de realizar nova palestra naqueles povoados que não tiveram, porém devido às férias do meio do ano, ficou inviável realizá-la, pois as escolas já têm a programação das provas finais e os festejos juninos, dificultando ter data disponível para a nossa atividade.

Por tanto, devido a essas dificuldades (cronograma apertado, ESF incompleta), resolvemos realizar durante o atendimento às gestantes uma conversa informal sobre o tema: Alimentação gestacional e infantil.

Temos a intenção de colocar nos próximos meses uma palestra mais elaborada, com vídeos, fotos, slides, depoimentos de mães de várias gerações entre outras ferramentas. Assim, esperamos contemplar de uma maneira mais abrangente o tema e tirar as dúvidas e curiosidades das usuárias.

A “roda de conversa” foi realizada em um povoado e feita com as gestantes e alguns outros usuários presentes na unidade. Foi iniciada após os atendimentos de urgências e o acolhimento daqueles que não gostariam de participar da conversa. Primeiramente relatei o motivo de realizar tal atividade, que era pelos questionamentos durante os atendimentos e o fato do tema ser de suma importância para a saúde da mãe e da criança. Terminamos o bate papo com a intenção de realizar um momento mais amplo sobre o tema e com maior participação da comunidade.

Durante a conversa surgiram dúvidas sobre horários de refeições, tipo de alimento a ser consumido, quantidade que podia ser ingerida, questões sobre bebidas... entre outros pontos. Notamos que o fato da comunidade ser, em sua maioria, financeiramente desfavorável,

dificulta uma alimentação diversificada. Percebemos também que a influencia dos pais e avós, ainda está muito presente na comunidade. Não que seja errado tudo aquilo que eles aconselham, porém nos dias de hoje sabemos que algumas características alimentares dos seus tempos não são adequadas.

A equipe notou que é importante a população saber mais sobre o tema e que a participação da comunidade em atividades como essa devem ser mais valorizadas. A comunidade deve ser mais participativa com a equipe e não ficar apenas nos atendimentos de rotina e urgência. O pré-natal com qualidade na assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde tende a ter melhor aceitação das gestantes. Então temos sempre que aprimorar nosso serviço e nossos conhecimentos.

CAPÍTULO IV: O desafio da saúde mental em Indiaroba (SE).

Dentre os desafios que o SUS apresenta, a saúde mental se enquadra em uma das mais desafiadoras a ser ofertada. Por vários aspectos, seja pela escassez de profissionais especializados na área, seja pela falta de conhecimento geral da população acerca da saúde mental.

Ao chegar a minha Equipe de Saúde da Família (ESF) percebi que, assim como em qualquer outra ESF, existiam muitos usuários de psicofármacos: benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor. Com o decorrer do tempo os agentes de saúde (ACS) solicitavam renovação de receitas para esses pacientes sem passar pela consulta médica. Ao analisar os prontuários dos usuários, notei que muitos apresentavam apenas a prescrição dos medicamentos. Então solicitei aos ACS que começassem a marcar consultas para o paciente passar por uma avaliação médica e assim ter sua receita renovada, ou alterada ou até encaminhar a um segundo profissional.

Os próprios ACS tinham uma lista de pacientes que faziam uso desses psicofármacos, porém a lista não era organizada, tendo falta principalmente da medicação, dosagem e posologia da medicação em uso.

O fato da ESF ser de zona rural, tendo 5 povoados distantes um do outro, dificulta bastante termos reuniões com toda a equipe, temos apenas uma reunião mensal com a equipe completa. Então em conversas particulares com os ACS chegamos a elaborar uma lista, mais completa, desses pacientes. O que eles mais relataram foi a questão da renovação da receita, muitos alegaram que alguns pacientes pediam renovação todos os meses, outros passavam 4 a 5 meses para pedir outra receita, uns nunca tinham ido ao médico (desde quando começaram a trabalhar como ACS).

Para tentar sanar essa dificuldade elaborei uma lista controle, onde cada ACS colocaria o nome, idade e medicação do paciente e a data da consulta, ou renovação de receita. Ficou pactuado com todos que a prescrição da medicação seria para cada dois meses, caso houvesse necessidade de mudar o período, eu mesmo entraria em contato com o ACS e o informaria. A consulta com o médico teria que ocorrer no máximo a cada seis meses.

