



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**[MICROINTERVENÇÕES E SEUS RESULTADOS NA UBS
ANAPAUÍNO -AREIA BRANCA/RN]**

[ROVANY COUTO DA SILVA FILHO]

NATAL/RN
2018

[ROVANY COUTO DA SILVA FILHO]

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: TULIO FELIPE VIEIRA DA SILVA]



RESUMO

[Trabalho de conclusão de curso, este baseado nas vivências, guiados pelas atividades de microintervenção e pelo o que aprendemos no dia a dia do curso. São experiências de grande valor na formação do médico de família. Que tem como objetivo melhorar o atendimento à população, com a melhor qualidade e eficiência possível. Ode detalhamos nossas dificuldades, melhorias, peculiaridades da área, resultados positivos e negativos. Elaboramos ferramentas para otimizar o trabalho na UBS e colhemos os resultados no fim. São experiências enriquecedoras que nos motivam e nos ensinam a melhorar a cada dia como médicos da comunidade.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde,
Atenção Primária, Cuidado Infantil , Doenças Crônicas]

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	06
CAPÍTULO 1	07
CAPÍTULO 2	10
CAPÍTULO 3	13
CAPÍTULO 4	16
CAPÍTULO 5	19
CAPÍTULO 6	22
CAPÍTULO 7	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	31
ANEXOS	34

APRESENTAÇÃO

- Trabalho de conclusão de curso, especialização em saúde da família pela rede PEPSUS. Cada capítulo se refere a uma microintervenção, e o capítulo sete fala sobre o plano de continuidade. Dispondo de informações relevantes sobre o cuidado na atenção primária na UBS Ana Paulino no município de Areia Branca.
 - Tendo com principal objetivo a avaliação final e sistematização da coletânea de microintervensões baseadas nas experiências vividas durante o curso de especialização.
 - Utilizando a metodologia do relato de experiências vividas por meio de microintervensões e criação de ferramentas para a otimização do cuidado na atenção básica do município o qual estou alocado.
-
-

CAPÍTULO I: [REALIZANDO O AMAQ NA UBS ANA PAULINO

Hoje desenvolvemos em conjunto com a equipe de saúde da família do Ana Paulino do município de Areia Branca, uma nova avaliação do AMAQ juntos a partir da versão impressa e simulamos uma nova avaliação. Apesar de que há pouco tempo foi realizado a avaliação, por ser um ano novo visto que o ultimo foi feito no fim de 2017. E este foi feito em grupo com a participação da enfermeira, médico (no caso eu), e alguns agentes de saúde e da recepcionista. A experiência foi bastante enriquecedora e produtiva. No início surgiram diversas dificuldades uma delas não conseguimos sanar que foi a ausência do profissional odontólogo. Porém ao iniciarmos a avaliação com a equipe quase toda reunida. Surgiram outros entraves, pois alguns temiam falar tudo o que achavam por serem cargos comissionados no caso da recepcionista. informei que era uma tarefa didática e que a mesma não seria de fim público e nem seria sabido a opinião de cada, por ser um trabalho em grupo e decidi que a avaliação deveria ser um consenso da maioria.

Iniciamos o preenchimento do AMAQ. Em relação as dificuldades da gestão em implementar um sistema que funcione corretamente foram rapidamente detectadas, porém até com uma avaliação razoável visto que as notas variavam de 5 a 8. Vimos principalmente problemas quanto a tempo hábil para se instituir as terapias. E os encaminhamentos que não seguiam um fluxo correto. Identificamos o hospital como principal porta de entrada. E secundariamente o paciente ia ao posto sendo que o inverso é que seria o mais correto na maioria dos casos. Vimos

ainda a necessidade de maior integração da agenda médico-enfermeiro-odontólogo, para uma maior rapidez nas demandas. Um ponto bastante falho foi o monitoramento de exames e de encaminhamentos. Não temos uma ideia de quantos são ou se são todos realizados. Porém foi visto vários retornos sem que os mesmos estivessem com os resultados por demora na marcação ou mesmo ausência do serviço.

Vimos também que a maior parte da equipe busca se atualizar, com cursos, até mesmo pagos com o salário dos mesmos. E que apesar do esforço não tinham ajuda da gestão para que os mesmos se atualizassem. Vimos ainda um problema sério que são as visitas domiciliares, que apesar da disposição do médico e enfermeira, nem sempre são realizadas por falta de interesse nos ACSs marcarem devidamente as consultas e as vezes falta de transporte. Discutimos muito sobre a questão do descaso na unidade pois a mesma não passa por reformas a mais de 10 anos. Em relação ao cumprimento das 40 horas, a UBS fica realmente funcionando as 40h. E vimos que as reuniões periódicas não são uma constante e são marcadas somente quando há muita reclamação e não no intuito de aprimorar o atendimento. O pré-natal ganhou a melhor nota. Por ter uma dia da gestante específico e pela confiança depositada nos profissionais que os acompanham. As consultas são sempre regulares e os exames são disponibilizados pela gestão de forma satisfatória. Em relação ao planejamento familiar sentimos falta de um maior leque de opções de anti-conceptivos, sentimos falta do DIU e da vasectomia. Em relação a prevenção do câncer de mama e colo uterino, temos uma adesão regular para boa. Temos um atraso na entrega das mamografias, e na entrega dos laudos do

