



**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**

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

Título:

Análises das linhas de cuidado na atenção básica, à saúde da família e a comunidade, no município Nossa Senhora das Dores, Aracaju – SE.

Especializando: Dr. Yordanis Carbo Salazar

Especialidade: Clínico Geral

Orientador(a): Maria Elena Pires Araújo Barbosa

**Nossa Senhora das Dores
Aracaju-SE
2018**

**NATAL/RN
2018**



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

NATAL/RN
2018

TESTE PEPSUS

Análises das linhas de cuidado na atenção básica, à saúde da família e a comunidade, no município Nossa Senhora das Dores, Aracaju – SE.

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 (a): Maria Elena Pires **Araújo Barbosa**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com muito amor aos meus pacientes, trabalho que foi feito sobre a base de resolver e aplicar as linhas de cuidado a saúde da família e a comunidade, mas sobre todo com amor, humildade, simplicidade, porque a vida de cada um deles merece ser valorizada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo conhecimento e a sabedoria que colocou em mim, agradeço a minha família pelo apoio nas longas noites de estudos, agradeço a minha esposa pela paciência e por suas orações cada dia, ela é umas das protagonistas deste trabalho, e quero agradecer grandemente a minha orientadora Maria Elena Pires Araújo Barbosa pela dedicação, pelo tempo que dedicou a orientar-me e assessorar-me neste trabalho que também tem muito dela, obrigado a todos , Graça e paz seja com todos da parte do Senhor Jesus Cristo. Amem.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Adelis dos Santos, localizada em Nossa Senhora das Dores/Aracaju - SE, é uma das 10 unidades do município funcionando sob a lógica Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, ainda não se observa, nessa UBS, a implantação plena das linhas de cuidado à família e a comunidade, ações de promoção em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, conforme priorizado pela Política Nacional de Atenção Básica, componente do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho, tem-se a dificuldade de organização da implementação das linhas de cuidado aos usuários de substâncias psicotrópicas, e existia uma dificuldade no controle do risco pre-concepcional. Esse trabalho objetiva propor planos de ação para a organização e a implementação das linhas de cuidados na UBS Maria Adelis. Após descrever a realidade desta unidade, segue-se uma pesquisa bibliográfica e a elaboração de matrizes de intervenções. A aplicação sistemática das linhas de cuidado na UBS de forma integrada, com a equipe pactuando suas responsabilidades com a população adstrita e com os diferentes níveis de atenção possibilita a capacidade resolutiva e a garantia de continuidade da atenção à família e a comunidade.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde. Programa Saúde da Família. Linhas de cuidado.

SUMÁRIO

Apresentação:.....

Relatos de Experiências:.....

Capítulo 1: Observação na Unidade de Saúde

1.1 – Uso de psicotrópicos, dos pacientes da UBS # 8, Maria Adelis Dos Santos, do município Nossa Senhora das Dores.

Capítulo 2: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

2.1 -Estudo do perfil da demanda espontânea e programada da UBS # 8 , Nossa Senhora das Dores.

Capítulo 3: Planejamento reprodutivo, Pré-natal e Puerpério

3.1 Caracterização da atenção integral à mulher durante o período reprodutivo na UBS # 8. Nossa Senhora das Dores.

Capítulo 4: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

4,1 - Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica. Relato de experiência na UBS # 8, Nossa Senhora das Dores.

Capítulo 5: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

5,1 - Caracterização da linha de cuidado da criança na UBS 8, Maria Adelis dos Santos. Crescimento e Desenvolvimento.

Capítulo 6: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

6.1 Caracterização da linha de cuidado dos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis. UBS Maria Adeli dos Santos.

Capítulo 7: Monitoramento e avaliação.



Considerações gerais:.....

Referência Bibliográfica:.....

Apêndice:.....

Anexos:.....



APRESENTAÇÃO

O presente trabalho trata sobre uma análise das linhas de cuidado na atenção básica, à família e a comunidade, no município Nossa Senhora das Dores, Aracaju – SE. O trabalho foi desenvolvido através de uma coletânea de seis relatos de experiência, construídos a partir de microintervenções realizadas no território de atuação.

O presente estudo foi realizado no estado de Sergipe, no município Nossa Senhora das Dores, na UBS número 8; Maria Adelis dos Santos. O município de Nossa Senhora das Dores fica a 72 km de Aracaju, capital do Estado de Sergipe, localizada no Médio Sertão do estado numa faixa de transição entre o litoral e o sertão. Com cerca de 26 mil habitantes, é a principal cidade da Região do Médio Sertão Sergipano, sendo também destaque na mesorregião e microrregião do Estado. Pelas características do município, existem áreas de difícil acesso, aonde era difícil estabelecer as linhas de cuidado preconizadas pelo Ministério de Saúde, graças ao desenvolvimento e a implementação destas microintervenções conseguimos dar assistência e implementar as linhas de cuidado preconizadas na atenção básica. Cheguei no município em dezembro 2016, como parte da estratégia Programa Mais Médicos para o Brasil, sou especialista em Medicina Geral Integral (Clínico Geral especialista em atenção primária), muito motivado para exercer no município, devido que conhecia que a população era muito carente, e não tinham médicos há um tempo.