Para ter um controle dos pacientes de todos os ACS elaborei outra planilha onde mostraria o nome e o tipo de psicofármacos que o paciente estaria usando, assim teríamos um controle mais amplo da quantidade de pacientes que usam benzodiazepínicos ou antidepressivos.

Acreditamos que com essas duas planilhas conseguiremos ter um controle melhor dos usuários portadores de alguma patologia mental. O objetivo é que ela seja atualizada durante as reuniões mensais com equipe. Percebemos que se tivéssemos um computador para a equipe, em alguma unidade, a atualização seria mais fácil e a chance de perda dos dados seria menor.

Em relação à organização da saúde mental no município de Indiaroba/SE, infelizmente é bem precária. A cidade não oferece o NASF nem o CAPs. Não apresenta nenhum profissional especializado em saúde mental (psiquiatra ou psicólogo, por exemplo). Em conversa com a gestão municipal, eles afirmaram que estão trabalhando para que seja implementado um NASF no município até o final do ano, porém não souberam informar quais profissionais iriam ser contratados para o núcleo. O município apresentava uma espécie de convênio com um psiquiatra em outro município, porém há cerca de 4 meses tal convenio foi cancelado e hoje o município não apresenta nenhum profissional na psiquiatria para as equipes de saúde da família referenciar, ficando a cargo do médico da equipe tratar o usuário ou o próprio conseguir uma consulta com o profissional na rede privada.

Há cerca de oito meses, a pedido de familiares, a ESF realizou uma visita domiciliar a uma usuária de 74 anos de idade que residia sozinha em sua casa. Porém a queixa que a família fez a equipe era que a senhora X, “via qualquer coisa na rua, levava para casa e guardava”. Relataram que eles mesmos chamaram a vigilância sanitária para fazer “uma limpa” na casa. Ao realizar a visita constatamos que a Sra. X Morava numa casa onde não existia geladeira, fogão, cama. E que ela guardava pedaços de madeira, cocos, cadeiras, panos, pedras e muitos objetos desnecessários.

Durante a conversa com a usuária questionei sobre o motivo de ela guardar tanto objeto em casa a ponto de não apresentar nem um lugar para ela dormir de maneira confortável. Ela simplesmente respondeu que tudo que ela tinha em casa poderia ter alguma serventia alguma hora. Questionei sobre não ter um banheiro com vaso sanitário limpo, um fogão, uma geladeira. Ela falou que não sentia falta, pois tinha uma espécie de fogão a lenha no quintal da residência e não sentia necessidade de geladeira, pois tinha armários para guardar os alimentos. Em relação às necessidades, eram realizadas no banheiro, pois ele se encontrava sempre limpo.

Ao conversar com a família sobre a patologia da Sra X informei que se tratava de um transtorno psiquiátrico chamado de Transtorno de Acumulação e que necessitava de acompanhamento psiquiátrico e principalmente acompanhamento psicológico. Expliquei

que se fosse feita a “limpeza” sem antes conversar com a paciente, mostrando a necessidade de realizar uma limpeza e de retirar aquilo que não tem utilidade, tal atitude poderia ser prejudicial à saúde da Sra. X.

Na ausência de Psiquiatras e psicólogos na rede, resolvemos conversar com a assistência social da secretaria de saúde para intervir na situação. Então a ESF (medico, enfermeira e o ACS) com a assistente social, em conversa com a paciente e os familiares explicaram a necessidade de fazer uma limpeza na casa e retirar alguns objetivos que não tinham mais utilidade. A paciente aceitou então foi marcado, com a vigilância sanitária, um dia para a realização da limpeza.

No dia da limpeza necessário uma carreta para levar o que tinha dentro da casa. A limpeza da casa durou um dia todo, foi retirado muitos pedaços de madeira, cocos, cadeiras, pano e também ratos mortos. Orientamos a família para sempre ir à casa da Sra. X e observar se ainda continua acumulando objetos desnecessários. Em caso positivo, orientamos para que a família sempre converse com ela para que seja retirado o objeto a fim de não chegar ao ponto de antes.

Hoje a Sra. X está sendo acompanhada rotineiramente pela ESF tendo visitas regulares para análise do problema mental e também de outras patologias clínicas que foram descobertas como parasitoses e hipertensão arterial sistêmica. Ofertamos também acompanhamento odontológico. A família conseguiu comprar geladeira, fogão, cama e construiu banheiro, realizou a pintura da casa e rotineiramente frequenta a casa da Sra. X não só para observar o curso da patologia mental, mas como também para socializar, integrar a Sra. X na família e na comunidade.

