



**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**

**TÍTULO : SAÚDE PARA TODOS “SEM MUROS , SEM BARREIRAS”**  
**UBS POMPEIA, NATAL-RN**

**DRA. ZOILA GUETHÓN SILVA**

**SAÚDE PARA TODOS “SEM MUROS , SEM BARREIRAS”**  
**USB POMPEIA NATAL-RN**

**DRA. ZOILA GUETHÓN SILVA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador:**TULIO FELIPE VIEIRA DE MELO**

**DEDICATÓRIA**

Aos meus filhos

A minha família

Aos meus queridos pacientes da Pompéia

## AGRADECIMENTOS

Ao Brasil por ter me permitido trabalhar e compartilhar os meus conhecimentos e a minha  
experiência como profissional da saúde

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo melhorar o acesso e a qualidade da Assistência à Saúde da nossa comunidade através da elaboração de 6 Microintervenções realizadas pela equipe 57, da Estratégia de Saúde da Família da UBS da Pompéia, Distrito Norte I, Natal/RN durante o presente ano de 2018. Após a realização do diagnóstico situacional verificou-se dificuldades com o acolhimento e a qualidade da assistência à saúde, o que nos fez elaborar e implementar várias estratégias de intervenção orientadas à promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, cuidados à Saúde Mental e atenção especial ao Pré-Natal, Parto e Puerpério e cuidados da criança e do adolescente. A prioridade da equipe foi o desenvolvimento de uma estratégia de acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco para melhorar o acesso aos serviços de saúde. A partir dos resultados podem ser observadas mudanças no estilo de vida, controle de fatores de risco, compensação de DCNT, diminuição das complicações e dos internamentos. Resultados significativos foram obtidos na atenção ao Pré Natal e no acompanhamento das crianças, como também dos usuários portadores de transtorno mental, apresentando um alto grau de satisfação da comunidade pela melhoria do acolhimento. Hoje somos a Grande Família da UBS Pompéia, empenhada em oferecer “Saúde para Todos: Sem Muros, Sem Barreiras”.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Cuidados do Pré-Natal, Saúde Mental.

## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>03</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>04</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>05</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>06</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>08</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>26</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

## **APRESENTAÇÃO**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso trata-se de uma coletânea de 6 relatos de experiência construídos a partir de Microintervenções realizadas pela nossa equipe de Estratégia de Saúde da Família durante o ano 2018.

O trabalho foi realizado no Estado do Rio Grande do Norte, Município de Natal, Distrito Norte I, UBS da Pompéia, território situado na periferia da cidade com condições higiênico-sanitárias desfavoráveis assim como um alto grau de vulnerabilidade social e uma população total de mais de 6000 habitantes. Sou médica, cubana, com 29 anos de experiência profissional e mais de 25 anos de trabalho em Atenção Primária à Saúde. Tenho experiência anterior de 3 anos de colaboração médica no estado de Roraima, levando saúde às populações em áreas de extrema pobreza e Distritos Indígenas. A minha maior motivação pessoal é contribuir para melhoria do estado de saúde da minha comunidade e a motivação profissional é permitir o intercâmbio de experiências e conhecimento na área da Medicina e especialmente na Atenção Primária à Saúde, meu maior desafio é conseguir estabelecer uma comunicação adequada com os meus pacientes e colegas de trabalho.

O que dizer das Microintervenções? Me ensinaram muito sobre o trabalho em equipe, a realizar a escuta qualificada, troca de experiências, contar com o apoio de outras equipes e da UBS que me permitiram fazer uma análise da situação de saúde da nossa comunidade, desenvolver várias estratégias, poder acompanhar a implementação delas, avaliar o que deu certo e o que não funcionou e o que temos que melhorar.

Nossas Microintervenções foram direcionadas especificamente à promoção da saúde, prevenção, tratamento e acompanhamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, ao cuidado da Saúde Mental e em especial a atenção ao acompanhamento do Pré Natal, Parto e Puerpério e aos cuidados das crianças e adolescentes. Foi prioridade da equipe melhorar o acesso aos serviços de saúde desenhando uma estratégia de acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco “Sem Muros, Sem Barreiras”. A comunidade fica satisfeita com a implementação das Microintervenções, a equipe continua comprometida na implementação e desenvolvimento de novas estratégias.

## **CAPÍTULO I: “Doce Saúde” Estratégia de intervenção para o acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes Mellitus**

Depois de fazer a autoavaliação da nossa equipe, decidimos que nossa primeira microintervenção fosse desenhada para o acompanhamento de pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) , em especial a Diabetes Mellitus , tendo como referencia dificuldades apresentadas na prevenção primaria , rastreamento , diagnostico precoce , tratamento e acompanhamento.

A incidência da Diabetes Mellitus ainda atinge elevadas proporções , devido à alta morbimortalidade, a prevenção tem se tornado foco atual, fazendo necessário o desenvolvimento de estratégias eficazes, com ênfase na prevenção primária para o controle da incidência e complicações da doença.

A Diabetes Mellitus é uma das DCNT mais prevalentes no mundo, a Tipo II apresenta fatores predisponentes como hereditariedade, obesidade, hábitos alimentares inadequados, estresse e sedentarismo. Com exceção da hereditariedade, todos os outros fatores podem ser prevenidos e/ou controlados por uma dieta adequada e pela prática de atividades físicas regularmente.