A APS é a porta de entrada ao sistema de saúde, e está sustentada na base da prevenção. Os objetivos das microintervenções desenvolvidas na área junto a minha equipe, são conseguir chegar mais perto da população e conseguir aplicar as linhas de cuidado preconizadas para a atenção básica.

Espero que este trabalho sirva de base para posteriores investigações no campo da atenção básica. E exorto a todos aqueles interessados a ler este presente que tenho certeza dará uma visão da atenção básica no sertão brasileiro.]

CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde.

1.1 – Uso de psicotrópicos, dos pacientes da UBS # 8, Maria Adelis Dos Santos, do município Nossa Senhora das Dores.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS) como uma ferramenta de reorganização da atenção básica e possibilidade de reorientação do sistema de saúde, incorporando os princípios da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. As ações abrangem a assistência integral ao indivíduo, e prioritariamente, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças para população adstrita. Dentre estas, a educação em saúde é a de maior destaque pelo seu alcance e pelo custo benefício favorável.

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde à sociedade brasileira e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos diversos contextos existentes no País. (BRASIL, 2017).

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta a terceira versão do documento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), reafirmando seu compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da Atenção Básica em todo o País. O presente instrumento é composto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Saúde Mais Perto de Você, conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) para cuidar da população no ambiente em que vive. (BRASIL, 2017).

A atenção básica e a saúde mental são temas constantes em diversos artigos. No Brasil, ainda são escassos os dados sobre a utilização dos Psicotrópicos na população e na Atenção Básica (ALFENAS, 2015). Estima-se que a prevalência

mundial dos transtornos mentais e de comportamento seja de 12%, sendo a maioria dos casos tratados na Atenção Primária em Saúde. (ROCHA; WERLANG, 2013).

O uso indiscriminado dos psicotrópicos é uma realidade e representa um motivo de preocupação, uma vez que o uso prolongado dessas drogas provoca efeitos colaterais indesejáveis e dependência química.

Devido à alta demanda de usuários em uso de psicotrópicos, e a dificuldade cada vez maior de atendimentos pelos psiquiatras, a Unidade Básica de Saúde (UBS) vem acolhendo os casos de usuários que fazem uso de substâncias Psicotrópicas. Por tais motivos se faz necessário a criação de um grupo terapêutico, com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção (Matriz de intervenção), para conhecer o perfil do uso de psicotrópicos pela comunidade da UBS #8 em Nossa Senhora das Dores, Sergipe – SE.

Tal situação apresentada acima, mais o elevado consumo pela população de psicotrópicos sem indicação clínica foi identificado por meio de uma autoavaliação, feita na equipe com o instrumento avaliativo o AMAQ, o qual é composto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito da saúde, para cuidar da população no ambiente em que vivem. A equipe básica da ESF está composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e a cinco agentes comunitários de saúde (ACS). No formato ampliado, é formada também por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

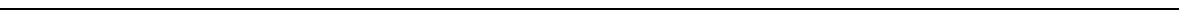
Na reunião feita na equipe, levou-se em consideração, alguns fatores importantes para o enfrentamento da situação problema, como são: a urgência e a capacidade de enfrentamento ao problema. Também foi identificado na equipe os atores envolvidos nesse processo para as possíveis soluções, como a própria equipe de saúde do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Atenção Básica (NASF - AB) e a comunidade.

Foram identificadas potencialidades e fragilidades da equipe para a execução da avaliação. A principal potencialidade foi a infraestrutura da equipe e os equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações, além das potencialidades, teve uma dificuldade relevante, a equipe não tinha desenvolvido grupos terapêuticos na UBS, nem no território.

Foi evidenciada a ausência de registros e controles dos usuários que fazem uso desse tipo de medicação, pelo que foi feita uma matriz de intervenção, com o objetivo, e a meta de incluir no rol de oferta da equipe a criação de um grupo terapêutico para dar solução a este problema. Foram criados planos de ação na medida das prioridades para cumprir essa matriz de intervenção. Nas estratégias traçadas se organizou o grupo de usuários que fazem uso de substâncias psicotrópicas por meio de sua identificação no prontuário na unidade de saúde.

Os indicadores utilizados para monitorar estas ações foram a ficha de atendimento individual, a ficha de uso de psicotrópicos (instrumento criado para fazer o levantamento dos usuários), a ficha de atendimento coletivo, as reuniões da equipe, marcada mensalmente onde será discutido sobre a avaliação do processo da matriz de intervenção. Estes indicadores vão avaliar o número de atendimentos feitos pelos profissionais de saúde, e avaliar o número de serviços ofertados pela equipe, assim como maior controle sobre os usuários destas drogas psicotrópicas.

