



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

DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E SUAS PARTICULARIDADES
NA ZONA RURAL DE JAPOATÃ (SE)

WANDEIR LIMA DOS SANTOS

NATAL/RN
2018

**DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E SUAS PARTICULARIDADES NA ZONA
RURAL DE JAPOATÃ (SE)**

WANDEIR LIMA DOS SANTOS

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

Para minha esposa, Márcia; meu irmão, Wagner; e minha mãe, Áurea, pelo apoio, companheirismo e dedicação durante todos estes anos. Por me compreenderem nos momentos de trabalho árduo e estarem dispostos a percorrer todo o caminho da vida ao meu lado.

A Deus e a minha família, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela oportunidade e ao orientador Ricardo Vieira de Melo pela contribuição para conclusão deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Este trabalho é composto de uma coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de micro intervenções realizadas na zona rural de Japoatã, 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:** Abordamos, nestes momentos, estratégias, condições e o empenho sobre o que poderíamos fazer para melhorar cada item mencionado, captando ideias, sugerindo formas de otimização do tempo e serviço, entre outras ferramentas, como a capacitação através de pequenas atividades educativas. Também solicitamos visitas técnicas por parte da gestão municipal, para implicação no processo. **Considerações finais:** A partir destes pontos, conseguimos obter uma melhoria, na sua maioria ainda que discreta, porém muito valiosa, em vários aspectos relacionados a atenção primária à saúde. Assim, seguimos em busca de uma atenção de forma mais integral, afim de elevar cada vez mais a qualidade do serviço prestado em nosso território.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	09
CAPÍTULO 2	12
CAPÍTULO 3	16
CAPÍTULO 4	19
CAPÍTULO 5	23
CAPÍTULO 6	26
CAPÍTULO 7	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	36
ANEXOS	39

APRESENTAÇÃO

Este trabalho desenvolve relatos e reflexões sobre minha atuação no Programa Mais Médicos, na Unidade Básica de Saúde denominada “Usina Santana”, localizada no município de Japoatã, no Estado de Sergipe.

No primeiro capítulo, durante a observação da unidade de saúde, atualizamos um conjunto de dados, registros e relatos obtidos durante duas reuniões realizadas com todos os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF).

No segundo capítulo, debatemos sobre a importância de se efetivar a proposta do acolhimento nas unidades básicas de saúde como um eixo de organização do processo de trabalho e em especial, do atendimento da demanda espontânea.

No capítulo seguinte, analisamos a atenção e assistência local ao pré-natal e período puerperal, acolhendo de maneira adequada e satisfatória todas as gestantes do território, garantindo-lhes uma gestação saudável, livre de dúvidas e de uma forma mais integral em relação aos seus direitos, para realização de uma atenção pré-natal adequada, otimizada e humanizada.

O quarto capítulo mostra o desafio de organizar a atenção aos usuários em sofrimento e com transtorno mental em uma UBS no contexto rural. As discussões sobre essa problemática abrangeram toda a equipe em busca de minimizar a dificuldade de acesso a serviço especializado por parte de pessoas com necessidades de atenção à saúde mental. Nosso objetivo principal foi a otimização da busca por novos casos além da certeza de cumprimento terapêutico por parte de pacientes já avaliados anteriormente.

A seguir, no quinto capítulo, apresentamos as ações realizadas em relação à saúde da criança, onde a equipe se mostrou bastante satisfeita com as reuniões e temas abordados, aumentando a confiança para informar e esclarecer dúvidas, por exemplo, durante as visitas domiciliares. A micro intervenção também contribuiu para capacitar e elevar o nível e a qualidade nos serviços oferecidos aos usuários, motivando todos os envolvidos.

No sexto capítulo, discutimos sobre as estratégias que poderíamos utilizar para um melhor acompanhamento dos casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como por exemplo, a melhoria dos registros de acompanhamento e as atividades coletivas realizadas na unidade e nos espaços comunitários, bem como a atualização da equipe acerca dos protocolos recomendados.

Montamos, no capítulo sete, um plano de continuidade para que cada atividade realizada possa ter sustentabilidade a médio e longo prazo.

Assim, convidamos você, leitor, a conhecer parte desse processo.

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde: registro para novos casos de pacientes crônicos.

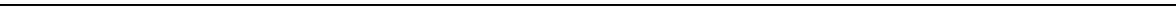
As ações aqui descritas foram desenvolvidas com base em reuniões com toda a Equipe de Saúde da Família (ESF), na Unidade de Saúde denominada “Usina Santana”, localizada no município de Japoatã SE, zona rural à aproximadamente 40 quilômetros da sede municipal. O desenvolvimento deste trabalho se realizou nos dias 22 e 23 de maio de 2018. Por conta da necessidade de realização da abordagem do tema que envolve a dificuldade no registro para doenças crônicas, iniciamos um planejamento com a presença de toda a Equipe desta Unidade de Saúde, onde utilizamos como base, relatos dos Agentes Comunitários de Saúde, além de experiências mencionadas por familiares destes pacientes.

Durante esta atividade, utilizaremos um conjunto de dados, registros e relatos obtidos durante duas reuniões realizadas com todos os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), da Unidade de Saúde “Usina Santana” em conjunto com moradores da mesma região, para a produção de um Relato de Experiência, onde, à parte de todas estas informações, teremos pontos de apoio por parte do curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Estiveram presentes nestas reuniões, Médico, Enfermeira, Técnico em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, estes últimos, responsáveis diretos por informações relacionadas ao tema abordado, evidenciando para os demais componentes presentes, a existência de pessoas portadoras de condições de saúde crônicas, ainda não registrados nesta Unidade, seja por pouco tempo de residência local, por resistência ao atendimento ou até mesmo por viverem em zonas ainda mais remotas que a grande maioria dos demais moradores.

Visando a melhoria e otimização dos registros tanto de agravos, como de novos diagnósticos de pacientes com doenças crônicas além dos fatores de risco, elaboramos um plano composto por reuniões quinzenais com toda a Equipe. Com formatação de lista organizada de acordo ao depoimento de cada Agente Comunitário de Saúde, onde serão realizadas visitas domiciliares para que possamos fazer avaliação e triagem de acordo a cada caso, para pacientes que vivem em partes extremas da zona rural. Uma vez realizadas as visitas e reuniões quinzenais, procedemos a atualizar os registros de pacientes novos e os já adscritos, com os novos parâmetros da avaliação dos profissionais de saúde, em seguida a realização de palestras com ilustrações e componentes audiovisuais, assim como espaço para esclarecimento de quaisquer dúvidas por parte da população local.