A WHO ( World Health Organization) estima que após 15 anos de doença , os indivíduos podem apresentar algum grau de retinopatia (30%-45%), deficiência visual grave (10%) com um 2% evoluindo para cegueira e nefropatias ( 20%-35%)

A prevalência estimada de Diabetes Mellitus na população brasileira estima-se em torno de um 8%, podendo atingir um 13,8%. O Brasil possuía 4,9 milhões de portadores de Diabetes Mellitus em 1995, sendo estimado 17,6 milhões para 2025 ,passando de uma oitava posição mundial , com prevalência de 4,6% no ano 2000 para a sexta posição, 11,3% no ano 2030.

Tendo como referência que a 4 meses a nossa equipe não contava com médico e que muitos de nossos pacientes encontravam-se descompensados e sem o adequado acompanhamento decidimos realizar a presente micro-intervenção.

Passo a passo:

-Primeiro fizemos foi uma reunião com toda a equipe de trabalho , incluindo a equipe do NASF , tendo em consideração que para um adequado acompanhamento tem que se contar com uma equipe multidisciplinar.

-Planejamento da situação problema : Diabetes Mellitus como DCNT . Necessidade de diagnostico precoce, rastreamento e acompanhamento .

-Atividade educativa sobre a doença , sintomas , diagnostico, complicações ( aula sobre Diabetes Mellitus ministrada pela doutora)



-Convite aos integrantes do NASF para a participação nas nossas atividades de promoção, prevenção e acompanhamento.

-Desenho de uma estratégia de ação :

I. Visita domiciliar aos pacientes já diagnosticados com a doença para atualizar o cadastro – responsáveis : ACS de cada microárea.

II. Desenho de um instrumento por parte do NASF : ficha de acompanhamento integral do usuário dos grupos de praticas físicas corporais e alimentação saudável (ver anexo)- responsável: Licenciado Leonardo, Treinador Deportivo do NASF

III. Convocar a uma reunião com todos os pacientes já diagnosticados da nossa área , com o objetivo de conformar um grupo de acompanhamento -responsáveis : Direção da UBS , enfermeiras e ACS. Data 19/04/2018 , Horário 13:00

IV. Abrir um livro de acompanhamento de pacientes portadores de Diabetes Mellitus para um melhor controle da consulta.

No dia da reunião com o grupo de pacientes , foi apresentada nossa proposta de intervenção , explicando que todos eles iam ser avaliados em consultas médicas e acompanhados com uma avaliação por parte da nutricionista e do treinador físico. Os pacientes que apresentassem alguma incapacidade seriam atendidos pela fisioterapeuta. Foram escutados as propostas dos pacientes e avaliada a aceitação e o grau de comprometimento deles , os quais decidiram que o grupo deveria ser chamado de “Doce Saúde” . Foi definido se reunir 1 vez por mês para dar continuidade ao projeto e nesse mesmo dia foi iniciada a promoção de saúde através de um video sobre a doença , explicando o que é que é Diabetes. Todo mês , as reuniões vão começar com uma atividade de educação em saúde .

Dificuldades no processo da micro-intervenção :

-Ainda existem problemas com o cadastramento, devido a que muitas casas estão fechadas quando são visitadas pelos ACS.

-População muito extensa (mais de 6000 pacientes para a nossa equipe) e áreas de maior vulnerabilidade .

-Dificuldades com o acolhimento.

Potencialidades :

-Motivação de toda a equipe de trabalho

-Assistência integral por meio de consultas medicas e de enfermagem e trabalho em grupo com estímulo ao auto-cuidado

-Apóio do NASF

Mudanças :

-Satisfação dos nossos pacientes em relação ao cuidado e acompanhamento

-Câmbios no estilo de vida : prática de atividade física

-Reorganização dos hábitos alimentares

-Controle de fatores de risco

-Diagnostico precoce de complicações

-Tratamento adequado

Com a nossa microintervenção esperamos a construção de um modelo de atenção aos nossos pacientes com Diabetes Mellitus integral, construído a partir da atenção básica e com o apóio da equipe multidisciplinar do NASF , encaminhada a :

-Prevenção primária

-Rastreamento e diagnóstico precoce

-Garantir o acesso e utilização dos serviços de saúde

-Qualidade do cuidado prestado

E o nosso objetivo final :

-Melhora da qualidade de vida dos nossos pacientes

## **CAPÍTULO II: Acolhimento com Classificação de Risco à demanda espontânea**

### **“ Sem muros, sem barreiras”.**

Este relato trata-se da experiência de planejar e executar uma estratégia para a implementação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco pela equipe 57 da ESF de Pompéia, Distrito Norte I, Natal/RN, com o objetivo de melhorar e facilitar o acesso com qualidade da nossa comunidade aos serviços básicos de saúde.

Tem sido um desafio desenhar uma estratégia para a implementação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco, já que nunca foi feito pela UBS. Sabemos que é difícil modificar condutas e práticas estabelecidas há muitos anos, tanto para a UBS, para comunidade e para equipe, mas para melhorar a qualidade e a humanização dos serviços de saúde temos que começar a mudar pelo acolhimento.

A nossa equipe tem uma demanda de atendimento muito elevada, com uma população de mais de 6000 pacientes, o que gera dificuldades para o acesso. Na avaliação da AMAQ, na primeira microintervenção, foi um dos principais problemas identificados, e adotamos o acolhimento com classificação de risco como prioridade a ser resolvido.