CAPÍTULO V: A saúde da criança na zona rural de Indiaroba (SE).

A saúde infantil, com a puericultura, é um dos grandes desafios da atenção básica, pois sabemos que uma criança saudável será um adulto com menos co-morbidades no futuro. Ao começar as atividades na área tentamos introduzir um dia de atendimento as crianças, porém com o decorrer do tempo notamos que a demanda não deixava acontecer, pois sempre tinha adultos, idosos pedindo por atendimento e acabava que nos dias exclusivos para crianças atendíamos muitos adultos que chegavam à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixas de urgência e esses eram atendidos. Então resolvemos retirar o dia exclusivo da puericultura.

Na reunião mensal da equipe para a realização do cronograma e debate de assuntos relacionados ao trabalho da equipe, respondemos ao questionário proposto pela especialização. Notamos que temos algumas falhas no acompanhamento infantil, mas também percebemos que temos alguns pontos positivos.

Infelizmente o acompanhamento da puericultura não é feito de forma adequada e atribuímos ao fato da ESF ser responsável por cinco povoados fazendo com que a demanda seja muito grande e prejudique a realização de certas atividades programáticas. A marcação de uma agenda exclusivamente para uma determinada parte da comunidade fica difícil de ocorrer devido aos poucos atendimentos realizados em cada povoado ao longo do mês.

A primeira consulta muito dificilmente ocorre nos cinco primeiros dias e quando ocorre, depois do quinto dia, muito raramente é em visita domiciliar, pois “perderíamos tempo”, então pedimos para a mãe ir, caso possa, até a unidade para assim realizamos a primeira consulta. Porém, orientamos aos Agentes de Saúde Comunitários (ACS) sobre os sinais de perigo para as crianças menores de dois meses de idade para que, se durante as visitas domiciliares notarem algo de diferente na criança ou a mãe ou qualquer familiar relatar algo, que marque então uma visita domiciliar no próximo dia de atendimento.

Outro ponto que notamos, pelo mesmo motivo citado anteriormente, foi em relação ao teste do pezinho, que dificilmente é realizado até o quinto dia de nascido. As consultas de puericultura até os dois anos também ficam comprometida devido à grande demanda que são os atendimentos. Percebemos que falta elaborarmos ações educativas para as mães, com temas relacionados com a saúde alimentar dos filhos. Dentre pontos positivos destacamos o fato do registro das crianças da área.

Durante o mês de julho de 2018, tivemos a saída da técnica de saúde da equipe e até o momento estamos sem técnica de enfermagem na equipe. Então as atividades que eram realizadas por ela estão sendo realizadas pela nossa enfermeira, sobrecarregando assim toda a equipe.

A microintervenção realizada pela equipe foi à realização do Programa Saúde na Escola (PSE) que consistia na realização do Teste de Snellen em crianças de 5 a 12 anos nas escolas de cada povoado. Aproveitamos o momento para orientar as crianças sobre a alimentação saudável e a importância da vacinação. Porém notamos que tal tema poderá ser mais bem aproveitado se a ação for ampliada para abranger as mães, avós e os cuidadores/responsáveis, de fato, das crianças.

O fato de nossa equipe não estar completa dificulta a realização de algum evento, então projetamos elaborar algo no decorrer do ano abrangendo, não só alimentação infantil saudável e vacinação, como também pretendemos orientar em relação ao crescimento e desenvolvimento infantil.

CAPÍTULO VI: O acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Sabemos que as comorbidades cardiovasculares, junto com a diabetes, são responsáveis pela maioria dos problemas de saúde da população que frequenta a atenção básica. E também elas são a grande causa de morte nos país e no mundo. Então, uma das principais ações da atenção básica é prevenir, diagnosticar, tratar e acompanhar os usuários que apresentam tais patologias. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) se encaixam, junto com a Doença Pulmonar Obstrutiva e Obesidade, no espectro das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Durante a reunião mensal com a equipe para a elaboração da agenda do mês seguinte, foi realizada uma conversa sobre como é feito o acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes e respondido o questionário referente à microintervenção. Percebemos que o acompanhamento desses pacientes tem problemas devido ao fato de termos poucos atendimentos em cada povoado, então apenas dois povoados recebem atendimentos específicos para o HIPERDIA (pacientes com HAS e diabetes), pois são os povoados com um número maior de usuários, sendo os que normalmente recebem mais atendimentos no mês.