Na etapa de desenho das operações, na equipe impactou no fato de não conhecer ao certo o perfil dos usuários que fazem uso destas substâncias psicotrópicas. A fim de organizar as ações para o enfrentamento do problema, foi criado um método para a aquisição das informações por meio de uma ficha para realizar o levantamento dos usuários que fazem uso de psicotrópicos (apêndice 1). Esta ficha é preenchida diariamente pelos ACS durante as visitas domiciliares. Esperamos com esta estratégia um melhor acompanhamento desses usuários e o planejamento de intervenções comunitárias, a fim de alcançar o uso racional desses medicamentos, e ganhar na percepção de risco das complicações dos usos e abusos, assim como o consumo indevido dessas substâncias.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

2.1 -Estudo do perfil da demanda espontânea e programada da UBS # 8 , Nossa Senhora das Dores.

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2010).

O acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, tem aspectos centrais como, a sua implementação no cotidiano dos serviços dia a dia, assim como abordagem de situações comuns à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades.

Esperamos que este relato de experiência, contemple gestores e trabalhadores nas suas necessidades específicas e, sobretudo, naquilo que é ou deve ser comum, superando as divisões rígidas entre cuidado e gestão, dado que o cuidado em saúde requer gestão e a gestão em saúde objetiva o cuidado.

A atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanta capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade. A atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de nossa equipe. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada

situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado (BRASIL, 2010).

A nossa equipe está fortemente exposta à dinâmica cotidiana da vida das pessoas no território. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta da equipe aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. A nossa equipe começou a implementar o acolhimento no final do ano 2017, e vimos o acolhimento como uma opção para melhorar o acesso dos usuários à atenção básica.

Este ano foi realizada uma reunião, onde demos ênfase no perfil da demanda espontânea e programada de nossa área, pois no início, o acolhimento gerou diversas opções por parte da população. Houve resistência às mudanças, uma vez que a população não compreendia o fato do indivíduo ser escutado pelos profissionais de saúde, e não ser consultado. As incidências maiores aconteciam com o médico, já que o acolhimento virava consulta.

Nas análises feitas este ano, para melhorar no processo de trabalho, a equipe teve vários desafios, para manter o acolhimento, e melhorar a qualidade de atenção à população. O ponto chave para esta análise foi o conceito de acolhimento. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele ocorre.

O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega à unidade. A implantação de acolhimento à demanda espontânea provocou mudanças nos modos de organização da equipe, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

A estratégia foi a seguinte, para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não bastava distribuir senhas em números limitados,

fazendo com que os usuários formassem filas na madrugada, isso não era necessário. A organização a partir do acolhimento dos usuários exigiu que a equipe refletisse sobre o conjunto de ofertas que tínhamos para lidar com as necessidades de saúde da população, aquelas ofertas que estão à disposição para serem agenciadas.

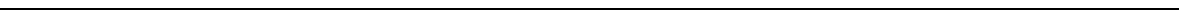
Outro desafio importante foi a definição, dos diferentes profissionais na participação do acolhimento. Eles recebem o usuário que chega, fazem avaliação do risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, entre outros.

Como vemos, é de vital importância ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções. Com o objetivo de implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas.

Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento” (Programa de Agentes Comunitários de Saúde 2011).

Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado. No acolhimento pela equipe de referência do usuário, a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência. Deste modo, um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas

para responder às necessidades, melhorando assim o acesso e a qualidade da atenção à saúde na atenção básica.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

3.1 Caracterização da atenção integral à mulher durante o período reprodutivo na UBS # 8. Nossa Senhora das Dores.

Este relato foi construído sobre a base de várias micro intervenções, e ações educativas na UBS, com grupos de gestantes e adolescentes da nossa área. É um relato baseado nas evidências do dia a dia na equipe.

A saúde sexual significa para os indivíduos a vivência livre, agradável, prazerosa e segura, por meio de abordagens positivas da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorização da identidade e das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero. O Sistemas de Saúde, tem priorizado o cuidado da mulher no campo da saúde reprodutiva, com foco no planejamento reprodutivo, atenção ao pré-natal, parto, puerpério. A saúde reprodutiva implica que a pessoa possa “ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir.

O planejamento reprodutivo, chamado também de planejamento familiar, designa um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes, com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual. As ações do planejamento reprodutivo ou planejamento familiar são definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/1996, que também estabelece penalidades e dá outras providências.²

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

Na UBS é feita a busca ativa de gestantes, inclusive nas adolescentes. Na consulta de Risco Pre-concepcional, são orientadas todas as mulheres e adolescentes com vida sexual ativa ao uso de contraceptivos orais, sempre que existam riscos que possam interferir no bom desenvolvimento de uma gravidez saudável. Como estratégia da equipe estabelecemos uma condição para o uso dos anticoncepcionais, realizar os testes de gravidez (teste rápido ou o Beta HCG), já que muitas delas chegam na consulta com transtornos menstruais e datas de última menstruação (DUM) não confiáveis.