A microintervenção teve início com as rodas de conversa com toda a equipe, a direção da UBS e integrantes do NASF para definir o problema, as potencialidades e dificuldades na elaboração e execução da estratégia. Avaliamos a necessidade de educação permanente da equipe em quanto a classificação do risco, alguns já conheciam, mas não compreendiam a forma de utilização da mesma em atenção primária. Utilizamos como base cadernos de atenção básica, protocolos e fluxogramas preconizados pelo ministério da saúde (BRASIL, 2011).

Foi pactuado pela equipe que o 60% dos nossos atendimentos seriam de consultas programadas, e 40% para demanda espontânea (consulta do dia ou atendimento de urgência). Todos os pacientes que chegassem na UBS seriam acolhidos e orientados. Também foi feito o levantamento da demanda espontânea e estabelecido os critérios da equipe para a classificação de risco e a identificação de vulnerabilidades, estabelecendo-se a seguinte classificação para os casos de demanda espontânea como:

1. Situação Aguda ou Crônica (ver anexo )
  - 1.1 Vermelho: Atendimento de Urgência (alto risco de vida);
  - 1.2 Amarelo: Atendimento prioritário (risco moderado)
  - 1.3 Verde: Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)

## 2. Situação Não Aguda

2.1 Azul: Agendar para uma consulta eletiva (consulta de enfermagem, médica, em grupo ou visita domiciliar);

Participam do acolhimento a enfermeira, técnica de enfermagem, a médica (quando precisar) e uma ACS “líder reconhecida” pela equipe e comunidade, já que, como sabemos, o acolhimento é um encontro complexo que gera compromissos e eventualmente gera tensões. Como produto das ações realizadas pela equipe, foram confeccionados um banner com a tabela de classificação de risco e cartões de diferentes cores de classificação de risco. Ficou pactuado o monitoramento mensal na reunião da equipe para avaliar os resultados e possíveis soluções.

As principais dificuldades encontradas para a implementação do acolhimento foi o desafio de que nunca foi feito o acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco pela UBS; número de usuários elevados para a equipe; a médica só trabalha 32 horas por semana (tendo um dia de especialização) o que diminui a oferta de atendimentos; ainda falta preparo pela equipe para aplicar a classificação de risco, diante da necessidade de trabalhar este tema no momento de educação permanente.

Já as principais potencialidades, encontra-se a motivação da equipe para a execução da estratégia; apoio da direção da UBS e da equipe do NASF; presença do “líder” ACS; aceitação pela comunidade; e a motivação da equipe.

Ainda temos muitos desafios, sabemos que é só o início, nossos primeiros passos, precisamos também avaliar os resultados com toda a equipe e a comunidade, por enquanto melhoramos o acolhimento, oferecemos uma maior resolutividade dos casos avaliados, conseguimos fazer trabalho compartilhado de toda a equipe. Nosso objetivo final é elaborar uma estratégia que permita facilitar o acesso com qualidade da nossa comunidade aos serviços de saúde, ao final a população agradece.

Classificação de risco , principais doenças :

-Vermelho ( Atendimento de Urgencia ) :

- ❖ Criança com febre maior de 39°C
- ❖ Doença diarreica aguda com desidratação
- ❖ Hipoglicemia
- ❖ Asma bronquial com sibilos
- ❖ Dor toracica ou abdominal aguda

- ❖ Intoxicação aguda
  - ❖ Crise hipertensiva (PA maior de 180/120)
  - ❖ Gestantes com dor abdominal , sangramentos ou hipertensão arterial
- Amarelo ( Atendimento prioritario )
- ❖ Crianças com febre menor de 39°C
  - ❖ Recem nascidos e puérperas
  - ❖ Doença diarreica aguda sem desidratação
  - ❖ Hiperglicemia
  - ❖ Cefalea tensional e enxaqueca
  - ❖ Dor abdominal não aguda
  - ❖ Dor de ouvido
  - ❖ Dor de garganta
  - ❖ Dor lumbar
  - ❖ Hipertensão arterial com PA até 179/119
  - ❖ Urgencia oftalmologica “ olho vermelho”
  - ❖ Urgencias odontologicas
  - ❖ Pacientes com neoplasias
- Verde ( Atendimento no dia, priorizar vulnerabilidade)
- ❖ Doenças da pele : Impetigo , Erisipela , Herpes Simples , Herpes Soster , Escabiose , Dermatitis
  - ❖ Doenças Sexualmente Transmissíveis
  - ❖ Sangramentos genital anormal
  - ❖ Dissuria
  - ❖ Tonturas e vertigos
  - ❖ Sintomaticos respiratorios de mais de 21 dias
- Azul ( agendar consulta eletiva)

- ❖ Procedimentos administrativos, solicitar e avaliar exames , agendar visitas domiciliares , emitir recetuarios , tomar vacinas

Classificação vermelha e amarela : Atendimento pelo médico

Classificação verde : Atendimento pelo medico ou a enfermeira

Classificação azul : Atendimento pela enfermeira ou tecnica de enfermagem ou ACS

### **CAPÍTULO III: Estratégia de intervenção para o acompanhamento ao Pré-Natal , Parto e Puerpério : “Mães Corujas da Pompéia”**

Este relato trata-se da criação de um espaço para promoção da educação em saúde com as gestantes da estratégia de saúde de família da Pompéia , com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal , parto e puerpério.