Notamos uma falta de protocolo de estratificação de risco tanto para os hipertensos, quanto para os diabéticos, então pensei em elaborar algo simples para os próprios agentes de saúde comunitário (ASC) saberem quais são os seus pacientes que apresentam risco elevado. Essa espécie de protocolo ainda se encontra em elaboração e será baseado na quantidade de medições anti-hipertensivas e o controle de medidas da PA. Tal protocolo poderá ser estendido para os pacientes diabéticos. Acreditamos que assim teremos mais controle e conhecimento dos pacientes, para até ter uma prioridade nos atendimentos na própria unidade ou eventual visita domiciliar.

Um ponto positivo que notamos no nosso atendimento aos suspeitos de HAS e DM é que não demoramos a realizar uma consulta inicial. Caso qualquer pessoa suspeite ser portador de alguma dessas patologias, ou por medidas realizadas em casa ou por medidas realizadas por profissionais de saúde em outras unidades, que leve a suspeita, basta entrar em contato com o seu respectivo ACS que o paciente tem uma consulta no próximo atendimento no seu povoado. Durante a consulta ele recebe toda a orientação acerca da

doença e a conduta a ser tomada sobre o caso, podendo já ser diagnosticado ou então receberá um acompanhamento para elucidar a suspeita diagnóstica.

Em relação à obesidade notamos que temos uma falha na educação da comunidade. Não elaboramos nenhuma atividade educativa acerca da alimentação e de realização de atividades físicas. A falta de um NASF na cidade dificulta ainda mais um melhor atendimento a essa parcela da população, pois um profissional de educação física e nutrição poderiam trabalhar com mais atenção os obesos. O NASF também seria de muita utilidade para os pacientes hipertensos e diabéticos.

A microintervenção contribuiu para a elaboração de uma espécie de protocolo de pacientes graves de HAS e de DM para os ACSs conhecerem melhor seus pacientes e aperfeiçoar os atendimentos aos mesmos. Estamos ainda em fase de elaboração, porém o ponto principal de critérios de gravidade estará na quantidade de medicamentos em uso. Os valores das medidas recentes também entrarão entre os critérios a serem avaliados.

Essa tabela ficará anexada ao prontuário do paciente e serviria de “triagem” para a marcação de consultas, que, em sua maioria, são agendadas pelos próprios ACS, assim, a matriz ajudaria nas escolhas dessa marcação. Caso o paciente faça uso de três ou mais medicamentos ele será classificado como paciente grave e terá prioridade no atendimento. Acreditamos que com essa tabela poderemos ter um melhor controle dessas patologias e os usuários possam ser mais bem acolhidos e tratados por nossa equipe de saúde.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Acompanhamento de gestantes na UBS.	A micro intervenção teve o objetivo de melhorar o acompanhamento ambulatorial e a atenção à saúde no período do pré-natal. Foi elaborada alternância de atendimentos com o médico e enfermeira mensalmente e introduzido a consulta com a odontologia.	Melhor aproximação da comunidade com relação a equipe de saúde; Melhoria no atendimento do pré-natal; Implantação da atenção odontológica no pré-natal; Melhor monitoramento de exames solicitados; Incorporação de orientações sobre gravidez e puerpério durante as consultas.	Manutenção do vínculo construído com as gestantes; Reavaliar periodicamente a organização das agendas para maior acessibilidade à demanda espontânea sem prejuízo à demanda programada.
Acolhimento de uma ESF responsável por cinco povoados.	Nossa equipe de saúde da família é responsável por 5 povoados. Então, Foi	Implantação de um protocolo de acolhimento adaptado ao	Reavaliar periodicamente o processo de acolhimento através de reuniões entre equipe e comunidade para encontrar o

	<p>elaborado um protocolo de atendimento a demanda espontânea e explicado para a população que o usuário poderia ser atendido no mesmo dia pela enfermeira ou médico, ou poderia ter a consulta marcada para um outro momento.</p>	<p>contexto dos povoados.</p>	<p>equilíbrio ideal entre as demandas espontânea e programada.</p>
<p>O planejamento reprodutivo no contexto rural de Sergipe.</p>	<p>A intenção da micro intervenção foi realizar atividades educativas nas escolas acerca de métodos contraceptivos e DSTs e conversas nas unidades de saúde com a comunidade com o intuito de esclarecer dúvidas sobre a gestação e a infância.</p>	<p>Realização de atividades educativas em espaços da comunidade; Otimização da sala de espera enquanto espaço potente para promoção de saúde.</p>	<p>Manter na programação da equipe ações coletivas nas nas escolas com os temas DSTs e métodos contraceptivos; Continuação das reuniões sistemáticas para planejamento das atividades educativas.</p>
<p>Desafio da saúde mental em Indiaroba (SE).</p>	<p>A saúde mental é com certeza um dos maiores desafios do SUS. Tanto pela falta</p>	<p>Implantação de ficha de registro e acompanhamento</p>	<p>Manter o acompanhamento e controle dos pacientes psiquiátricos com anotações dos dias que renovamos receita e</p>