Para colaborar com tal objetivo, criamos uma tabela em “Excel” para manter registros e dados mais facilmente acessíveis, além de implementar em cartolina, um novo mapeamento da área, onde basicamente, agregamos as novas áreas de moradia na região, discriminando caso a caso, por cores e legendas explicativas para cada uma. A partir deste plano elaborado, seguimos para colocá-lo em prática, fazendo aos poucos, os ajustes necessários para que se mantenha cada vez mais efetivo.

Inicialmente, os Agentes Comunitários de Saúde apresentaram algumas dificuldades para entender como iríamos proceder na busca e estratégia para conseguir inserir estes pacientes ao nosso meio de maneira efetiva. Porém após uma reunião mais específica, onde Médico e Enfermeiro explicaram e exemplificaram maneiras de se alcançar tais metas, tudo ficou mais claro para todos da Equipe. Quanto às pessoas que compareceram para ouvir e opinar a respeito, percebemos que todos se sentiram mais confortáveis e protegidos por tal preocupação exposta com a saúde de todos neste dia. Em muitos casos, chegaram a se oferecer para ajudar a indicar novos pacientes etc. Para nós, como profissionais inseridos diretamente nesta causa, temos sentido que os esforços aos poucos tem apresentado resultados, uma vez que desde iniciada a estratégia de busca, temos aumentado os registros de casos crônicos e seus agravos em toda a região.



CAPÍTULO II: O acolhimento na UBS Usina Santana no contexto da zona rural de Japoata (SE).

O acolhimento estabelece ligação concreta e de confiança entre o usuário ou potencial usuário e a Equipe de Saúde, sendo indispensável para atender aos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve ser efetuado em todos os âmbitos do atendimento e durante todo o tempo, da recepção ao atendimento propriamente dito dos cidadãos (BRASIL, 2004).

Para que o acolhimento seja executado de maneira satisfatória, uma série ordenada de ações organizadas é essencial, isto vai desde a postura adequada e capacitada de cada membro da Equipe de Saúde, escuta de problemas dos usuários, até o conhecimento integral do serviço local implementado e referenciado para encaminhamentos que se fizerem necessários (BRASIL, 2013).

Em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) Usina Santana, trabalhamos quase que de maneira constante com o acolhimento à demanda espontânea por vários motivos, sendo o principal deles, o fato de estar localizada na zona rural, quase 40 quilômetros da Sede Municipal, e ainda sim, gerar bastante dificuldade de deslocamento para usuários de áreas ainda mais remotas daquela região.

Não fazemos distinção de urgências com os demais casos, esta UBS esteve muito próxima de encerrar suas atividades no ano de 2017 por vários motivos como a falta de profissionais para atuar naquela região. Por conta disso, quando iniciei meu trabalho, em comum acordo com toda a Equipe, nos reunimos e definimos que iríamos acolher a todos de acordo aos nossos critérios que ali seriam pré-estabelecidos, mas também, buscando desburocratizar a vida destas pessoas que vivem continuamente em privação social de direitos básicos como transporte, saneamento entre outros.

Foi esclarecido desde a primeira reunião com toda a Equipe sobre a importância de tratar bem todos os que chegam, procurar distinguir casos que necessitam de atenção prioritária no momento, relatar novos pacientes captados na região para registro imediato e que os únicos limites para esta demanda espontânea são o horário de almoço dos profissionais (1h) e o horário de saída da UBS (17h). Casos em que não conseguimos atender e que não sejam classificados como urgência, remarcamos para 48 a 72h, procurando deixar claro e explicado para o usuário.

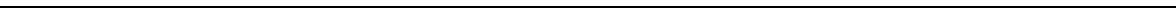
Com base nesta forma de trabalho, temos conseguido, ao longo dos meses, aumentar o número de atendimentos, tendo um avanço de 15 para 25 pacientes diários na média. No entanto, estamos sempre buscando melhorar, fazendo uso de estratégias para novos registros, evitar o abandono terapêutico além de estimular de maneira integral a prevenção de todo o possível, para isto, reuniões e pequenas palestras estão dentro da pauta, porém estas últimas, ainda não realizadas pois conseguir reunir uma boa quantidade de usuários no horário laboral daquela região, é um pouco complicado.

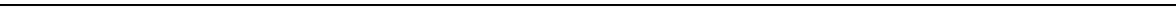
Além disso, estamos tentando implementar o Acesso Avançado (AA) como mencionado no loco regional do início deste ano. Porém, cientes das dificuldades por falta de informatização, ou acesso à rede mundial (Internet). Para manter a evolução neste quesito, usaremos ferramentas, estratégias e seguimentos fornecidos pelo Curso de Especialização em Saúde da Família (Eixo II), Itinerários Formativos na Atenção à Saúde, como:

- Atualização e aperfeiçoamento da Equipe de Saúde;
- Estudo do perfil de demanda espontânea do território;
- Implantação das estratégias definidas;
- Análise dos primeiros resultados;
- Correção e melhoria dos indicadores destacados.

Neste contexto, pontuamos as necessidades para melhoria do acolhimento, que vão desde maior investimento na parte física da Unidade, até uma melhor abordagem e orientação por parte dos profissionais da Equipe de saúde, visando otimizar cada vez mais os casos, de maneira sistematizada e coerente.

Nossas intervenções e acolhimento à demanda espontânea são baseados nos fluxogramas conforme sejam por doenças crônicas ou ciclos de vida, como estabelecido desde o início do trabalho. Com estes critérios e um melhor conhecimento por parte de toda a Equipe com relação ao “Acolhimento Ideal”, temos conseguido melhorar gradativamente nosso número de atendimentos e de novos registros, sem maiores problemas. Temos conseguido obter boa aceitação por parte dos usuários, e continuamos a busca constante por melhorias de maneira geral.