citopatológico. Mas nada de absurdo. Ainda no cuidado com os pacientes, temos uma boa demanda de diabéticos e hipertensos. Estes na maioria fazem seus exames de rotina e quase sempre renovam suas receitas pontualmente. Temos uma maior dificuldade na saúde do homem, pelo própria cultura onde o homem tem dificuldade em se cuidar. Porém vimos uma melhora gradual no decorrer do ultimo ano. Temos ainda um acesso difícil ao deficientes e portadores de dificuldade de locomoção não há transporte público na área.

A partir de tudo isso criamos uma ferramenta para que possamos ter uma vigilância nos pontos a ser melhorados, criamos uma agenda com contatos onde poderíamos ligar para o paciente programadamente a cada determinado tempo dependendo do tipo de doença abordada. Nessa agenda o pré-natal seria conjunto de enfermeiro e médico onde a paciente sempre seria atendida de forma adequada, deixando o horário igual para os dois. A agenda como base do nosso projeto principal , será instrumento para quantificar o número de encaminhamentos e exames. Anotando a data e o retorno. Saberemos identificar a quantidade de paciente cujo o tratamento foi interrompido por atraso em exames e retorno de especialista para conseguirmos junto com a gestão ver os principais pontos falhos. Esse registro na agenda será feito duplamente pela recepção mais o médico/enfermeiro. E a cada mês veremos os resultados de evolução. E discutiremos em reunião.

]

A microintervenção proposta nesta unidade II, se trata da implementação do acolhimento na UBS, visto que a minha unidade de saúde não possuía ainda esse sistema. Assim como visto na unidade o acolhimento tem o princípio a inclusão, diferente de uma triagem que visa a exclusão. Partindo desse princípio tentamos elencar os problemas principais. Sempre tentando ser o mais justo possível e tentando resolver o máximo de problemas no dia tentando não deixar nada para depois, a medida do possível. Tentando nos guiar pela ética e empatia. Assim como proposto no decorrer do módulo. A princípio irei descrever o modo antigo, o qual era utilizado pela equipe para a marcação das consultas. Na unidade a qual abre as 7h, no período da manhã, eram distribuídas, senhas. O único critério para conseguir uma consulta era justamente a velha ordem de chegada. Não eram considerados a gravidade, nem a existia qualquer critério que pudesse incluir as consultas mais urgentes. Sendo que ficavam por muitas vezes pessoas que tinham como esperar, por exemplo uma consulta rotina para prevenção, em detrimento das consultas que deveriam ser realizada mais rapidamente, pelo risco de agravamento e um pior desfecho. A primeira grande dificuldade foi justamente o ambiente de acolhimento. Visto que não tínhamos uma estratégia de acolhimento já implantada. Não possuíamos uma estrutura adequada com uma sala própria para realizar o acolhimento. O quadro mais crítico está na comunidade de Upanema de Cima. Visto a precariedade e a improvisação do espaço que na verdade não se trata de uma UBS e sim uma pequena sede do time de futebol do bairro. Já a UBS Ana Paulino já

construída há mais de 15 anos , necessita de reformas, para se adequar as novas diretrizes. A segunda grande dificuldade foi justamente a quantidade de profissionais dispostos a mudar suas rotinas. Temos uma grande resistência à implantação de novas diretrizes seja quais foram. Muitos dos profissionais já estão há muito tempo na UBS. Também um outro agravo é a mudança constante da direção, e o fato da diretora atual se considerar provisória. Ou seja não há reuniões ou mesmo discussões. Essa situação forma uma grande barreira a qualquer projeto de intervenção ou mesmo qualquer mudança na forma de atender. Apesar desses entraves continuamos o nosso projeto, com a participação da nossa enfermeira Paula, nosso técnico de enfermagem Iran, e a presença de dois ACS. Começamos assistindo ao vídeo sobre o sistema de acesso avançado. Pelo fato que a maior parte do próprios profissionais não tinham noção de como se deveria ser o acesso a UBS. Ficando acostumados ao velho sistema de distribuição de senhas. Após a exibição dos vídeos sobre o acesso avançado tiramos dúvidas sobre como implantar, assim como orientado nos baseamos na máxima de resolver o máximo no mesmo dia deixando apenas o que realmente não daria tempo de resolver para o dia seguinte, orientado sempre pela ética, empatia e critérios técnicos.

Ficou decidido que na primeira meia hora do dia, será realizado o acolhimento pelos médicos e enfermeiros. E assim serão agendadas as consultas médicas e de enfermagem para o mesmo dia. Colocamos uma sala que era da diretoria a disposição para que o enfermeiro e em casos especiais o médico faça o acolhimento. Utilizamos também o modelo RCOP desenvolvido por mim nesta especialização com alguma mudanças mínimas de layout.