A assistência Pré-natal, é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico – puerperal .Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatal.Segundo recomendações do Ministério da Saúde (1) , a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras , do desenvolvimento de ações educativas e preventivas , da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacionais, de estabelecimento de vínculos entre o pré-natal e o local do parto e do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade ,desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (Ministério da Saúde, 2005).

A baixa proporção de orientações recebidas durante a assistência pré-natal evidencia o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto e para a amamentação . A criação de um grupo de gestante constitui-se num espaço de socialização , de vivências sendo uma oportunidade para a gestante e família expressarem seus medos , ansiedade e sentimentos , como também para relacionar-se com outras pessoas que estão passando pela mesma experiência, o que possibilita um melhor enfrentamento das mudanças e situações que envolvem a gestação

Nosso objetivo é a implantação de um grupo de gestantes para complementar o atendimento realizado nas consultas do pré-natal , melhorar a aderência da gestante aos hábitos considerados mais adequados , criar um espaço interativo no serviço de saúde para a troca de experiências entre as gestantes e os profissionais da saúde e começar a fazer Puericultura Pré-natal

Passo a passo :

-Foi feita uma reunião com a equipe de estratégia de saúde da família e planteada a situação-problema : A não existência de um grupo e / ou atividade educativa para as gestantes

-Foi convocada a participação de toda a equipe para participar na formação do grupo das gestantes

- Foi feito um convite aos integrantes do NASF ( Nutricionista, Fisioterapeuta e Psicóloga, para participarem de encontros pontuais, o que enriquece o conhecimento do grupo)
  - Foi planejada a visita domiciliar nas gestantes , pelos ACS e para a formação do grupo e entregues de cartões-lembretes
  - Foi colocado um cartaz no posto para o convite a todas as grávidas para participarem na formação do grupo
  - Foram feitas atividades na sala de espera e consulta individual de cada profissional durante a consulta do pré-natal, reforçando o convite
  - Foi avaliada com a equipe uma proposta de atividades educativas a serem feitas ( ver anexo) e levadas à discussão no grupo , possibilitando o esclarecimento de dúvidas trazidas pelas gestantes
  - O local escolhido foi a UBS da Pompéia e o primeiro encontro foi marcado para uma segunda-feira pela tarde , baseado no funcionamento da equipe , mas também nas necessidades das usuárias e seus companheiros
  - O número total de participantes não deverá ser maior de 20 pessoas , de modo que todas possam se comunicar e os encontros foram marcados uma vez ao mês
  - A dinâmica das atividades deverão ser bem planejadas , pois a forma de trocar conhecimento pode conquistar ou afastar as futuras mães
  - As atividades educativas serão realizadas em forma de roda de conversa, permitindo as participantes expor as suas duvidas e opiniões sobre as suas vivencias , considerando ainda os aspectos culturais, e a ideologia de cada uma.
  - Os matérias e equipamentos a serem utilizados para os encontros serão cartazes, folders, uso de notebooks e projetores para a apresentação das palestras , bonecos , entre outros .
  - Serão impressas cartilhas educativas para a promoção da saúde das gestantes
  - O público alvo : gestantes de qualquer idade gestacional e os seus companheiros
- Dificuldades para sua execução :
- A equipe ficou sem enfermeira neste momento, contamos com apoio de um enfermerando
  - Algumas gestantes não se encontram neste momento morando na área
  - A existência de uma micro área sem ACS
- Potencialidades :
- Comprometimento de toda a equipe, a direção da UBS e a equipe do NASF
  - Estrutura física da unidade que possibilita a realização das atividades do grupo



-Motivação por parte das gestantes interessadas em obter mais conhecimentos sobre a sua situação atual , parto e puerpério.

Com a criação do grupo esperamos melhorar a qualidade da atenção ao pre natal , estabelecer um maior vínculo entre as gestantes e os profissionais da equipe , conseguir uma assistência humanizada, preparando a gestante para o parto e o puerpério e começar a Puericultura Pré-natal

Atividades educativas à serem desenvolvidas :

- Importância do Pré-natal
- Modificações fisiológicas da gestação
- Alimentação da gestante
- Auto cuidado
- Vacinas
- Atividade física
- Sexualidade
- Direitos da gestante
- Sinais de parto e tipos de parto
- Planejamento familiar
- Puericultura pré-natal
  - Cuidados do recém nascido
  - Aleitamento materno
  - Crescimento e desenvolvimento da criança
- Questões escolhidas pelas próprias gestantes

## **CAPÍTULO IV: A linha de cuidado em Saúde Mental , construção do instrumento de registro e acompanhamento de pacientes portadores de doença mental**

Nosso relato de experiência trata-se da construção do instrumento de registro e acompanhamento de pacientes portadores de Doença Mental pela equipe 57 da ESF da Pompéia, Distrito Norte I, Natal , com o objetivo de melhorar o atendimento e oferecer um cuidado integral para todos esses pacientes.