CAPÍTULO III: Pré-natal, puerpério e participação do parceiro

Atualmente, no Brasil, é reconhecida a importância de se ter um acompanhamento abrangente no pré-natal, que inclua não só as questões biológicas, mas, também, outros aspectos relevantes ao desenvolvimento infantil, como a saúde emocional da mãe, o apoio que ela encontra nos familiares, no trabalho, na escola e na comunidade, bem como orientações sobre a importância da construção do vínculo com o bebê e da participação do pai. Assim, deve-se tratar com igual atenção e importância os aspectos relacionados à vida psíquica da gestante, sua família e seu ambiente social direto e indireto. Isto porque o impacto que se tem com essa abordagem ampliada do pré-natal, trabalhando os aspectos físicos, emocionais e sociais da gestante e seu ambiente, potencializa o desenvolvimento infantil em suas múltiplas dimensões: motora, intelectual, de linguagem, social e emocional (BRASIL, 2004).

O principal objetivo da Atenção Básica no que diz respeito ao pré-natal e período puerperal é acolher de maneira adequada e satisfatória todas as gestantes do território, garantindo-lhes uma gestação saudável, livre de dúvidas e integral em todos os seus direitos. Para que se possa realizar uma atenção pré-natal adequada, otimizada e humanizada, é necessário que sejam estabelecidas formas de acolhimento que tornem este processo mais acessível e que de alguma maneira, nós, profissionais de saúde consigamos chamar a atenção não só da gestante, como também do seu parceiro, para tudo o que diz respeito ao período de consultas, imunizações e planejamento familiar (BRASIL, 2013).

Após reunião realizada com todos os membros da Equipe de Saúde, concluímos que o maior problema relacionado a este tema é, sem dúvidas, a falta quase que total, de participação dos parceiros durante do o período gestacional em consultas e avaliações específicas. Baseado em estudos realizados nas mais diversas partes do mundo, se evidenciou que a participação do companheiro durante a gestação, agrega em conhecimento por parte do pai, além de maior segurança por parte da mãe.

Avaliamos que por vários motivos, os parceiros não comparecem, seja por trabalho, seja por achar que não “tem nada a ver” nesta consulta. Após debatermos sobre tal debilidade, chegamos à conclusão que deveríamos implementar uma ferramenta ou estratégia para que este problema fosse resolvido ou amenizado. Decidimos atrair os parceiros através da junção de consultas de pré-natal com outros temas como “hiperdia” e saúde sexual, desta maneira imaginamos que a presença masculina se dará em ao menos uma

consulta pré-natal mensal devido ao fato de os dois temas estarem sendo abordados no mesmo dia, tanto a demanda da esposa, quanto do marido, fazendo uso disto para aproveitar a oportunidade com a presença do mesmo na UBS.

Após implementada a estratégia mencionada, tivemos uma discreta elevação nos indicadores de presença do parceiro nas consultas durante a gestação nos últimos 03 (três) meses, porém, muito distante ainda, do que consideramos ideal ou aceitável. Para seguir tentando melhorar neste aspecto, vamos iniciar a realização de palestras com multimídia voltadas aos casais, além de aproveitar visitas puerperais para orientar também os pais sobre a importância de sua presença durante todo este período.

Identificado também, dificuldade para atender usuária da Unidade nos primeiros dias de puerpério, explicamos aos membros da equipe, sobre a importância de boa orientação, avaliação de condições de moradia, de maternidade, testes de triagem neonatal, situação psicossocial da família e sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 06 (seis) meses de vida.

Nesta reunião, os Agentes de Saúde se mostraram, na sua totalidade, inseguros e repletos de dúvidas sobre que orientações e procedimentos devem ser dados aos pais, assim como que dados devem ser trazidos destas visitas, como “feedback” para a UBS. Nos pediram que de alguma maneira, possamos atualizá-los com relação a este tema.

Foi percebida também, deficiência com relação à oferta de métodos anticoncepcionais. Hoje, na Unidade, disponibilizamos pílulas e injetáveis. Existe pouco conhecimento sobre a importância do seu uso, por parte da população. Por isto, ficou determinado que serão ofertadas ações educativas voltadas para este tema, que se darão de maneira frequente, inicialmente planejadas a cada 45 dias. Nestas ações também serão abordados todos os principais assuntos relacionados à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) como Sífilis e HIV, prevenção e consequente tratamento, além da oferta e importância da realização dos testes rápidos, disponíveis atualmente, na nossa Unidade.

Para cumprir os protocolos existentes sobre este processo de desenvolvimento na vida familiar, deve existir o acompanhamento contínuo da população pela Equipe de Saúde de sua localidade, para o qual em nossa Unidade decidimos realizar uma reunião com todos os membros para avaliar o cumprimento de cada um dos fatores que levam ao ótimo desenvolvimento deste Processo.

Com base nisto, organizamos em nosso cronograma, a realização de atividades em saúde permanente para todos os profissionais de saúde do território, voltadas para a orientação e atualização destes profissionais, visando otimizar as orientações e visitas domiciliares tanto no pré quanto no pós-parto.

Melhorar a divulgação em Murais Informativos das ações educativas desenvolvidas na Unidade, bem como as atividades programadas, de maneira clara e com boa antecedência, para uma maior cobertura e conhecimento por parte dos pacientes.

Além disto, decidimos, de maneira coletiva, complementar os cuidados com formação de um grupo de gestantes, todos os meses em sua última semana, com datas divulgadas previamente na Unidade com visualização acessível a todos. Nestas reuniões, abordaremos temas e orientações específicas voltadas para uma gestação saudável e isenta de surpresas ou sustos, tais como:

- Modificações fisiológicas durante da gestação;
- Importância da participação do parceiro;
- Sinais e sintomas durante a gestação;
- Hábitos saudáveis em alimentação;
- Planejamento familiar;
- Estímulo ao parto normal.

Ao final das reuniões voltadas ao tema em debate, foi importante perceber que todos os membros da Equipe se sentiram mais seguros e preparados para abordar e orientar as gestantes e seus parceiros, também nos serviu como fator motivacional para a busca e elevação dos indicadores de participação dos parceiros.

A implementação de atividades em saúde permanente foi motivo de vários elogios por parte de Agentes Comunitários de Saúde principalmente, que revelaram estar desatualizados sobre este assunto. Com isto, esperamos otimizar cada vez mais o pré-natal, melhorar as consultas de puericultura em seus primeiros dias, e que os pais possam somar e contribuir cada vez mais para o desenvolvimento de sua esposa e filho, que o aleitamento exclusivo seja realmente realizado e que todas as dúvidas relacionadas ao planejamento familiar sejam esclarecidas de maneira simplificada, por fácil acessibilidade aos membros da Equipe de Saúde da Família, que estarão por sua vez, cada vez mais preparados para atender a estes usuários.