Sendo assim começou a funcionar em três dias após o sistema de acolhimento. Sempre no início do turno com duração média de 30 minutos. Para os paciente que chegam após isso, como não temos como deixar um enfermeiro ou médico na função, entra o técnico em enfermagem que afere sinais vitais e sinais de alerta para maior gravidade e informa ao médico ou enfermeiro. O primeiro dia já notamos a diferença, na aceitação da população e melhora nos atendimentos. A medida que a semana avançou fizemos mudanças pontuais como inclusão de vagas de urgências no hiperdia e no pré-natal. Alguns problemas surgiram quando havia falta de algum profissional ou atraso. Porém no geral mudou para melhor o sistema de marcação e o acolhimento de forma geral na UBS.

CAPÍTULO III: AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPERIO NA UBS ANA PAULINO

A microintervenção proposta nesta unidade III, iremos avaliar seguindo as orientações do roteiro dado com as repostas, em forma de texto. Em nossa unidade, sempre que possível fazemos uma educação continuada em planejamento reprodutivo. Seguindo as normas técnicas orientamos sobre as diversas formas de planejamento familiar. Temos disponível os ACOs, DIU de cobre, laqueadura tubária. Os mais procurados são os anticoncepcionais orais e injetáveis. Mas ainda temos bastante demanda por camisinha principalmente a masculina. Na nossa UBS, quase não se vê a feminina. O DIU também é muito procurado, temos ginecologista que os colocam a cada 15 dias. Temos também o procedimento de laqueadura porém sempre é feito em uma cidade sem estrutura alguma o que eu acho um risco. Temos campanhas de educação reprodutiva e também de prevenção de DSTs. Esse assunto também sempre é abordado nas consultas medicas, e de enfermagem. Ao se escolher o método a vantagem de alguns sobre a questão das DSTs, como a camisinha masculina e feminina. Notificamos sempre que detectada alguma DST, sempre oferecemos os exames que estão disponíveis pelo LAREM. Alguns grupos temos maior dificuldade de conversar mais sobre a sexualidade, como religiosos e idosos. Porém sempre temos abordado a necessidade de prevenção de DTs e triagem pelos exames. Visto que nesses grupos tem se tido um crescimento maior destas doenças, seja pela pouca adesão a métodos de

prevenção ou até mesmo por vergonha de se informar com o médico ou enfermeiro.

Adotamos diversas ações sociais , visando orientar melhor as pessoas quanto ao risco de DSTs, evitar estigmas e rótulos em determinados grupos. Em relação ao pré-natal temos uma boa demanda de gestantes, elas sempre veem a UBS, para as consultas de rotina. Elas tem uma ótima relação com a equipe. Já tivemos 3 casos, onde se foi necessário a busca ativa pois eram adolescentes, as mesmas haviam se envolvido com homens comprometidos e por vergonha estavam se expondo a riscos desnecessários ao não irem a consultas de pré-natal. Toda vez que a gestante vem a UBS, é anotado no seu cartão, onde sempre é verificado as vacinas e seus exames. Na primeira consulta seja com médico ou com a equipe de enfermagem, são solicitados todos os exames de pré-natal. As vezes a laboratório do município atrasa os exames, o que acarreta em prejuízo ao cuidado continuado. Porém a maioria chega em tempo hábil, as vezes por meio de pagamento no setor privado. A maior parte das gestantes realizam as USG obstétricas morfológicas. Porém a grande dificuldade é que essa não é ofertada pelo SUS na região. O que acaba que algumas por falta de condições não as realiza. A maior dificuldade nesse ponto dos exames complementares é realmente o atraso dos mesmos pela gestão municipal e estadual. Não temos casos de que não foram feitos por falta de solicitação nem por recusa da paciente. A triagem é feita para as DSTs e quando detectadas, são tratadas na UBS mesmo ou pelo ginecologista do município. Durante as consultas sempre falamos antes mesmo do parto sobre a amamentação, sobre seus benefícios para mãe e para o bebê. Sempre após o parto a puérpera, passa pela

enfermagem e quando necessário pelo médico. Sempre tendo um pós parto adequado sendo o feedback entre médico e enfermeira muito bom. Sempre que há dúvidas trocamos várias ideias sobre os tratamentos a serem realizados. Na primeira consulta já orientamos sobre os hábitos saudáveis de higiene e boa alimentação, sobre como evitar algumas parasitoses indesejadas e quais alimentos devem ser consumidos em maior ou menor quantidade. Na visão geral do acompanhamento pré-natal e puerpério temos um bom acompanhamento. Porém pecamos nos exames complementares pelo atraso na entrega e marcação e por não disponibilizarmos por meio gratuito as USG morfológicas. Entretanto sempre cobramos da gestão o maior empenho para darmos uma melhor qualidade as gestantes e puérperas.