Passo a passo:

-Convocamos toda a equipe para fazer uma avaliação de como estava sendo realizada a atenção à saúde mental na nossa comunidade

-A equipe conhecia de muitos pacientes com doença mental que estavam sendo acompanhados em consulta médica de enfermagem ou pelo NASF , mas não tinham registro do usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos , anticonvulsivantes , antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como ansiolíticos de modo geral, também não possuía registro do número de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico , nem de usuários de necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

-Criação do instrumento

A equipe decidiu que deveríamos fazer :

1. Planilha de registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos , anticonvulsivantes , antidepressivos , estabilizadores de humor e ansiolíticos ( Ver anexo I)
2. Planilha de registro do número de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico ( Ver anexo II)
3. Planilha de registro dos usuários de necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Ver anexo III)
4. Ficha de acompanhamento de pacientes com transtorno mental ( Ver anexo IV)

-Abrir um livro para o acompanhamento em consulta de pacientes com Doença Mental

-Para conseguir dar resposta a equipe decidiu fazer um novo cadastramento mediante as visitas domiciliares ou atenção na UBS

-Melhorar o acolhimento e escuta qualificada

-Garantir as consultas de acompanhamento médico e enfermagem

-Estimular os pacientes a participarem dos grupos de acompanhamento psicossocial implantados na UBS

-Realizar atividades de educação em saúde

Dificuldades :

-Demanda muito elevada, mais de 6 mil pacientes e área vulnerável , o que dificulta as visitas domiciliares

-A equipe ficou sem médico durante 4 meses e , há 3 meses , sem enfermeira

-Uma microárea está sem ACS

Esses fatores influenciaram para que a equipe não conseguisse atender e acompanhar integralmente esses pacientes portadores de Doença Mental.

Potencialidades :

-Contamos com o apoio da equipe do NASF

-Na UBS funcionam grupos de atenção psicossocial :

- Grupo de adolescentes
- Grupo de pacientes com doenças mentais e uso de álcool e outras drogas
- Grupo de idosos

-Apoio do CAPS Zona Norte I

-Consulta especializada em psiquiatria na Policlínica Norte I

-Nos casos de emergência , UPAs de Pajuçara e Potengi

Finalmente , a equipe avaliou a necessidade de educação permanente e continuada , relacionada ao tema de saúde mental.

## **CAPÍTULO V: Linha de cuidados em saúde da criança.**

A infância é um período no que se desenvolvem grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (1).Tendo presente a importância do cuidado nesta etapa da vida , o Ministério da Saúde do Brasil tem desenvolvido muitos programas para garantir o adequado acompanhamento.

Dificuldades apresentadas desde o início do ano tem comprometido o atendimento e acompanhamento adequado à saúde da criança . Primeiro , temos uma população muito extensa, de mais de 6000 pacientes , que moram em áreas vulneráveis e com condições higiênico-epidemiológicas desfavoráveis,há 4 meses, a equipe ficou sem médico e agora, há 4 meses sem enfermeira , assim como sem um ACS durante todo esse tempo , o que tem sido motivo de análise em todas as reuniões da equipe para tentar encontrar alternativas que permitam melhorar o cuidado da criança.No análise feito da AMAQ, um dos principais problemas a serem resolvidos foi especificamente o cuidado e acompanhamento das crianças.

Para dar resposta a equipe se reuniu e decidiu fazer o novo recadastramento de todas as crianças menores de 2 anos com o objetivo de atualizar as consultas e vacinas atrasadas. Foi elaborada uma ficha espelho para o acompanhamento e cuidado da saúde da criança ( ver anexo) .

Existem também dificuldades enquanto a vacinação com BCG , já que só existe uma técnica de enfermagem treinada para fazer esse tipo de vacina , assim como também no caso da triagem neonatal, especificamente o teste do pezinho. Dificuldades apresentadas com a internet da UBS impedem que o resultado da triagem neonatal chegue ao posto e possa ser avaliada.

Foi contratado um enfermeiro há 2 meses que está fazendo o acompanhamento do CD das crianças e uma vez ao mês é feito o CD coletivo , contando com o apoio médico e do NASF.

Foi marcado uma tarde para a realização de consultas de Puericultura para todas as crianças e adolescentes.

Foi solicitado à direção da UBS a possibilidade de treinamento para outras técnicas de enfermagem na realização do teste do pezinho e vacinação com BCG.

Temos uma incidência elevada de crianças sobrepeso e obesas que tem a ver com hábitos alimentarios deficientes e daí a importância do trabalho com a família e a comunidade com o objetivo de incorporar hábitos saudáveis de vida. Para isso contamos com o apoio do NASF (Nutricionista, Psicóloga , Treinador Físico e Fisioterapeuta)

Como experiência positiva o início da consulta de Puericultura Pré-natal que é realizada a partir das 28 semanas de gravidez na consulta de acompanhamento do Pré-natal e que permite orientar temas para a família sobre os cuidados do recém nascido , importância do aleitamento materno , assim como das consultas de Puericultura para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança , imunização e orientado também a importância de assistir na primeira semana à consulta do recém nascido e realização do teste do pezinho, estabelecendo como prioridade para o acolhimento nesse dia.

Ainda apresentamos dificuldades com o adequado acompanhamento das nossas crianças e adolescentes , mas com o apoio de toda a equipe , o NASF e a direção da UBS , assim como a comunidade , achamos que é possível melhorar a qualidade de vida permitindo que cresçam saudáveis para a vida.