Todas as grávidas identificadas são cadastradas numa ficha elaborada na equipe (apêndice 2), para melhorar o acompanhamento pré-natal delas. Na minha área por ser uma área do interior todas elas são acompanhadas pela equipe. Uma vez cadastradas é realizada a caderneta da gestante e preenchida a ficha pré-natal. Após o cadastro uns dos pontos mais importantes no início do pré-natal, são os exames complementares que serão feitos durante o percurso da gravidez, trimestralmente, assim como exames mais complexos segundo condição de risco da gestante.

Outro ponto importante desenvolvido no pré-natal, é o acompanhamento nutricional, o qual é feito desde o início do pré-natal, através do cálculo do IMC, o que nós permite avaliar a condição nutricional da gestante para ter um melhor controle do estado nutricional durante o período gestacional, já que uma ganância adequada de peso garante a saúde tanto da mãe como do feto, e evita a aparição de intercorrências, como doenças cardiovasculares ou endócrina metabólicas. Nós fazemos muito ênfases nas mudanças do estilo de vida na gravidez, por conta que estamos na frente de um processo fisiológico das espécies, que poderia se comportar como um processo patológico se não cuidamos adequadamente dele.

Um pré-natal deficiente leva a aparição de intercorrências, aonde a equipe tem a tarefa de identificar a causa da deficiência no pré-natal, e tomar uma conduta certa para evitar complicações. As grávidas que apresentam intercorrências são acolhidas e avaliadas na UBS e após avaliação são encaminhadas para os centros de referências (CASM) ou Hospitais Maternos.

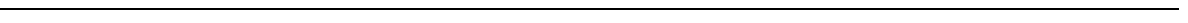
O pré-natal conclui com o acompanhamento no puerpério, aonde é feito um resumo do acompanhamento pré-natal, e a paciente é orientada sobre as mudanças fisiológicas após o parto, são orientadas sobre o benefício do aleitamento materno tanto para ela como para o neonato, e sobre como deve ir incorporando-se às atividades diárias na medida que vá evoluindo satisfatoriamente.

A nossa equipe esta apta e qualificada para o desenvolvimento do pré-natal e conta com os profissionais para a realização destas consultas, o antes dito comporta-se como uma potencialidade da equipe para a atenção integral à saúde da mulher. Sendo identificada como fragilidade a baixa percepção de risco da população sobre a saúde da mulher, assim como o desconhecimento do processo saúde enfermidade.

Baseado nisso a equipe realizou uma pratica integrativa com as grávidas, com o objetivo de ter uma gravidez a termo feliz, foi abordado o tema do aleitamento materno, e foram desmentidos os falsos conceitos ou boatos sobre o aleitamento materno. Esta pratica foi desenvolvida por uma fisioterapeuta professora de yoga, a qual ensinou muitas técnicas de relaxamento para ter um parto feliz assim como uma amamentação saudável.

Como considerações finais nos propomos, manter a qualidade dos atendimentos, e tentar ganhar um pré-natal aonde o binômio seja protagonista (marido e mulher), já que foi outras das deficiências encontradas na intervenção feita na equipe, devido que muitos parceiros na comparecem na consulta e por conseguinte não realizam os exames solicitados durante o pré-natal das suas esposas.

Nossa missão para este ano 2018, é assegurar o desenvolvimento da gestação e o parto do recém-nascido saudável sem impacto para a saúde materna, e lutar porque a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, tenha como objetivo identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação.



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

Cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica: relato de experiência na UBS Nossa Senhora das Dores

A saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos usuários que chegam aos serviços de saúde da atenção básica. Devido à dificuldade cada vez maior de atendimentos pelos psiquiatras, em especial os que fazem uso de substâncias Psicotrópicas. Por tais motivos a Unidade Básica de Saúde (UBS) vem acolhendo os casos de demandas de saúde mental.

Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre essas questões. É por isso que neste relato de experiência faremos alusão aos cuidados em saúde mental no nosso território de abrangência. Desse modo, um dos objetivos deste relato é sensibilizar os profissionais sobre a linha de cuidado em saúde mental. Afinal, a linha começa pela equipe de saúde da família e a atuação não é somente transcrever os psicotrópicos, usados em muitas ocasiões indiscriminadamente, ou encaminhar para o psiquiatra se apresenta alguma queixa psicológica.

O nosso objetivo principal no atendimento à saúde mental na UBS é acolher os usuários que necessitam de suporte emocional na própria UBS e possibilitar, por meio da responsabilização compartilhada maior resolutividade de problemas de saúde mental pela equipe local. Desse modo, após um levantamento do perfil dos usuários acolhidos pela equipe, os casos que demandam atenção em saúde mental são encaminhados para os demais elementos da rede de atenção como: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Para realizar uma microintervenção com foco na saúde mental foi realizada pela equipe uma autoavaliação com o instrumento avaliativo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB). O instrumento é composto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito da saúde, para cuidar da população no ambiente em que vivem. Na reunião feita com equipe, levou-se em consideração, alguns fatores importantes para o enfrentamento da situação

problema, como são: a urgência e a capacidade de enfrentamento ao problema. Também foi identificado na equipe os atores envolvidos nesse processo para as possíveis soluções, como a própria equipe de saúde, o NASF-AB, o CAPS e a comunidade que demanda este serviço.