CAPÍTULO IV- LINHA DE SAÚDE MENTAL NA UBS ANA PAULINO E SEUS INSTRUMENTOS

A microintervenção proposta nesta unidade IV, começaremos ao criar um instrumento, que nós decidimos que seria um formulário. Nesse formulário consta várias informações de extrema importância para que houvesse uma boa resposta aos questionamentos do PMAQ. Apesar de ser simples os questionamentos, as repostas teriam de ser bem elaboradas, até porque para termos uma melhor intervenção possível diante do problema apresentado não se poderia responder apenas com um monossílabo sim ou não.

Iniciamos com a pergunta sobre o registro de pessoas que tomam medicações controladas para sofrimento psíquico. No prontuário existem todas as medicações de uso crônico, então vimos nisso a oportunidade de utilizar esse registro já existente e adicionar essas informações ao nosso instrumento, no caso um formulário simples e objetivo no formato do excel. E a partir do registro de prontuário tivemos uma média sobre quantos pacientes usam essas medicações e número de consultas dessas pessoas. Porém não tínhamos um registro de gravidade. Então tivemos de recorrer novamente ao prontuário e classificamos pela quantidade de medicação, histórico de internações por doença mental. A qualidade das informações nem sempre eram boas. E tinha paciente que apenas renovavam suas receitas sem comparecer as consultas. E não existia interação alguma entre a UBS e o CAPS que tínhamos na região. Em relação aos usuários de drogas e álcool o registro era pior, devido a dificuldade de convencer essas pessoas a se cuidarem, e pelo preconceito também da

população com a presença dos mesmos na unidade de saúde. Os registros que tínhamos era somente os dos prontuários médicos e de enfermagem. Mas a maioria sequer aparece para um retorno. Na maioria das vezes por vergonha de ter tido recaída. E pela pouca interação com o CAPS, visto que nunca recebemos a contra referência, isso dificulta muito a interação desses usuários com a UBS. E deixam o cuidado a desejar. Visto que não temos ideia das medicações e tratamentos realizados quando esses usuários não sabem informar. Ficamos reféns do relato oral desses pacientes. A partir dessas dificuldades, começamos a cobrar o preenchimento da contra referência e tivemos avanços significativos. Onde se tem hoje, ao menos nas novas consultas, um registro melhor desses pacientes, com preenchimento dos formulários, registro em prontuário e registro do atendimento especializado com interação melhor com o CAPS. Foi uma experiência muito boa, porém enfrentamos a dificuldade de iniciar o registro, de compartilhar informações com o CAPS e exigir uma resposta deles. Um início de conversa com os profissionais do CAPS, que não existia nem sequer conhecíamos os mesmos. Como já foi falado, no nosso município funciona um CAPS, que funciona de segunda a sexta nos dois horários. Geralmente são encaminhados os pacientes via UBS, ou mesmo os que saem de um internamento com encaminhamento ambulatorial. O maior desafio até pelo caráter portuário da cidade. Foi justamente em relação dos pacientes usuários. Visto a questão da violência, do preconceito vivido pelos mesmos ao procurar a UBS. Já os usuários de drogas lícitas como o álcool, tem menos dificuldade. Estes sofrem menos preconceito porém tem uma resistência maior em se declararem dependentes. Porém vimos o enorme potencial de transformação que a

nossa UBS pode ter. Temos uma maior facilidade de atender estes pacientes, por sermos porta aberta para todos, e como suporte ao CAPS no cuidado ao paciente de saúde mental. Continuaremos cobrando e interagindo junto ao CAPS, em relação as contra referencias. E até mesmo discutindo casos com a equipe visto a maior proximidade dos pacientes com a UBS. Pois fica mais perto e é a porta de entrada, havendo sempre visitas domiciliares os quais no CAPS não são feitas. O instrumento apesar de ser uma simples planilha, conseguimos organizar e ver as fragilidades de informação e de cuidado em saúde mental. A partir deles fizemos algumas buscas ativas. E tentamos conhecer esses pacientes. Continuaremos com essa melhora mesmo após o fim da tarefa e com ela melhoraremos nossos índices no PMAQ.

CAPÍTULO V- AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE PUERICULTURA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANA PAULINO

Nesta intervenção iremos descrever como foi o trabalho de avaliação sobre a questão do cuidado em puericultura na nossa unidade básica de saúde. Nos reunimos em uma terça-feira, estavam presentes além de mim, enfermeira, técnico de enfermagem e quatro agentes de saúde. Imprimimos o formulário e distribuimos para cada um dos participantes desta reunião para que este fosse respondido. Descreveremos neste relato as principais dificuldades desta microintervenção, resultados obtidos pelos questionários e desafios propostos para a resolução do problema. A equipe concordou que realizamos de forma satisfatória acompanhamento do desenvolvimento e crescimento até dois anos, porém há uma observação a ser feita pois mesmo sem ser consulta de puericultura poderíamos sim, obter dados sobre crescimento e desenvolvimento em todas as consultas afim de obter um melhor diagnóstico sobre as crianças que utilizam a UBS. Os protocolos quase sempre são utilizados, algumas vezes ele não é posto em pratica o que acaba sempre em consulta imediata. Poderíamos realizar mais treinamentos com os demais membros da equipe com intuito de sanar essa dificuldade. Por meio da atualização do cartão SUS, realizada recentemente e pela exigência do mesmo pela equipe aos usuários temos um cadastro bem atualizado, com nome, endereço, data nascimento. E quando há alguma mudança os agentes de saúde sempre tentam nos informar o mais rápido possível para termos esses dados sempre atualizados. Sempre utilizamos a caderneta de saúde da criança, e aquelas que