CAPÍTULO IV: A saúde mental desde a zona rural

Ao longo da vida, todos nós podemos ser afetados por problemas de saúde mental, de maior ou menor gravidade. Algumas fases, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades, tais como a perda de familiar próximo, o divórcio, o desemprego, a reforma e a pobreza podem ser causa de perturbações da saúde mental. Fatores genéticos, infecciosos ou traumáticos podem também estar na origem de doenças mentais graves (BRASIL, 2013).

Por tais motivos, pode-se pensar na necessidade da parceria entre a saúde mental e a atenção básica para a ampliação do arsenal terapêutico, e também para evitar o distanciamento entre a comunidade e determinados fenômenos nascidos no interior desta, como a loucura. Essa articulação é vista como um dos eixos estratégicos para repensar o atendimento em saúde na comunidade, tendo em vista que as dimensões sociais e culturais influenciam e são influenciadas pelos determinantes fisiológicos e psicológicos do adoecimento (ANTONACCI; PINHO, 2011)

Com base na detecção dos números elevados de casos neste âmbito que, na década de 80, se implementou a atual política de saúde mental brasileira, através dos esforços de famílias, profissionais de saúde que buscavam de maneira integral, mudar esta realidade.

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Em nossa Unidade Básica de Saúde, contamos com os seguimentos da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), implementados no final do ano passado (2017) e que contam com serviços especializados nas áreas de psiquiatria e psicologia. Tais serviços nos proporcionam o suporte necessário para que, em conjunto com o trabalho da nossa Equipe a nível de Atenção Primária, possamos ofertar os melhores planos terapêuticos e condutas possíveis para cada caso, de maneira individualizada.

Porém, encontramos vários problemas ainda, como a elevada demanda e consequente demora para que alguns pacientes consigam atendimento destes profissionais, o que acarreta na falta de contra referências, fazendo com que, em muitos casos, estejamos diante de um paciente que solicita uma renovação de receita de uso controlado, porém de acordo aos registros, não foi consultado como solicitado pelo médico da Unidade, por um profissional do NASF a mais de 5 ou 6 meses.

Tal situação, somada à distância desde o povoado onde atuamos, até a sede municipal, configuram outro grande problema para estes usuários da nossa Unidade, pois, em sua grande maioria, não possuem transporte próprio e dependem de favores de vizinhos ou do veículo de uso escolar, para que seja feito tal deslocamento. Tudo isto para que seja realizado apenas o agendamento da consulta, pois, no dia do atendimento, toda essa dificuldade logística se repetirá.

Justamente por observar tais problemáticas, estivemos reunidos com toda a Equipe de Saúde da nossa Unidade Básica, onde o tema abordado foi justamente este, a dificuldade de acesso a serviço especializado por parte de pessoas com necessidades de atenção à saúde mental. Nosso objetivo principal foi a otimização da busca por novos casos além da certeza de cumprimento terapêutico por parte de pacientes já avaliados anteriormente.

Da minha parte, como médico, tenho buscado ler, estudar e ter um entendimento cada dia maior de todas as principais doenças e síndromes voltados para a saúde mental, com objetivo de, por conta de tais dificuldades de deslocamento, reduzir o quanto possível, os encaminhamentos aos serviços especializados da Sede municipal, mantendo total responsabilidade, e consciente de que existem várias situações em que tal conduta é inevitável.

Algumas medidas e ações, debatidas na nossa reunião com a Equipe de Saúde, podem ajudar e otimizar os cuidados como: Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; Reconhecer os modelos de entendimento do usuário; Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; Exercer boa comunicação.

Por tudo isto, acreditamos que sejam necessárias ações também por parte do Município através da secretaria de saúde para uma maior inclusão destes pacientes que vivem distanciados da sede municipal, e consequentemente dos benefícios que ela pode oferecer.

Também temos feito uso de conversa com familiares, explicando tudo que pode e deve ser feito por eles e por nós, dentro da APS, para que cada caso, a sua maneira, seja mantido dentro do que planejamos inicialmente, atualizados e controlados por todos nós da Unidade. Segue abaixo, um modelo de instrumento para um melhor acompanhamento em saúde mental (ver apêndice 3).

Selecionamos, para discussão, o caso de uma usuária de 48 anos de idade, hipertensa, em uso de losartana 50 mg, 01 comprimido às 08h da manhã, diagnosticada há aproximadamente 11 anos, e que se mantém controlada nos últimos anos devido a alimentação predominantemente hipossódica e caminhadas regulares, mãe de 02 filhos que vivem no Sudeste do país, 20 e 18 anos, ambos do sexo masculino. Atualmente pesando 65kg com 1,64 de altura.

A paciente compareceu a unidade para uma consulta no mês de maio – 2018 onde a queixa de pré-consulta havia sido dores de cabeça e ouvido, porém, quando chamada por mim, após um cumprimento inicial, lhe perguntei o que estava acontecendo e como poderia ajudar. Imediatamente a paciente começou a chorar, dizendo que na verdade o grande problema é que seu marido havia saído de casa faziam 21 dias e que desde então se encontra muito sensível, chorando por qualquer motivo, sem vontade de fazer nada, sem ânimo, e que a única coisa que a deixava mais calma era comer, por vezes mais de 8 vezes ao dia.

Após o relato inicial da paciente, realizei uma anamnese completa e o exame físico onde todos os parâmetros estiveram preservados. Conversamos, onde a mesma pediu uma medicação para que pudesse dormir e sentir-se melhor. Diante disto, tratei de explicar-lhe sobre a importância de se evitar o uso de medicações de uso controlado desnecessário, a dependência e efeitos colaterais que poderiam produzir. Depois de aproximadamente 18 minutos de consulta, conversa, orientações, a paciente se encontrava muito mais tranquila, lhe orientei a fazer uso de chás durante a noite, ao invés do café, procurar respirar fundo e lutar em busca de uma vida mais saudável.