Durante o desenvolvimento das microintervenções, as redes de apoio passaram a ocupar um lugar, junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma perspectiva de ampliar sua clínica, realizar projetos terapêuticos por meio de discussões e trocas de saberes multiprofissionais, de forma a facilitar a vinculação e responsabilização, evitando a lógica dos encaminhamentos desnecessários.

Como resultado da microintervenção, criamos duas planilhas como instrumentos de monitorização, uma delas já foi feita na primeira intervenção no início do ano (apêndice 1), e a segunda foi desenvolvida durante a realização desta, (apêndice 2 - Registro dos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas). Essas ferramentas criadas permitem o melhor acompanhamento dos usuários de saúde mental. Isto permitirá estabelecer ações mais específicas com este grupo terapêutico de usuários.

Para a resolutividade deste problema de saúde, temos que reconhecer que se faz necessário uma fusão entre as redes de apoio matricial e a UBS. O êxito desta fusão vai depender da comunicação entre estes serviços e o estabelecimento das referências e contra referências, que as vezes se comporta como uma fragilidade, já que o matricialmente feito conclui com a avaliação do Psiquiatra do CAPS, e devido que temos somente um na região o acompanhamento fica inconcluso, e ai voltamos a uma cadeia inquebrantável: "o uso de psicotrópico de forma crônica até serem avaliados pelo Psiquiatra". debilidade está muito sentida pela população.

Com a inserção das ações de saúde mental, a UBS tem funcionado como porta de entrada para os agravos em saúde mental, na medida em que os usuários são acolhidos de forma humanizada, criando estratégias para atendê-los, seja por meio de recurso comunitário, grupo terapêutico, avaliação clínica, visita domiciliar ou encaminhando, quando realmente se faz necessário, para a rede de atenção disponível no município.

Para construir uma linha de cuidado em saúde mental, a equipe escolheu uma usuária que foi identificada no acolhimento à demanda espontânea pela

Agente Comunitária de Saúde (ACS). Trata-se de uma mulher de 36 anos de idade, mora com seu esposo, um filho de 5 anos, e a mãe. Tem uma história obstétrica (Gesta 2, parto 1, aborto espontâneo 1). Ela é evangélica há muitos anos e professora da escola dominical das crianças. Recentemente tinha informado ao ACS que não menstruava há 4 meses e que em breve estaria fazendo exames e indo para minha consulta para mostrá-los. Ela relatou que Deus tinha lhe revelado que teria o filho da promessa. Aliás informou que seriam dois, motivo pelo qual o ACS solicitou a família o comparecimento na UBS. Uma vez que compareceram na consulta já tinha feito os exames (beta HCG negativo e ultrassom transvaginal negativo para saco gestacional), mas ela não aceitou os resultados. A mesma apresentou sintomas de gravidez, e referia contrações uterinas, até mesmo solicitou para mim fazer o parto dela, e ficava falando versículos bíblicos sobre a vinda do filho da promessa. A mesma estava sem juízo crítico da realidade.

Após ser identificada no acolhimento foi solicitada a avaliação pela equipe de matriciamento do NASF-AB, a qual após a primeira entrevista decidiu encaminhá-la para o CAPS. As entrevistas aconteceram na moradia dela, propiciando assim, a participação dos familiares e a equipe de matriciamento junto à equipe de trabalho da UBS. Além disso, permitiu a aproximação da equipe de matriciamento com a realidade do território e sua contextualização, o que contribuiu para a descrição e discussão do caso. Foram entrevistadas duas pessoas (mãe e esposo dela) do núcleo da família que moram na mesma casa. Importante enfatizar que a minha área de abrangência é de alta vulnerabilidade social, que conta com suporte matricial da equipe NASF.

Após umas semanas de uso de psicotrópicos, e várias práticas integrativas junto à família (apoio emocional, deveres de casa compartilhado e entrevistas semanais com o médico da área), a usuária conseguiu melhorar o quadro psicótico. Como expressei antes percebemos que o cotidiano dessa prática se encontra em construção na rede, que gera algumas dificuldades de entendimento da proposta de trabalho, tanto por parte da equipe da UBS quanto por parte da própria equipe de saúde mental. Um equívoco frequente é o de tentar encaminhar os usuários seguindo a lógica ambulatorial de especialidades. As dificuldades enfrentadas não inviabilizam o trabalho, pelo contrário, creio que estas microintervensões devem ser expandidas para todas as UBS, pois assim reduziremos o fluxo de

encaminhamentos desnecessários, trabalharemos com a responsabilidade compartilhada dos casos e aumentaremos a capacidade resolutiva das UBS.