veem de outros postos, ou cidades tentamos sempre que possível transcrever os dados e mantê-los sempre disponíveis para acesso da equipe de saúde e programas sociais. Em relação aos espelhos infelizmente não os possuímos nas unidades, e tivemos um entendimento que a partir do problema exposto, iniciáramos o mais breve possível a gerar os espelhos para que, ao haver perda da caderneta de saúde da criança, não percamos os dados tão preciosos. Em relação sobre o registro na 2ª parte do questionário, temos uma falha grave pois as informações ficam concentradas na caderneta da criança e em caso de perda, fica sem a informação permanentemente. No cartão registramos sempre a vacinação, temos a maior parte das crianças com as vacinas em dia, até porque é obrigatória para recebimento de alguns benefícios sociais. Também é registrado o crescimento e desenvolvimento na mesma assim como já falado. O estado nutricional geralmente fica na caderneta, mas quando há alterações ou queixas, há sempre o registro da consulta em prontuário e acompanhamento especializado com nutricionista sempre que necessário. O teste do pezinho é realizado sempre, e registrado em prontuário e cartão da criança. Orientamos também para mãe guardar o resultado. Temos raros casos de violência, apesar de ser uma região bem carente, e sempre que há qualquer relato ele é registrado e encaminhado ao conselho tutelar. E sempre que há solicitação acompanhamos os casos de violência, e sempre que necessário acompanhamento especializado com psicólogo e psiquiatra. Em relação a busca ativa, buscamos sempre acompanhar de perto os prematuros, junto ao pediatra, e com o restante da equipe pelos cuidados necessários após alta hospitalar. Temos raros casos de baixo peso e sempre buscamos juntos ao serviço social e a

nutrição acompanhar de perto cada caso. As vacinas quase sempre estão em dias como já informados, e os agentes de saúde sempre buscam em cada casa saber como está o cartão de vacina. E quando necessário a vacina é feita na casa do paciente. Sempre fazemos palestras e ações sociais com gestante e nas consultas sempre orientamos ao aleitamento materno e sua importância com um excelente retorno, pois cada vez mais temos crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. A partir dos 6 meses geralmente a criança retorna para consulta, onde é orientado para introdução dos outros alimentos seja por médico ou enfermagem. Não tivemos muita dificuldade no preenchimento do questionamento. Abrimos uma ampla discussão sobre os pontos a serem corrigidos. E esperamos na próxima vez ao responder novamente o questionário termos todos os itens sendo respondidos com sim.

CAPÍTULO VI: [O DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANA PAULINO

Iremos relatar nesta microintervenção como se dá, o acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis. Na nossa unidade básica de saúde, guiado pelo questionário disponibilizado no guia desta atividade. Fizemos assim novamente uma reunião de equipe como sempre fazemos de costume. E distribuimos os formulários para serem respondidos individualmente e após algum tempo dado para respostas. Respondemos coletivamente, a fim de sincronizarmos nossas respostas e termos uma melhor avaliação de cada pergunta do ponto de vista coletivo da equipe. Levando em conta cada individualidade dos profissionais presentes na discussão. A equipe foi unanime quanto a realização de consultas e exames para paciente, sendo que todos responderam sim, temos laboratório municipal onde são feitos os exames clínicos, o teste do monofilamento disponível na UBS, e é utilizado tanto pelos profissionais médicos como equipe de enfermagem. Em relação a segunda pergunta sobre a realização do exame do pé diabético. A resposta foi as quase sempre, visto que não temos ainda adotado um protocolo de periodicidade, de realização do exame. Porém a avaliação visual sempre é realizada. E sempre orientado o cuidado quanto aos cuidados que o paciente diabético deve ter com seus pés. Em relação ao exame de fundo de olho. A resposta é não, não realizamos o exame de fundo de olho nos pacientes diabéticos. Geralmente quem faz no município é o oftalmologista. Porém ao respondermos o questionário em meio a essa negativa. Solicitamos a gestão a compra de