Diante disso e em comum acordo, encaminhei a usuária da Unidade aos serviços de psicologia e terapia ocupacional oferecidos pelo NASF do município. No último dia 10, como combinado, recebi a paciente para o retorno, onde a mesma já se encontrava muito melhor, sorridente, relatando dormir bem e sem fazer uso de nenhuma medicação, referiu estar cuidando de uma horta no quintal de sua casa e um jardim na parte anterior. Foi uma experiência simples, mas que mostrou que nem sempre devemos abordar todos os casos pensando no uso de medicações logo de entrada. Ficamos felizes por ver a evolução extremamente favorável desta paciente.





CAPÍTULO V: O desafio do aleitamento materno adequado, na comunidade rural

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012).

Utilizando como referência as recomendações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), nossa equipe tem realizado ações em busca ativa por pacientes com situação vacinal inadequada, prematuros, baixo peso ao nascer, pacientes em situação crítica de moradia, Atualização de cadastro, registros, realizado constantemente, tanto na Unidade de Saúde como em domicílio.

Em busca de otimizar este trabalho, decidimos nos reunir em duas oportunidades no último mês em busca de capacitar e ampliar a qualidade na captação de dados, registros e casos voltados para os recém-nascidos, crianças até os 02 (dois) anos de idade e seus pais. Várias dúvidas dos agentes comunitários de saúde, principalmente, foram esclarecidas pelo médico e enfermeiro nesta oportunidade. Diante disto, notamos que um ponto que se destacou de maneira extremamente relevante nesta reunião, foi o que envolve tudo sobre o aleitamento materno.

Os Agentes de Saúde, em seus depoimentos, declararam que boa parte das mães não estariam realizando o adequado aleitamento, por falta de exclusividade ou desconhecimento da forma e técnica indicados para a realização correta de tal ação. Diante de tais informações, ampliamos de forma significativa a pauta neste dia, tratando de esclarecer dúvidas sobre posição, pega, importância de revezamento entre as mamas, além de capacitar, também, estes profissionais em relação ao aleitamento exclusivo até os 06 (seis) meses de vida, sem a necessidade de qualquer outro alimento, ou até mesmo água.

Várias situações foram expostas como um caso em que a genitora havia dado leite em pó junto com farinha de milho para uma criança de 04 meses de vida, dois dias depois procurou a Agente Comunitária de sua área para solicitar uma visita médica pois a criança não estaria com adequado funcionamento intestinal, entre outros casos.

Voltados para o serviço interno na Unidade de Saúde, procuramos ajustar meios e implementar estratégias na busca constante por manter dados relacionados ao estado nutricional, calendário vacinal, suplementação profilática e intercorrências, todas atualizações, estando atentos a qualquer novo caso que possa fugir a esta forma de trabalho. Também foi discutido e mantido como foco prioritário tudo o que se relaciona com a realização dos testes de triagem neonatal. Não registramos casos de violência sexual ou familiar até o momento no nosso território.

Seguimos o trabalho, agendando e programando ações voltadas para a importância do aleitamento materno exclusivo, como palestras e exposição de multimídia, ilustrando de maneira simples para a população. Mas temos ainda, como principais obstáculos em nossa área de atuação, que é localizada na zona rural do município de Japoatã-SE, fatores culturais, sociais, ambientais, econômicos entre outros. Existe ainda, por parte desta população, a persistência de mitos e crenças, como: “leite fraco”, “o bebê precisa beber água” ou “somente este meu leite não vai matar a fome”.

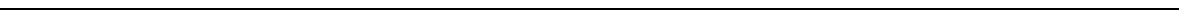
Voltados para tal problemática, concluímos que o esclarecimento de dúvidas e orientação dos pais sobre tal tema, deveria se dar de maneira constante ao longo dos primeiros seis meses de vida da criança, mediante visitas frequentes por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, previamente capacitados para esclarecer as principais dúvidas, além de visitas periódicas por parte do Enfermeiro (a) e Médico (a) da Unidade Básica de Saúde responsável.

Procuramos também esclarecer e incluir nas pautas seguintes, tudo o que se relaciona com a alimentação após os primeiros seis meses de vida, a importância de introduzi-la gradativamente, em forma de papas, a base de frutas ou verduras, mantendo o foco no tópico de alimentação saudável para o adequado desenvolvimento físico e psicomotor.

Outra ferramenta que utilizamos para atingir o grau máximo de efetividade é a orientação, não somente coletiva, em palestras na Unidade Básica, ou domiciliar, como também durante consultas com puérperas, independente do motivo. Aproveitamos esta oportunidade e ao final da avaliação inicial, buscamos destacar a importância e estimular o aleitamento materno exclusivo, e nos casos dos maiores de 06 (seis) meses, a implementação adequada dos alimentos de acordo a faixa etária da criança. Tais medidas, além de ajudar na melhoria de tudo o que se relaciona a esta temática como um todo, nos serve ainda, como profissionais de saúde, para avaliar o grau de conhecimento que nossos usuários (pais) possuem no que diz respeito a esta fase tão importante na vida destas pessoas.

A equipe, se mostrou bastante satisfeita com as reuniões e temas abordados, também serviu para senti-los mais confiantes para informar e esclarecer dúvidas durante suas visitas. Também nos serviu, de forma geral, para capacitar e elevar o nível e qualidade nos serviços oferecidos aos usuários por toda nossa equipe, servindo assim, como motivação, para seguirmos mantendo o mesmo foco e a estratégia de informações constantes no que se relaciona com a Atenção Básica à Saúde.

Seguimos buscando melhorias e capacitações e, conseqüentemente, otimizando mais e mais a qualidade no nosso atendimento, mesmo diante da falta de estrutura e condições adequadas presentes na zona rural e em todo nosso território de atuação.



CAPÍTULO VI: Controle de doenças crônicas e busca ativa de novos registros

As DCNT são multifatoriais, ou seja, determinadas por diversos fatores, sejam eles sociais ou individuais. Elas se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (BRASIL, 2015).



No âmbito do Ministério da Saúde, a vigilância epidemiológica de DCNT, é responsabilidade da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (BRASIL, 2013).

Ao longo da elaboração deste relato, vários pontos foram analisados, levando-se em conta a dimensão e relevância deste tema dentro da nossa Unidade Básica de Saúde, diariamente.

Doenças crônicas não transmissíveis são, sem sombra de dúvidas, as condições mais prevalentes em nosso meio. Quando iniciei meu período de trabalho diante de toda a Equipe, não demorou muito para que pudesse perceber os altos índices de pacientes portadores de condições como estas. Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e aumento de risco cardiovascular, em conjunto, representam uma parcela sólida, permanente e muito presente no nosso dia a dia profissional.