Nós devemos entender a atenção básica como um espaço privilegiado que deve ser aproveitado para a promoção da saúde e prevenção de transtornos mentais. Isto seria uma grande potencialidade nas nossas equipes. Compreendemos também o desafio de atuar de forma mais proativa na saúde mental e contamos com um CAPS e um NASF-AB como apoio matricial importante para o trabalho, constituídos por profissionais qualificados (psicóloga, assistente social, enfermeira especialista em saúde mental, nutricionista, educador físico e farmacêutico). Sendo assim, espero que esta reflexão exposta neste relato de experiência possa criar no profissional da atenção básica possa contribuir para que o profissional para se colocar disponível como ouvinte e cuidador, no momento que estiver diante de um usuário com algum tipo de sofrimento psíquico.



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

5,1 - Caracterização da linha de cuidado da criança na UBS 8, Maria Adelis dos Santos

Crescimento e Desenvolvimento.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a equipe de saúde da família é a principal articuladora da gestão da linha de cuidado da criança, em conjunto à família e a comunidade. Nós, profissionais de saúde, temos a responsabilidade de garantir às crianças as ações essenciais ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, assim como ações de promoção e recuperação de saúde. A linha de cuidado da saúde da criança tem como eixo principal o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, e a assistência baseia-se na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde.

Para o bom desenvolvimento deste processo de acompanhamento, na Atenção Básica, devemos conhecer conceitos básicos como: Crescimento, desenvolvimento assim como linha de cuidado; tais conceitos nos levaram a uma maior compreensão dos cuidados da criança nos primeiros anos de vida.

Crescimento: é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Constitui um dos indicadores de saúde da criança. Ele é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou restringindo tal processo. Deve-se também levar em conta o crescimento intrauterino, pois diversas pesquisas atestam que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto (ONIS, 1993). (texto 2 do curso de especialização, tópico 8: crescimento e desenvolvimento. Unidade 2)

Desenvolvimento: o conceito é amplo e se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais. Costuma-se falar: desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. O desenvolvimento da criança

será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, educação, entre outros que delimitam e atribuem significados à sua realidade. Por um lado, durante os primeiros 2 anos, um aspecto importante é o desenvolvimento afetivo, caracterizado pelo apego (vínculo afetivo básico). Por outro lado, o desenvolvimento é qualitativo, significa aprender a fazer coisas, evoluir, tornar-se independente e geralmente é um processo contínuo. (texto 2 do curso de especialização, tópico 8: crescimento e desenvolvimento. Unidade 2)

Linha de cuidado: a linha de cuidados representa um contínuo assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. As linhas de cuidados são estratégias de estabelecimento de percursos assistenciais. (dicionário português online)

O Ministério de Saúde, tem como ferramenta do trabalho na Atenção Básica, o Programa de Melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica (PMAQ/AB), o qual estabelece uma política de cuidado à criança (questionário -1), onde preconiza as ações que garantem o bom cuidado delas, assim como um acompanhamento que permite prevenir a aparição de agravos natais e pós-natais, garantindo uma qualidade de vida melhor para a mãe e o bebe. Importante realçar que nossa ESF realiza todas as ações preconizadas pelo MS através do PMAQ/AB. (questionário - 1)

Neste relato de experiencia, temos como objetivo principal: Caracterizar a linha de cuidado da criança na UBS 8, Maria Adelis dos Santos, assim como seu crescimento e desenvolvimento.

Como acontece esta atividade na minha UBS?

O instrumento usado para esse acompanhamento é a Caderneta da Saúde da Criança, distribuída universalmente para todos os nascidos vivos das maternidades publicas e privadas.

O inicio da Linha de Cuidado começa na vida intrauterina, no pré-natal, com a identificação precoce de fatores de risco, promoção de saúde, prevenção de doenças graves neurológicas, infecciosas e não infecciosas. Ainda nesta etapa, promovemos ações de saúde sobre a importância do aleitamento materno, orientações sobre maternidade – paternidade responsável, informamos aos pais

sobre as características dos exames de bem-estar fetal e sobre os cuidados do neonato. Esta primeira etapa acontece no terceiro trimestre da gestação.

Após o nascimento do bebê, o acolhimento do recém-nascido é feito por critérios de risco, e pelas distintas condições de vulnerabilidade presentes no contexto familiar e comunitário. Este acolhimento é feito na primeira semana após parto, onde é realizado o teste de pezinho (preferentemente no 5º dia), confirmamos a vacinação do bebê, e avaliamos as condições da ambiência que possam contribuir fatores de risco para o desenvolvimento de algumas doenças infecciosas.

A partir do primeiro acolhimento, estabelecemos as frequências mínimas de avaliação em consulta, segundo a condição de risco da criança. Sendo da seguinte forma: primeira semana, aos 30 dias, após o primeiro mês passa a ser de dois em dois meses até 6 meses, e logo de três em três meses até um ano. Após um ano só vai ter uma consulta aos 18 meses e a outra aos 24 meses, a partir daqui será uma consulta por ano. Esta frequência mínima pode mudar, ela vai depender da condição de saúde da criança, o qual poderia incrementar o número de consultas no ano.