oftalmoscópio para realizar com mais frequência o exame. E treinamento de pessoal para aprimorarmos a técnica de realização do mesmo. Em relação as medidas antropométricas, a resposta foi geralmente sim, e com isso iremos nos empenhar melhor, sempre realizando essas medidas, para um melhor cuidado do paciente. Em relação aos pacientes obesos, eles são encaminhados ao centro especializado em obesidade de Mossoró, acompanhamento com nutricionista e psicólogo. Não temos endocrinologista no NASF. O que faz muita falta, visto que é fundamental o apoio deste profissional em determinados casos. Não recebemos muito feedback do centro especializado, e temos muita dificuldade em encaixar nossos pacientes. Marcamos uma reunião com a gestão para poder tentar solucionar esse problema. Visto que o controle da obesidade tem um impacto muito grande sobre a saúde da população. Apesar da falta deste instrumento, realizamos o acompanhamento sim do usuário na UBS, e na medida do possível junto com a nutricionista do NASF, tentamos alcançar as metas programadas para cada usuário. Em relação a oferta de atividades físicas, temos um grande empecilho nesta parte. Pois há pouco incentivo pela gestão em atividades físicas coletivas, e o aumento da violência leva as pessoas a evitarem caminhar pela praia e calçadão. Também será discutido isso na reunião com a gestão, junto a reivindicação do endocrinologista. Em relação a alimentação saudável, temos sempre a ajuda da nutricionista do NASF, palestras com médico e enfermeira em escolas, UBS, e ações comunitárias. Já como foi dito anteriormente temos sim o apoio do NASF, porém sem o endocrinologista, o que é uma falha. Sempre que temos um caso mais grave como obesidade mórbida, encaminhamos para o serviço especializado em obesidade na cidade de

Mossoró. Nós sempre temos as ações sociais, porém é uma falha não temos grupos de apoio para essas pessoas, compartilharem experiências e dúvidas, sobre como perder peso e ter uma vida mais saudável. A experiência de responder o questionário foi muito boa, com isso organizamos uma reunião, solicitamos o oftalmoscópio, e o treinamento. E intensificamos a busca por pessoas acima do peso e melhoramos a avaliação do pé diabético.

]

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
REALIZANDO O AMAQ NA UBS ANA PAULINO	FOI REALIZADO UMA SIMULAÇÃO DO PREENCHIMENTO DO AMAQ, EM CONJUNTO COM A EQUIPE COMPLETA DA UBS, RESPONDENDO O QUESTIONARIO , COMPARANDO E AVALIANDO CADA RESPOSTA, OBJETIVANDO UMA MELHOR AVALIAÇÃO FUTURA	CRIAÇÃO DE UMA AGENDA PARA QUANTIFICAR E ORIENTAR QUANTO AS MARCAÇÕES DE CONSULTAS E EXAMES	OTIMIZAR AS TABELAS E AGENDAS, PARA TER ACESSO MAIS RAPIDO AOS DADOS PARA MELHOR REGISTRO DAS ATIVIDADES DA UBS, E REAVALIAR COM NOVA SIMULAÇÃO DO AMAQ ONDE CONSEGUIMOS MELHORAR .E TRAÇAR NOVOS OBJETIVOS
PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA UBS ANA PAULINO	NESTA INTERVENÇÃO COMEÇAMOS DO ZERO, PARA IMPLANTAR O SISTEMA DE ACOLHIMENTO NA UNIDADE, COM DIVERSAS DIFICULDADES COMO AUSENCIA DE ESPACO FISICO ESPECÍFICO, E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA UBS	CONSEGUIMOS UM LOCAL IMPROVISADO PARA REALIZAR OS ACOLHIMENTOS, INICIAMOS O MAIS RAPIDO POSSÍVEL.	TORNAR O ACOLHIMENTO UMA PARTICA COMUM NA UBS, TER UM ESPACO FISICO ESPECIFICO PARA REALIZAR O ACOLHIMENTO. E UM PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA FICAR EXCLUSIVO PARA O PROCESSO DE ACOLHIMENTO.
AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ -NATAL E PUERPÉRIO NA UBS ANA PAULINO	ELABORAMOS UM TEXTO BASEADO NO QUESTIONÁRIO DA ATIVIDADE, PROPOSTA PELO ROTEIRO APRESENTADO.	BASEADO NAS NOSSAS RESPOSTAS, VIMOS DIVERSAS DIFICULDADES QUE NOSSA UBS TEM NO TEMA, INICIAMOS AÇÕES SOCIAIS E COBRAMOS DA GESTÃO A DISPONIBILIZAÇÃO DE MAIOR MATERIAL DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, MELHORA DO NOSSO PRÉ -NATAL E PUERPERIO	MANTER AS AÇÕES SOCIAIS, E REALIZA-LAS COM MAIOR FREQUENCIA. REALIZAR AS BUSCAS ATIVAS COM MAIS FREQUENCIA. MANTER DIALOGO COM A GESTÃO PARA SEMPRE MANTER INSUMOS E MELHORAR O ACESSO A VASECTOMIA E A LAQUEADURA TUBÁRIA.
LINHA DE SAÚDE MENTAL NA UBS ANA PAULINO E SEUS INSTRUMENTOS	CRIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO, NO CASO UM FORMULÁRIO QUE FOSSE MAIS OBJETIVO POSSIVÉL SOBRE OS PACIENTE PSIQUIATRICOS, MEDICAÇÕES, HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES E ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO	POR MEIO DO INSTRUMENTO CRIADO, TIVEMOS UMA MAIOR INTERAÇÃO COM O CAPS PRESENTE DA NOSSA CIDADE. ACOMPANHAMENTO MELHOR DOS ETILISTAS E PACIENTE QUE USAVAM OUTRAS SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES. CONSEGUIMOS CRIAR UMA ESPÉCIE DE BANCO DE DADOS COM OS FORMULÁRIOS APLICADOS. E VIMOS O QUÃO POBRE ERA O ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTE PSIQUIATRICOS E DEPENDENTES DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS	MANTER O FORMULÁRIO DE CADA PACIENTE SEMPRE ATUALIZADO, CONTINUAR COM UMA INTERAÇÃO COM O CAPS E APRIMORAR A RELAÇÃO COM ESTE INSTRUMENTO. EVITAR AINDA APENAS AS RENOVAÇÕES DE RECEITAS. FAZER AÇÕES SOCIAIS E QUEBRAR PRECONCEITOS NO TRATAMENTO PSIQUIATRICO , DE DEPENDETES QUIMICOS E DE ETILISTAS.
AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE PUERICULTURA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANA PAULINO	POR MEIO DE REUNIÃO COM ORIENTADO NOS REUNIMOS PARA RESPONDER O FORMULÁRIO	MELHORA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE CADA PACIENTE, COM CADASTRO	CRIAR ESPELHOS DOS CARTÕES E DE SUAS INFROMAÇÕES MAIS IMPORTANTES, CRIAR UMA LINHA DE CUIDADO JUNTO COM O NASF, COM