	de conhecimento da população, dos profissionais e da gestão. Elaboramos uma lista para melhor acompanhar os nossos pacientes, tanto para renovação de receita como para consultas.	dos usuários com sofrimento e transtorno mental; Melhor articulação com o nível secundário da Rede de Atenção à Saúde.	dos dias de atendimento médico; Manter a postura de acolhimento e encaminhamento resolutivo na atenção básica dos casos que necessitem atenção em saúde mental neste nível da rede de serviços.
A saúde da criança na zona rural de Indiaroba (SE).	O atendimento infantil e a puericultura são de grande importância para a Atenção Primária, por ser também uma atividade de prevenção a evitar adultos doentes. Foi realizado em todas as escolas dos cinco povoados o Teste de Snellen para rastrear crianças com dificuldade visual.	Realização do teste de Snellen em todas as escolas dos povoados; Planejamento de atividades educativas sobre temas de interesse à saúde da criança.	Programar ações coletivas nas escolas e nos demais espaços comunitários abordando o tema alimentação infantil e desenvolvimento.
O acompanhamento dos portadores de Doenças Crônicas Não	Grande parte do atendimento na APS é de portadores de doenças cardiovascular,	Criação de ficha de registro e controle de medicamentos; Implantação de	Programar ações coletivas de promoção e educação em saúde abordando temas sobre mudanças de hábitos de vida, alimentação saudável e

<p>Transmissíveis em Indiaroba (SE).</p>	<p>principalmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Foi elaborado uma ficha a ser anexada no prontuário que mostrará quais e quantas medicações cada usuário faz uso, facilitando a estratificação de risco do paciente e a marcação de consultas prioritárias.</p>	<p>estratificação de risco dos usuários portadores de DCNT; Melhoria do acompanhamento dos portadores de DCNT.</p>	<p>consequências das DCNT.</p>
--	---	--	--------------------------------

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em uma equipe de saúde da família nada mais é do que um trabalho entre todos os atores envolvidos e esse deve ser o norte de todo o trabalho. O envolvimento de todos da equipe é primordial para que a saúde de melhor qualidade chegue a comunidade e assim possamos mudar, pra melhor, a vida dos usuários.

O envolvimento da equipe junto com a comunidade foi de suma importância para que fossemos acolhidos e aceitos como membros da comunidade. Nosso maior desafio é manter o vínculo e a confiança adquirida ao longo do ano. Pretendemos melhorar cada dia mais as intervenções com ideias novas e aperfeiçoamentos das já introduzidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