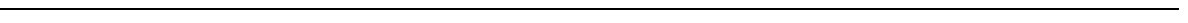
O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, é o eixo estruturante da linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança, de 0-9 anos, e aqui entra a jogar um papel importante a caderneta de saúde da criança, como instrumento vital. Esta ferramenta nos permite, uma vez avaliada a criança em consulta, a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportunas, já que ela é preenchida em cada consulta com os dados antropométricos segundo o desenvolvimento e crescimento da criança (peso/idade, comprimento/idade, IMC/idade, perímetro cefálico, entre outros elementos).

A caderneta deve ser valorizada pela Equipe de Saúde, através do registro sistemático de informações relevantes a cada atendimento, compartilhando esse acompanhamento com a família.

Além das políticas preconizadas pelo MS, na nossa UBS se desenvolve uma pequena atividade todos os meses no dia de pré-natal e puericultura, como assim? No dia da puericultura fazemos pequenas micro intervenções com os pais das crianças, antes de iniciar a consulta, onde incitamos eles a uma maternidade e

paternidade responsável, orientamos sobre alimentação saudável, os principais cuidados da criança, sempre enfatizando na prevenção de acidentes no lar. Sobre a base desta atividade desenvolveremos um grupo de pais, para promover a paternidade responsável, com o objetivo de incorporar eles ao acompanhamento dos seus filhos, tirando assim todo estigma sobre a criação dos filhos de que é somente uma responsabilidade da mulher.

Acho de vital importância o compartilhar com meus colegas, como se desenvolve esta atividade na minha UBS, já que serve de base para posteriores mudanças, em nosso atuar diário, com o fim de garantir melhor qualidade de vida às crianças, “Esperança do mundo”.



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

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda. (Revista de Saúde Pública, 8:1).

Evidências indicam aumento das DCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). (Revista de Saúde Pública 8:1). Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo. A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças. (Revista de Saúde Pública 8:2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que as pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada, pelos maiores gastos familiares com a doença pela procura de serviços, dentre outros. (Revista de Saúde Pública 2). Os custos socioeconômicos associados com DCNT têm repercussão na economia dos países, sendo estimados em US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países de baixa e média renda. Assim, a redução global das DCNT é uma condição necessária para o desenvolvimento do século 21. (Revista de Saúde Pública 8: 2).

Neste relato de experiência temos como objetivo fundamental, caracterizar a linha de cuidado dos usuários portadores de Doenças Crônicas não Transmissível (DCNT), na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Adeli dos Santos.

O acompanhamento aos usuários com DCNT tem sido um grande desafio na nossa área de abrangência, devido à situação geográfica aonde nos encontramos, além disso pela falta de educação nutricional e a baixa percepção de risco baseada

no desconhecimento das ações de prevenção. Isto levou a nossa equipe ao desenvolvimento de grupos terapêuticos e estabelecer intervenções educativas sobre a base da promoção de saúde e a prevenção de doenças, especificamente as crônicas não transmissíveis como; Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Obesidade, comportando-se a Obesidade como fator de risco fundamental para o desenvolvimento das mesmas.

A nossa linha de cuidado começa na UBS, uma vez estabelecido o cronograma de trabalho do mês na reunião desenvolvida todas ultimas sextas de cada mês, aonde fica marcado duas vezes no mês (HIPERDIA), denominado assim pela alta prevalência de Hipertensão e Diabetes, mesmo assim existe o acolhimento a demanda espontânea, aonde são acolhido todos os usuários, quer sejam portadores de doenças crônicas ou não.

No acompanhamento periódico estabelecemos a estratificação de risco destes pacientes, e avaliamos a comorbidades dos mesmos, o que nos permite uma abordagem integral do caso, e assim estabelecer uma conduta apropriada para cada risco identificado. Os riscos mais frequentes identificados foram; Tabagismo, consumo excessivo de álcool e a falta de orientação nutricional(obesidade). Fatores estes que aumentam a incidência cada dia na nossa área das DCNT.

A obesidade como doença e fator de risco fundamental para o desenvolvimento de outras alterações endócrino metabólicas, foi o centro de atenção. Bem sabemos que mudando o estilo e modo de vida podemos garantir uma saúde de qualidade, sempre e quando sejam modos e estilos de vida saudáveis.

O índice de obesos Diabéticos e Hipertensos, nos levou ao desenvolvimento de um grupo terapêutico, o qual teve como objetivo mudar a condição de risco do indivíduo, aumentar o conhecimento da prevenção de complicações e evitar futuras emergências por falta de orientações sobre o que deve ou não fazer. Este grupo terapêutico teve acompanhamento com o Núcleo de apoio da família (NASF), aonde foram acompanhados pela Psicóloga, a Nutricionista, e a educadora física. Este projeto foi desenvolvido durante o ano passado, aonde nós pudemos perceber que teve uma melhoria na qualidade de vida dos usuários, já que no início eram encaminhados por múltiplas complicações devido à falta de orientação e adesão terapêutica.