	<p>PROPOSTO PELO ROTEIRO EM RELAÇÃO A PUERICULTURA NA UBS. DISCUTIMOS EM REUNIÃO AS DIFICULDADES, RESULTADOS E PROPOSTAS PARA O NOSSO SERVIÇO</p>	<p>DE TODOS, CRIAÇÃO DE ESPELHOS DAS VACINAS E DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR, TIVEMOS UMA BOA AVALIAÇÃO NA MAIORIA DAS PERGUNTAS DO FORMULÁRIO</p>	<p>CONTRA REFERÊNCIAS DO PEDIATRA. MELHORAR A MARCAÇÃO E REALIZAR BUSCAS ATIVAS DOS PACIENTES QUE NÃO COMPARECEM AS CONSULTAS DE PUERICULTURA</p>
<p>O DESAFIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ANA PAULINO</p>	<p>AVALIAÇÃO DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR MEIO DE FORMULÁRIO DISPONIBILIZADO PELO CURSO, REALIZAMOS REUNIÃO , RESPONDEMOS O FORMULÁRIO JUNTOS COM A EQUIPE</p>	<p>IDENTIFICAMOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO , AUSENCIA DE OFTALMOSCÓPIO, O NASF NÃO TEMOS ENDOCRINOLOGISTA, E O CENTRO DE REFERÊNCIA QUE FICA EM MOSSORÓ NÃO REALIZA CONTRA REFERÊNCIA. SOLICITAMOS REUNIÃO COM A GESTÃO POR MEIO DA FIGURA DA DIRETORA DA UBS PARA SANAR ESSAS DIFICULDADES</p>	<p>CONSEGUIR POR MEIO DA REUNIÃO MATERIAL E TREINAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME DE FUNDO DE OLHO, TER MAIOR RAPIDEZ NAS CONSULTAS OFTALMOLÓGIAS, DISPONIBILIZAÇÃO DE ENDOCRINOLOGISTA PARA ACOMPANHAMENTO DOS CASOS MAIS GRAVES, SEMPRE TER MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DOS PACIENTES ACIMA DO PESO, ACOMPANHAMENTO COM MAIOR FREQUENCIA DO GRUPO DE ALTO RISCO.</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

[A melhoria da atenção básica deve ser uma luta diária, a cada dia aprendemos cada vez mais com os usuários e com os outros profissionais de saúde. É fundamental um equipe unida com o único propósito de realizar uma atenção básica humana, de qualidade técnica e que evolua a cada dia. A microintervêções fizeram a equipe enxergar diversas falhas, e também os pontos positivos sobre o cuidado na nossa UBS. Conseguimos criar ferramentas de controle e registro, maior cuidado com os exames, ações sociais voltadas a grupos de maior vulnerabilidade. Reuniões com a gestão expondo as carências e solicitando melhorias em infraestrutura e material. Otimização do tempo e sistema de agendamento inteligente com atendimento mais resolutivo. Foi uma experiência única que contribuiu em muito na formação profissional minha e da minha equipe. Além de promover uma maior interação entre os diversos profissionais.