## **CAPÍTULO VI: O desafio de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na minha Unidade de Saúde.**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são: hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, ingestão insuficiente de frutas, hortaliças e leguminosas, sobrepeso ou obesidade, inatividade física e tabagismo. Cinco desses fatores de risco estão relacionados à alimentação e à atividade física e três deles têm grande impacto no aparecimento da Síndrome Metabólica (SM). A predisposição genética, a alimentação inadequada e a inatividade física estão entre os principais fatores que contribuem para o surgimento da SM, cuja prevenção primária é um desafio mundial contemporâneo, com importante repercussão para a saúde. Destaca-se o aumento da prevalência da obesidade em todo o Brasil e uma tendência especialmente preocupante do problema em crianças em idade escolar, em adolescentes e nos estratos de mais baixa renda. A adoção precoce por toda a população de estilos de vida relacionados à manutenção da saúde, como dieta adequada e prática regular de atividade física, preferencialmente desde a infância, é componente básico da prevenção da SM.<sup>1</sup>

Nosso relato de experiência trata-se da criação de um grupo de acompanhamento para pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Passo a passo

- Foi feita a reunião da equipe e avaliada a necessidade do diagnóstico precoce , rastreamento e acompanhamento dos nossos pacientes portadores de DCNT .
- Fizemos um convite à equipe do NASF para participarem no nosso projeto
- Avaliamos a necessidade de atualizar o cadastro de todos os pacientes portadoras de DCNTs e outros pacientes com fatores de risco .
- Desenho de um instrumento por parte do NASF Ficha de acompanhamento integral dos usuários dos grupos de práticas corporais e alimentação saudável (ver Anexo I)
- Desenho de um instrumento de acompanhamento em consulta médica (ver Anexo II)
- Para um melhor controle da consulta , foi aberto um livro de acompanhamento .
- Foi convocado uma reunião com todos os pacientes já diagnosticados da nossa área com o objetivo de formar o grupo de acompanhamento

-No dia da reunião foi apresentada a nossa proposta de intervenção , explicando que todos iam ser avaliados em consultas médicas e acompanhados com avaliação por parte da nutricionista e do treinador físico.

-Os pacientes que apresentassem alguma incapacidade seriam atendidos pela fisioterapeuta

-Foram escutadas as propostas dos pacientes e avaliada a aceitação e o grau de comprometimento deles.

-Foi definido se reunir uma vez por mês para dar continuidade ao projeto e em cada reunião começar com uma atividade de promoção em saúde.

-Este projeto começou a ser desenvolvido há 6 meses atrás. Durante todo esse tempo muitos temas de educação em saúde foram compartilhados:

- O que são as DCNT? ( O diagnóstico, tratamento, acompanhamento , ministrado pela doutora da equipe)
- Reeducação alimentar , ministrada pela nutricionista do NASF
- Importância da atividade física para o controle das DCNT, ministrada pelo treinador físico do NASF
- Práticas Integrativas e Complementares para o tratamento das DCNT , ministrada pelo farmacêutico do NASF

Mudanças :

-Satisfação dos nossos pacientes em relação ao cuidado e o acompanhamento

-Câmbios no estilo de vida , prática de atividade física

-Reorganização dos hábitos alimentares

-Controle de fatores de risco

-Diagnóstico precoce de complicações

-Tratamento adequado.

Somos cientes que a adoção precoce por toda a população de estilos de vida relacionados à manutenção da saúde, como dieta adequada e prática regular de atividade física , preferencialmente desde a infância é o componente básico da prevenção das DCNT.

Nossa equipe está comprometida com o cuidado e o acompanhamento para melhorar a qualidade de vida dos nossos pacientes. Resultados alcançados até agora são muito favoráveis, algo que não poderia ter acontecido sem a ajuda e o apoio do NASF , o que demonstra a necessidade de uma equipe multidisciplinar no acompanhamento dessas doenças.





## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

## PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<b>Microintervenção # 1</b> <b>Estratégia de intervenção para portadores de Diabetes Mellitus</b>	<b>Criação de um grupo de acompanhamento chamado Doce Saúde com apoio da equipe do NASF ( Nutricionista , Treinador Físico, Fisioterapeuta e Farmacêutico)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mudanças no estilo de vida</li> <li>-Reorganização dos hábitos alimentares</li> <li>-Controle dos fatores de risco</li> <li>-Diagnóstico precoce de complicações</li> <li>-Tratamento adequado</li> <li>-Estímulo ao auto-cuidado</li> <li>-Melhoras na qualidade de vida</li> </ul>	<p>Dar continuação às atividades do grupo , encontros mensuais</p> <p>Avaliação trimestral dos pacientes pela equipe</p> <p>Interconsulta com serviços especializados da atenção secundária</p> <p>Implementar a estratégia chamada “Doce Saúde na Criança” para a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis desde a infância</p>
<b>Microintervenção # 2</b> <b>Acolhimento com classificação de risco à demanda espontânea “Sem muros , sem barreiras”</b>	<b>Criação de uma estratégia para a implementação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhora no acolhimento da à demanda espontânea</li> <li>-Aceitação pela comunidade</li> <li>-Apoio de toda a equipe</li> </ul>	<p>Necessidade de educação permanente da equipe enquanto à classificação de risco</p> <p>Avaliar possíveis mudanças com a aplicação da PEC</p>

<p><b>Microintervenção # 3</b>  <b>Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério</b></p>	<p><b>Criação de um grupo de gestantes para o acompanhamento do Pré-Natal, Parto e Puerpério, chamado Mães Corujas da Pompéia, com o objetivo de desenvolver ações educativas e preventivas, proporcionar orientações para o parto e a amamentação, criar um espaço de socialização e complementar o atendimento realizado nas consultas do Pré-Natal</b></p>	<p>-O grupo começou, mas não conseguimos dar continuidade ao projeto devido às dificuldades enfrentadas pela equipe, ficamos sem enfermeira durante 6 meses</p>	<p>Já foi avaliada pela equipe a continuidade do projeto com a incorporação de uma nova enfermeira e com o apoio da direção da UBS</p>
--	---	---	--