Baseados nesta alta prevalência, decidimos realizar algumas pequenas reuniões ao longo dos primeiros meses de trabalho, desde o meu ingresso nesta Equipe de Saúde, buscando melhoria e otimização em vários pontos relacionados a esta temática.

Foi iniciada uma discussão sobre que estratégias poderíamos utilizar para um melhor acompanhamento dos casos de pacientes devidamente registrados na Unidade, como também para a realização e rastreamento de novos casos, ainda não protocolados em nosso ponto de trabalho.

Um dos componentes da Equipe, nossa Enfermeira, sugeriu que o “hiperdia”, presente no calendário até a saída do último médico, oito meses atrás, fosse outra vez instituído e adicionado ao nosso calendário mensal. O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

Devidamente implementado ao nosso calendário mensal, o hiperdia, que se realiza 03 (três) dias por mês, nos ajudou a melhorar e controlar a maior parte dos casos, ficando sempre em pendência os casos de pacientes que não cumprem a terapêutica e orientações, repetidamente passadas. Porém, ainda nos ficou evidente a necessidade de realizar outras ações para resultados ainda melhores, pois a quantidade de portadores de condições crônicas registrados se mostrou bem elevada, sem contar os casos desconhecidos.

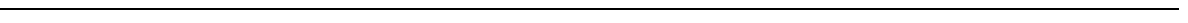
Por conta disto, foi decidido que algumas outras estratégias seriam colocadas em prática a partir do mês seguinte (dezembro de 2017). Onde iniciamos a busca ativa de casos, através da ajuda dos nossos Agentes Comunitários de Saúde, visitas domiciliares, e aproveitamento de consultas por quaisquer outros motivos para rastrear, principalmente paciente que apresentam fatores de risco, tais como obesidade, alcoolismo, tabagismo, histórico familiar de DM ou HAS.

Também ficou decidido algum tempo depois, que seriam realizadas ações para grupos de portadores, como não portadores, como utilização de multimídia, fotos, orientações, abrindo espaço para tirar dúvidas etc. Realizada em apenas duas (02) oportunidades, de abril de 2018 até aqui, por dificuldade com multimídia, e muitas vezes até com energia elétrica devido a localização da Unidade, em uma zona rural extrema.

Outro componente fundamental nesta luta diária, foi a implementação no mês de junho de 2018, em nosso Município, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que através de vários profissionais, destacando-se para o apoio aos pacientes crônicos, nutricionista e educador físico, que desde o início de suas atividades, nos aportaram um matriciamento indispensável, representado claramente, pela melhoria da qualidade de vida, e controle de pacientes envolvidos nas condições acima mencionadas.

Seguimos diariamente, através destas estratégias e do contato mais voltado de maneira individual, também, buscando analisar caso a caso para uma melhor resolução, e estratificando registros de quadros similares, com objetivo de ganhar tempo para os nossos pacientes, através da conscientização em grupos devidamente montados, de acordo à semelhança dos casos, como critério.

Os resultados ainda se mostram um pouco distantes do que desejamos por diversos fatores, como condições econômicas, culturais, sensação de abandono por parte destes moradores da zona rural com relação ao município, além da baixa infraestrutura que nos é oferecida, porém, as ações também mostram resultados satisfatórios, em várias das suas esferas, muito por conta de todo o esforço de cada membro da Equipe de Saúde presente neste local.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Registro para novos casos de pacientes crônicos	Em busca da atualização e captação de mais pacientes portadores de doenças crônicas na nossa área de atuação, realizamos reuniões com toda a Equipe de maneira periódica, onde a abordagem principal destes encontros foi a importância de se descobrir novos casos. Para isto, procuramos destacar a importância da atuação dos Agentes Comunitários nesta busca, Juntamente a isto, realizamos avaliações específicas, periódicas com participação aberta da comunidade.	Conseguimos aumentar em 15-20% o número de novos registros. Seguimos a busca cada vez mais específica, realizando ações direcionadas. O deslocamento dentro da nossa área, por parte dos usuários, segue sendo um problema. Avaliamos que conseguimos com tais ações, um maior controle e conscientização no que diz respeito a este tema, em nossa área de atuação.	Seguir o planejamento estratégico, otimizando o trabalho da nossa Equipe, cada vez mais, em busca de alavancar de forma gradativa e satisfatória, os índices de controle aos casos crônicos em toda nossa região, seja através da busca ativa, realização de ações educacionais de conscientização, até um acolhimento adequado, para que assim este usuário, não somente sinta-se à vontade para seguir sua terapêutica, como de forma indireta, nos ajudar, através da orientação sobre a importância do tema, seja para vizinhos, familiares ou amigos.

<p>O acolhimento na UBS Usina Santana no contexto da zona rural de Japoatã (SE).</p>	<p>Iniciamos este processo através do esclarecimento para todos os membros de nossa equipe, sobre a importância de um acolhimento adequado, respeitando as condições individuais de cada paciente, sem distinção de casos, mantendo as portas abertas para o atendimento ou esclarecimento de quaisquer dúvidas por parte dos usuários.</p>	<p>Conseguimos a partir destas iniciativas, uma maior adesão por parte dos pacientes, incluindo usuários de maior resistência em nossa Unidade.</p>	<p>Buscar de forma contínua, atualizações, ideias, sugestões retiradas de reuniões com toda a equipe, para a melhoria e otimização de tudo o que envolve um acolhimento adequado; Seguir fazendo com que nossos pacientes se sintam abraçados e seguros de que ali estamos para proporcionar-lhes o melhor para sua saúde.</p>
<p>Pré-natal, puerpério e participação do parceiro.</p>	<p>Após constatados os baixos números de parceiros que frequentam consultas de pré-natal, iniciamos um plano estratégico para a melhorias destes índices. Resolvemos através de ações educativas e atuação intensa por parte de</p>	<p>Com a realização de reuniões educativas e aproveitamento durante consultas dos parceiros, conseguimos destacar a importância desta participação, com uma melhoria de</p>	<p>Manter de forma fixa em nosso cronograma de trabalho, reuniões educativas, palestras, além de uma adequada preparação por parte de todos os membros desta equipe, com o objetivo de poder incentivar a participação dos parceiros durante o pré-natal, puerpério.</p>