Durante o desenvolvimento do projeto teve várias palestras sobre educação nutricional, teve acompanhamento individual com a nutricionista e a psicóloga, assim como o acompanhamento contínuo pela equipe de saúde, a educadora física vinha duas vezes na semana. Isto permitiu que os usuários interagissem mais entre eles, compartilharam experiências, e levou eles a uma maior percepção de risco sobre sua situação de saúde.

Hoje temos mais controle sobre as DCNT na nossa área, todos os pacientes encontram-se cadastrados, em tratamento permanente, os exames complementares são realizados uma vez por ano se tiver compensado, em caso de encaminhamentos a equipe coordena aquelas consultas dos casos mais complicados. Nos encaminhamentos temos duas fragilidades, uma é que os pacientes as vezes precisam de avaliação pelo especialista e as consultas são marcadas de três a quatro meses após o encaminhamento, quando os exames não tem mais validade, e a segunda é que quando são avaliados não existe contra referência, e estes não são orientados sobre o diagnóstico associado a sua doença de base, e as vezes chegam na área desmotivados. As potencialidades que temos são as seguintes: a equipe de trabalho e o NASF trabalham juntos no acompanhamento dos pacientes, os protocolos de tratamento que os usuários usam estão disponibilizados pelo SUS e a boa interação entre a equipe e a comunidade, o qual é um fator importante.

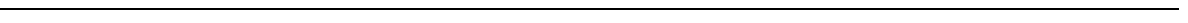
É de vital importância, manter aos seus usuários orientados e educados na identificação dos sinais e sintomas que possam ser alarme de possíveis complicações, devemos educar eles na boa adesão aos medicamentos para evitar agravos.

As DCNT são um grande desafio hoje nas UBS, nosso trabalho além de diagnosticá-las, trata-las, e garantir a qualidade de vida do usuário, e diminuir as incidências fazendo ênfases na prevenção dos fatores de risco que possam levar ao desenvolvimento das mesmas, principalmente a obesidade, que comporta-se como fator de risco para desenvolver múltiplas doenças cardiovasculares e endócrino – metabólicas



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

Colocar aqui a tabelinha.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, desenvolvido através da coletânea de seis relatos de experiências, tem como objetivo comum aplicar as linhas de cuidado preconizadas pelo ministério da saúde na atenção básica. A implantação sistemática das linhas de cuidado na UBS Maria Adelis de forma integrada, com a equipe pactuando suas responsabilidades com a população adstrita e com a organização da demanda da população, possibilita a capacidade resolutiva e a garantia de continuidade da atenção, por meio da melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, de uma abordagem integral do paciente, do aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementariedade das atividades exercidas por cada categoria profissional e pela abordagem do usuário além das doenças e suas queixas, com a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Além disso, a aplicação das linhas de cuidado é uma ação que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

Uma vez implementadas as linhas de cuidado e com resultados positivos, as matrizes poderão ser aplicadas a outras UBS. Conseqüentemente, haverá melhor consolidação na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como política pública essencial da população brasileira, o alcance de melhores indicadores de saúde do país, maior satisfação dos prestadores de serviços com o trabalho realizado e da população com o serviço oferecido, melhorando a qualidade de vida da população geral.

REFERÊNCIAS

1 – 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. 1. ed. Brasília, 2017. Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_acesso_qualidade_atencao_basica_eletronico_1ed.pdf.

2 - ALFENAS, M.D. Uso de Psicotrópicos na atenção primária. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Arouca, rio de Janeiro 2015. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php.id=4212>.

3 – ROCHA, B.S.; WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família; perfil de atualização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, n. 4, p. 32913300. Disponível em : <http://www.scielo.php>. pid=S1413-81232013001100019&script=sci arttext.

4 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

5 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

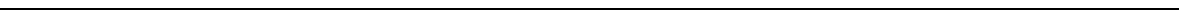
6 - TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. Ciência e Saúde coletiva, [S.l.], v. 15, suplemento 3, 2010.

7 - BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e

dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 10, p. 1-3, 12 jun. 1992.

8 - Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. Site: <http://www.rsp.fsp.usp.br/> acesso: 16/09/18 - (1. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011;377(9781):1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). / 2. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;370(9603):1929-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1).)

APÊNDICES



Apêndice # 2
REGISTRO DOS USUÁRIOS DE DROGAS (ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS)

No	Nome	Idade	Nascimento	Uso de Drogas			Acompanhameto pelo CAPS
				Álcool	Crack	Outras	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

ANEXOS

[Questionário 1

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	x	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	x	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	x	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	x	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	x	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	x	
Crescimento e desenvolvimento	x	
Estado nutricional	x	
Teste do pezinho	x	
Violência familiar	x	
Acidentes		
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		
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	x	

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

Questionário 2

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?	1 a 7 dias		1 a 7 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	sim			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	sim			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				não
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?	sim		sim	

A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	sim			
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?	sim			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		nao		
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?	sim		sim	
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	sim		sim	
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?			sim	

A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			sim	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?			sim	

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

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

Se SIM no item anterior, quais ações?

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