<p><b>Microintervenção # 4</b> <b>Saúde Mental</b></p>	<p><b>Criação de instrumentos de registro e acompanhamento de pacientes portadores de Doença Mental</b> <b>Foi aberto um livro para acompanhamento de pacientes portadores de Doença Mental</b></p>	<p>Melhora do controle e acompanhamento dos pacientes e incorporação aos grupos de acompanhamento psicossocial implantados na UBS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Grupo de adolescentes</li> <li>-Grupo de pacientes com Doença Mental e uso de álcool e outras drogas</li> <li>-Grupo de idosos</li> </ul> <p>Diminuição do uso de psicotrópicos e consultas em serviços especializados</p>	<p>Avaliação trimestral em consulta e acompanhamento domiciliar</p> <p>Interconsultas com o CAPS , Zona Norte I e consulta especializada em psiquiatria na Policlínica Norte I</p> <p>Nos casos de emergência, as UPAs de Pajuzara e Potengi</p>
--	---	--	--

<p><b>Microintervenção # 5</b> <b>Linha de cuidados em saúde da criança</b></p>	<p><b>Foi feito um recadastramento de crianças até 5 anos de idade , com prioridade até 2 anos . Atualização de consultas de puericultura e do calendário vacinal das crianças .</b> <b>Atenção especializada a crianças com sobrepeso e obesidade com apoio da equipe do NASF.</b> <b>Realização de ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até 6 meses</b></p>	<p>-Elaboração de ficha espelho para acompanhamento da criança -Realização do CD individual e coletivo com apoio da equipe do NASF</p>	<p>Continuação da realização do CD individual e coletivo Atualização do calendário vacinal Necessidade de treinamento para técnicas de enfermagem enquanto à vacinação com BCG e teste do pezinho Estabelecer prioridades de atendimento e acompanhamento para crianças com vulnerabilidade social</p>
<p><b>Microintervenção # 6</b> <b>Desafio de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS</b></p>	<p><b>-Criação de um grupo de acompanhamento para pacientes com DCNT</b> <b>-Atualização de cadastro individual</b> <b>-Desenho de instrumentos por parte do NASF</b></p>	<p>-Foi aberto um livro de acompanhamento para consultas de Hipertensão -Câmbios no estilo de vida -Prática de atividade física -Reorganização dos hábitos alimentares -Controle de fatores de risco -Diagnóstico precoce de complicações</p>	<p>Encontros mensuais Avaliação trimestral e anual Incorporar as PIC para o controle das DCNT</p>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram elaboradas pela equipe 6 Microintervenções e implementadas 5 durante o ano de trabalho de 2018. A primeira foi à elaboração de uma estratégia para o acompanhamento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus com resultados positivos na prevenção , tratamento e acompanhamento junto à equipe do NASF e a UBS. Foi melhorado o acesso aos serviços de saúde da nossa comunidade com a implementação da estratégia de acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco : “Sem Muros, Sem Barreiras”.Constituiu um desafio , já que nunca tinha sido feito na UBS.Resultados favoráveis mostram a eficácia da estratégia . Hoje todos os nossos pacientes são acolhidos e orientados pela equipe.

Mães Corujas da Pompéia foi uma estratégia desenvolvida à formação de um Grupo de Gestantes com o objetivo da criação de um espaço para a Promoção em Saúde nas grávidas e melhora da qualidade da assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério. Dificuldades apresentadas pela equipe, que ficou 5 meses sem enfermeira, impediram a realização do projeto que já está sendo retomado para o próximo ano. A Microintervenção número 4 foi direcionada aos cuidados dos pacientes com Doença Mental. Foram elaborados vários instrumentos para o adequado acompanhamento , contamos com a equipe do NASF e o funcionamento na UBS de grupos de atenção psicossocial.Finalmente a equipe avaliou a necessidade de Educação Permanente e Continuada ao tema de Doença Mental. Enquanto à linha de cuidados em Saúde da Criança a equipe avaliou as dificuldades apresentadas para um adequado acompanhamento . Foi confeccionada uma ficha espelho e reorganizado a atenção da criança com a realização do CD individual e o CD coletivo estabelecendo prioridades para crianças menores que 2 anos e sempre avaliando a vulnerabilidade social. Foi solicitada à direção da UBS a possibilidade de treinamento para outras técnicas de enfermagem na realização do teste do pezinho e vacinação com BCG.

O desafio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS já estava sendo desenvolvida desde a primeira Microintervenção dedicada aos cuidados dos pacientes com Diabetes Mellitus . Devido a que muitos deles também eram portadores de Hipertensão Arterial , Obesidade e Síndrome Metabólico a equipe sugeriu a formação de um grupo de acompanhamento para pacientes portadores de DCNT, criamos um instrumento para a classificação da atenção e ficha de acompanhamento ambulatorial e foi aberto um livro para o seguimento da consulta do Hiperdia. Atividades de Promoção de Saúde estão sendo

desenvolvidas em cada encontro do grupo. Resultados até agora alcançados são muito favoráveis, avaliados em mudanças no estilo de vida , prática de atividade física , reorganização de hábitos alimentares , diagnóstico precoce de complicações , tratamento adequado e diminuição do número de internamentos. Para conseguir esse resultado contamos com o apoio do NASF , da UBS e da comunidade , o que mostra a necessidade de uma equipe multidisciplinar no acompanhamento das DCNTs. Hoje somos a Grande Família da Pompéia , empenhada em oferecer “Saúde para Todos : Sem Muros , Sem Barreiras”.