	<p>nossos ACS, além da utilização de consultas de outras ações como “hiperdia” e “saúde sexual masculina” para conscientizar e esclarecer o papel de grande importância que estas pessoas podem ter durante os períodos pré e pós parto.</p>	<p>aproximadamente 35% na participação dos parceiros no pré-natal e melhor compreensão sobre o puerpério.</p>	
<p>Saúde mental desde a zona rural.</p>	<p>Devido à grande quantidade de usuários de medicações controladas em nosso território, resolvemos analisar cada caso de forma a se saber se tais pacientes realmente necessitariam tal conduta, ou se poderíamos alterá-la, utilizamos como critérios, a avaliação clínica durante as consultas programadas, e nos</p>	<p>Conseguimos após esse processo de triagem específico, diminuir ainda que de forma discreta, a quantidade de medicamentos considerados já não necessários por parte de alguns de nossos pacientes. Algo em torno de 15%.</p>	<p>Mantemos em nossa Unidade de Saúde, a busca e análise detalhada de todos os casos, sempre com o suporte essencial dos profissionais do NASF. Tendo como objetivo principal, manter com tratamento e acompanhamento todos os que necessitam, e, diminuir o máximo possível dentro dos critérios profissionais avaliativos, o uso indiscriminado ou desnecessário de medicações de uso controlado.</p>

	<p>casos mais complexos, solicitamos os serviços de psiquiatria e psicologia através do NASF do nosso município.</p>		
<p>O desafio do adequado aleitamento materno na comunidade rural.</p>	<p>Foram realizadas, ao longo dos últimos meses, reuniões com nossa equipe para capacitar e orientar sobre a importância da abordagem do tema durante visitas domiciliares, etc. Também realizamos ações educativas de forma coletiva e individual, durante as consultas de puericultura, estimulando a presença dos parceiros.</p>	<p>Até o presente momento, temos conseguido perceber em nosso território de atuação, o entendimento sobre a importância de um adequado aleitamento materno, tanto do ponto de vista materno, quanto paterno.</p>	<p>Incentivar a participação dos parceiros durante as consultas de puericultura, fazendo com que estes, se tornem mais um componente desta equipe, que tem como principal objetivo, estimular um adequado aleitamento materno e, manter de forma clara e objetiva para os pais, tudo o que se relaciona a este tema, desde a forma correta de pega do bebê, até idade em que se poderá introduzir novos alimentos etc.</p>
<p>Controle de doenças crônicas e busca ativa de novos registros.</p>	<p>Baseado em reuniões realizadas com toda a equipe, decidimos por introduzir de forma mais frequente,</p>	<p>Conseguimos, através de tais ações, um melhor controle dos casos de DCNT</p>	<p>Manter de forma fixa o “hiperdia” em nosso cronograma mensal, assim como seguir realizando ações educativas e capacitação de toda nossa equipe</p>

	<p>o “hiperdia” em nosso cronograma, sendo realizado seis vezes por mês. Este novo planejamento nos ajudou a iniciar de forma mais organizada e precisa, o acompanhamento dos antigos, atuais e novos casos de DCNT em nosso território.</p> <p>Aumentamos também as ações de educação em saúde, assim como a utilização do suporte do NASF do nosso município através do nosso Educador Físico e nossa Nutricionista.</p>	<p>em nosso território.</p> <p>Avaliamos que ainda podemos alavancar ainda mais os números de casos controlados nos próximos meses através da manutenção e intensificação de todas as ações anteriormente planejadas.</p>	<p>para o que diz respeito a orientações para um melhor estilo de vida destes pacientes.</p> <p>Seguir com o suporte do NASF, com Educação Física e Nutricionista sempre que necessário. Fazer, também com que as listas de medicamentos para estes pacientes, estejam sempre atualizadas, para o envio a gestão municipal, assim como o estoque de nossa farmácia.</p>
--	--	---	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos então, essa coletânea de relatos de experiências, construídos a partir de cada micro intervenção realizada na zona rural de Japoatã, no Estado de Sergipe.

Assim, relatamos o planejamento e a execução das diversas atividades propostas nos módulos do curso de especialização do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS).

Foram incorporadas à equipe as diversas reuniões sistemáticas de avaliação do processo de trabalho, bem como vários momentos de leitura e discussão de situações percebidas e de protocolos assistenciais.

As rodas conversações realizadas despertaram os aspectos reflexivos para a problematização e busca de soluções através do planejamento coletivo de intervenções.

A partir destes pontos, conseguimos obter uma melhoria, na sua maioria ainda que discreta, porém muito valiosa, em vários aspectos relacionados a atenção primária à saúde.

Desta forma, seguimos em busca de uma atenção de forma mais integral, afim de elevar cada vez mais a qualidade do serviço prestado em nosso território.

REFERÊNCIAS

ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. Saúde Mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.1, p.136-142, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 180p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56p. (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**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n° 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