]

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Tutorial para preenchimento da autoavaliação. Disponível em: . Acesso em: 12 jan. 2017.
 2. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo: Sistema de Ampliação. Disponível em: . Acesso em: 20 jan. 2017.
 3. Ministério da Saúde. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: . Acesso em: 20 nov. 2016.
 4. DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov. 1990.
 5. FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saude Publica*, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, 2010.
 6. MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
 7. GÉRVAS, Juan et al. Uma atenção primária forte no Brasil: Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família. [2011?]. Disponível em: . Acesso em: 20 fev. 2017.
 8. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. v 1.
 9. MENDES, E. V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p 79-113. MURRAY, M.;
 10. TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.*, n. 7, p. 47-50, 2000.
 11. NASCIMENTO, F. G. et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendida na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, 2010.
 12. PARANA (Estado). Secretaria de Estado da Saude do Parana. A rede de atenção a urgência e emergência. 2013. Disponível em: . Acesso em: 20 fev. 2017.
 13. RAMOS, V. *A Consulta em 7 Passos*. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda, 2008.
 14. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. *Manual de orientação: assistência ao abortamento, parto e puerpério*. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. 186p. FÉLIS,
 15. K. C; ALMEIDA, R. J. Perspectivas de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprodução & Climatério*, v. 31, n. 2, p. 105-111, 2016.
 16. NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.
 17. POLI, M. E. H. et al. *Manual de anticoncepção da FEBRASGO*. *Femina*, v. 37, n. 9, set. 2009.
 18. ROSAS, Cristiano Fernando. Laqueadura tubária: aspectos médicos e ético-legais. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Ed.). *Anticoncepção: aspectos contemporâneos*. São Paulo: Atheneu, 2005. p.171-186.
 19. SOUZA, M. C. B.; VITORINO, R. L. A Abordagem do casal infértil. *Femina*, v. 36, n. 10, p. 603-609, 2008.
 20. VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da Saúde Mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaios: subjetividade, Saúde Mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 169-174.
-

-
21. VIEIRA FILHO, N. G. V., NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em Saúde Mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.
 22. ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.
 23. ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 221-240.
 24. ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. B (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 167-174.
 25. ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
 26. AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1995, p. 21-90.
 27. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
 28. ALMEIDA, P. V. B.; MAGALHAES, M. L. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. In: *São Paulo carinhosa: o que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância*. 2016. Disponível em: . Acesso em: 24 jul. 2016.
 29. AMARAL, J. J. F. AIDPI para o ensino médico: manual de apoio. Brasília: Organização Pan- - Americana da Saúde (Opas), 2004. 179p. Disponível em: . Acesso em: maio 2012.
 30. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações 30 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
 31. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
 32. BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2005.
 33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p.
 34. ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 15, p. 1123-1132, 2010. (Suplemento 1).
 35. AZEVEDO, P.S. et al. Remodelação Cardíaca: Conceitos, Impacto Clínico, Mecanismos Fisiopatológicos e Tratamento Farmacológico. *Arq Bras Cardiol*. [no prelo] p.1-8, 2015. Disponível em: . Acesso em: 8 maio 2018.
 36. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
 37. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37).
-

-
38. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35).
 39. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, 40).
-
-

APÊNDICES

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		
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	

Observação: disponibilizamos este questionário em formato editável na biblioteca do módulo, assim, você poderá responder diretamente no arquivo.

Após responder o questionário, conte-nos sobre como realizam a atenção à saúde da criança em sua unidade. Vocês possuem alguma atividade que consideram exitosa e queiram divulgar? Por exemplo: Existem equipes que realizam CD (Crescimento e Desenvolvimento) coletivo; outros têm estratégias diferenciadas de busca ativa; registros em fichas espelhos; organização da agenda, dentre outras estratégias que podem ser consideradas exitosas. Que tal compartilhar o que você e sua equipe já fazem?

Queremos conhecer!

Caso considere que não realizam nenhuma atividade exitosa, faça alguma ação voltada a esta temática de Saúde da Criança e nos conte como ocorreu.

APÓS REALIZAR A INTERVENÇÃO, ESCREVA SEU RELATO (INDIVIDUAL), CONFORME MANUAL DO TCC, QUE É SUA TAREFA FINAL DESTA MICROINTERVENÇÃO.

Seu relato deve conter o questionário respondido, quais foram as dificuldades e potencialidades em responder este questionário, como foi a articulação com a equipe e também a descrição da atividade exitosa que você já faz ou fez em detrimento desta tarefa. Vamos lá?

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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se SIM no item anterior, quais ações?

QUESTÕES	SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferta ações voltadas à atividade física	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminha para serviço especializado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observação: disponibilizamos este questionário em formato editável na biblioteca do módulo, assim, você poderá responder diretamente no arquivo.

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?	(Preencher em dias) 3-5 dias		(Preencher em dias) 3-5 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X		X	
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X		X	
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?	X		X	
Em relação ao item "A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?", se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus?		X		X
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X		X	
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X		X	
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	X		X	
Em relação ao item "A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?", se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de 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	

ANEXOS