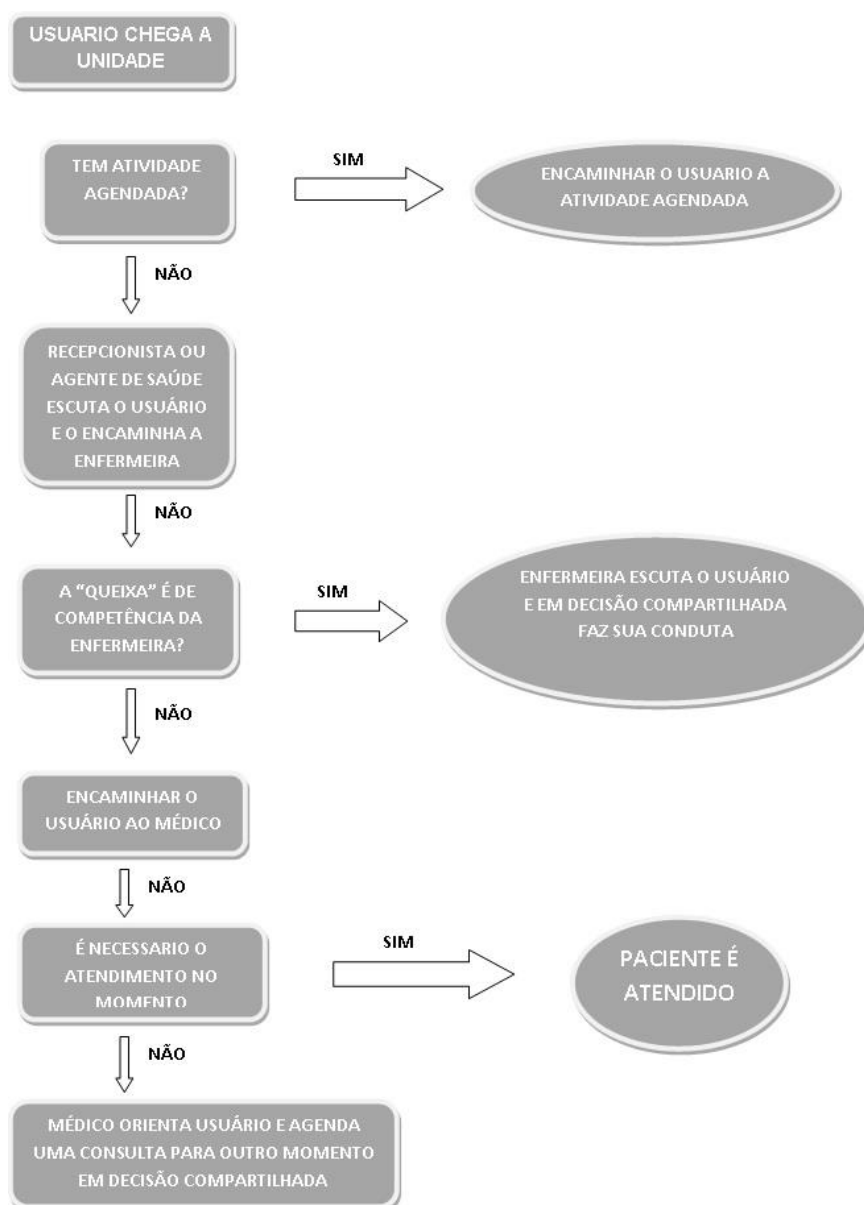
TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. v.33, n.3, p.1-11, 2017.

APÊNDICES

Apêndice 1: Planilha do Relato I, 2018.

INDICADORES	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Média de atendimento do MÉDICO (por habitante)					
Média de atendimento da ENFERMEIRA (por habitante)					

Apêndice 2: Fluxograma de acolhimento, relato II, 2018.



Apêndice 3: Questionário para acompanhamento de pré-natal, relato III, 2018.

	Nome:	Nome:
	Idade:	Idade:
Nº DE CONSULTAS		
GRAVIDEZ PLANEJADA?		
INICIO DO PRÉ NATAL		
IDADE GESTACIONAL		
ACIDO FÓLICO/ SULFATO FERROSO		
LABORATÓRIO		
ULTRASSONOGRAFIA		
LÂMINA		
VACINAS		
TESTE RÁPIDO		
CONSULTA COM DENTISTA		

Apêndice 4: Planilha/lista de acompanhamento de psicoterápicos, relato IV, 2018.

NOME/IDADE (DN) / MEDICAMENTOS	DATA	DATA	DATA
Sr. _____, 50 anos (_ / _ / ____)	09/05/18	05/07/18	
Diazepam 10mg 1x dia / Amtriptilina 25 mg 3 x dia/	Renovação + Consulta	Renovação	
Haloperidol 5mg 1x dia			
Sra. _____, 40 anos (_ / _ / ____)	27/06/18		
Carmabazepina 200mg 2x dia / Clonazepam 2mg 1x dia	Renovação		

Apêndice 5: Planilha de acompanhamento de paciente de HAS/DM, relato VI, 2018.

NOME DO PACIENTE	
PATOLOGIA	
HAS/DM	
MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS	
MEDICAMENTOS DE	

DIABÉTÉS			
VALORES DE PA			
VALORES DE GLICEMIA			

Apêndice 6: Questionário da Microintervenção, relato V, 2018.

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

Fonte: elaboração própria, 2018.

Apêndice 7: Questionário da Microintervenção, relato VI, 2018.

QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO VI	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?	7 Dias		7 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?		X		
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?		X		
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?		X		
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?		X		
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		

Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.

A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		X
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		X		X

Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.

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

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), 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