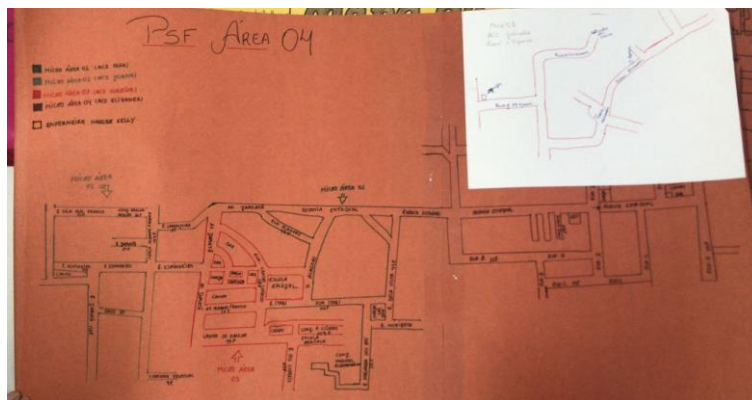
APÊNDICES

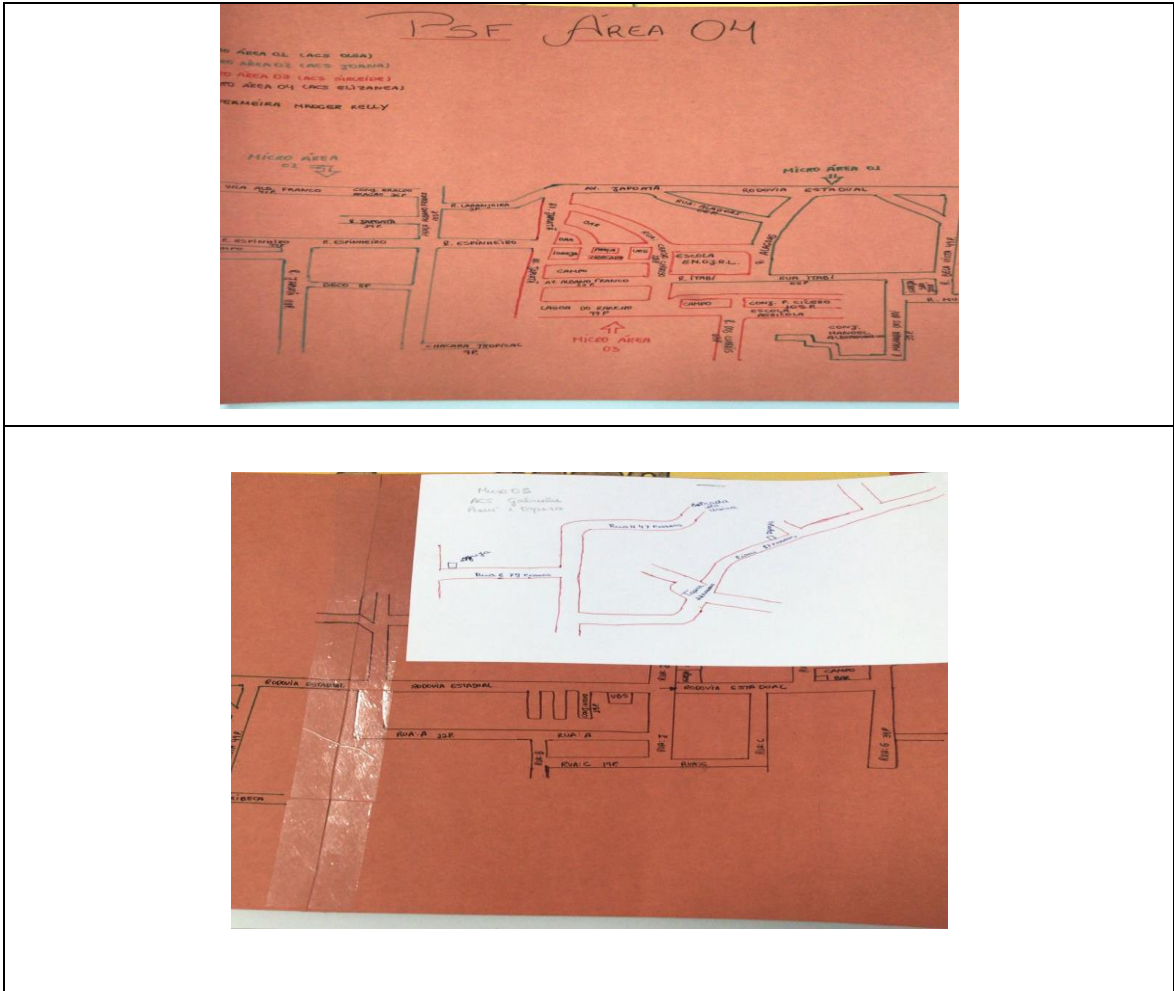
Apêndice 1: Matriz de intervenção do relato I, 2018.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO						
Descrição do padrão: 4.28. A Equipe de Atenção Básica identifica e mantém atualizados os registros de pacientes com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes em seu território, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Insuficiência da atualização dos registros para agravos crônicos.						
Objetivo/meta: Melhoria dos registros de identificação dos pacientes com agravos crônicos.						
Estratégias para alcançar os objetivos /metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
<p>1 - Atualização periódica dos registros dos pacientes com agravos crônicos na área.</p> <p>2 - Capacitação permanente para profissionais da Equipe.</p>	<p>Busca ativa de pacientes visando melhoria do acesso e demais necessidades.</p> <p>Organizar através de cronograma, datas e horários para o debate e apresentação de novos casos a serem registrados e acompanhados.</p> <p>2 – Debates e palestras com material de multimídia para facilitar capacitação de toda equipe na busca por estes novos registros.</p>	<p>Agenda, cronograma com cópias para todos os membros da equipe, equipamentos de multimídia como projetor, computador portátil e espaço físico adequado para as reuniões.</p>	<p>Maior captação, cobertura e cuidados terapêuticos para novos registros de casos crônicos no território, visando acompanhar todos os pacientes ou o máximo possível.</p> <p>Conhecimento mais amplo por parte de toda equipe de como descobrir, abordar e contribuir para o registro e seguimento destes pacientes.</p>	<p>Méd. Wandeir Lima Enf. Aline Tâmisia, Téc. Enf. Eleônia Silva ACS Maísa Silva, ACS Elenilda ACS Eleildes.</p>	<p>A cada 15 dias, a partir de 10-07-2018</p> <p>A atualização dos registros se dará junto com as reuniões, inicialmente a cada 15 dias.</p>	<p>1-e-SUS: para atualização dos registros;</p> <p>2- Para a capacitação: registro em livro ata com lista de presença</p>

Apêndice 2: Ficha de registro para pacientes crônicos e Mapas, relato I, 2018.

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	
CARTÃO SUS:	
ENDEREÇO:	
TEMPO DE RESIDÊNCIA:	
RESIDÊNCIA ANTERIOR:	
MEDICAMENTOS USADOS:	
PESO:	
OBSERVAÇÕES:	





Apêndice 3: Ficha de registro em Saúde Mental, 2018.

Nome	
Endereço	
SUS	
Idade - Sexo	
ACS	
Acompanhamento	()NASF ()SOMENTE UBS ()OUTRO
CID-10 - CIAP	
Medicamentos em uso	<p>Nome:</p> <p>Dose:</p> <p>Nome:</p> <p>Dose:</p> <p>Nome:</p> <p>Dose:</p> <p>Observações:</p>

Apêndice 4: Questionário da intervenção VI, 2018.

QUESTIONÁRIO PARA MICROINTERVENÇÃO	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?	21 Dias		21 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

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