## REFERÊNCIAS

### Microintervenção # 2

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica.–Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

### Microintervenção # 3

1.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos ; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0151\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_M.pdf).

2.Duncan B, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

3.Osório LC, et al. Grupos: teorias e práticas. Acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. cap. 3.

### Microintervenção # 5

1.Saúde da criança : Nutrição Infantil ; Série A , Normas e Manuais Técnicos . Cadernos de Atenção Básica Número 23. Ministério da Saúde –Brasilia DF , 2009

2.Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.



3. Brasil - Ministério da Saúde **Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica**

4. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. [Cadernos de Atenção Básica, n° 33], Ministério da Saúde, Brasília (2012)

**Microintervenção # 6**

1. Diretriz Brasileira De Diagnóstico E Tratamento Da Síndrome Metabólica. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) , Sociedade Brasileira sobre o estudo de Obesidade ( ABESO). Revista Brasileira de Hipertensão, Volume 7 , Número 4 , 2004. Arquivo Brasileiro de Cardiologia , Volume 84 , Suplemento 1 , Abril, 2005

**APÊNDICES**

## CAPÍTULO I :



Prefeitura Municipal do Natal  
A n o s s a c i d a d e

[

**Secretaria Municipal De Saúde Do NATAL-SMS**

**USF Pompéia-Distrito Sanitário Norte I**

**Instrumento para a qualificação da atenção aos pacientes diabéticos**

**Ficha de acompanhamento ambulatorial**

Nome do

paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Número de

prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço do

paciente: \_\_\_\_\_

Nome do

ACS: \_\_\_\_\_

Datas de consultas agendadas:

-Data

Assistência

Sim

Não

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hábitos tóxicos :

---

---

---

Avaliação clínica:

---

---

---

---

---

Exames complementários :

---

---

---

---

Complicações:

---

---

---

---

Tratamentos:

Não farmacológico:

---

---

---

---

---

Farmacológico:

---

---

---

---

Avaliação do autocuidado:

Alimentação :

---

---

---

Regularidade da atividade física :

---

---

---

Monitorização da glicemia capilar :

---

---

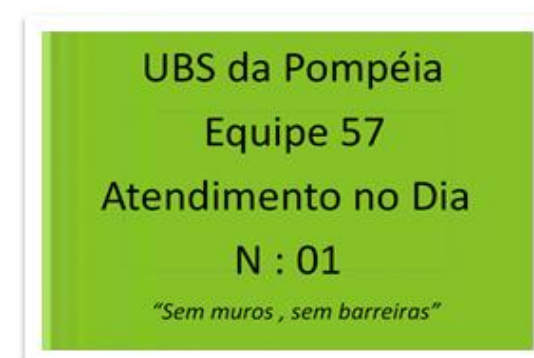
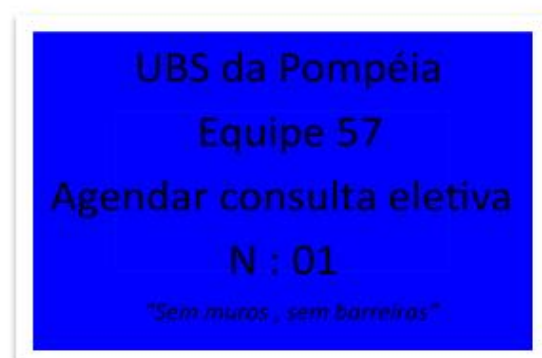
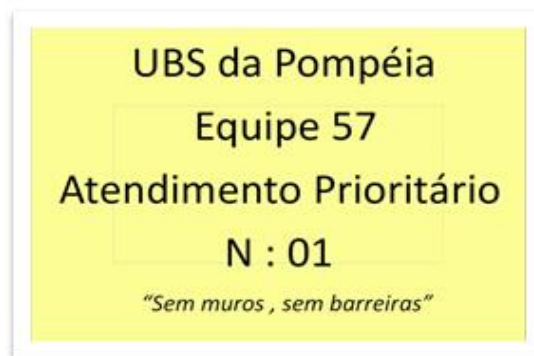
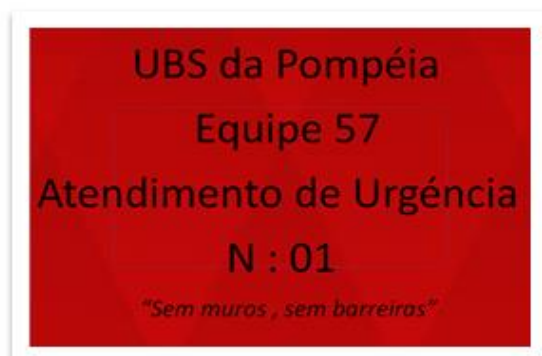
---

Autocuidado dos pés :

---

---

**CAPÍTULO II:**  
**CARTÕES DE DIFERENTES CORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**



## CAPÍTULO IV:



Prefeitura Municipal do Natal  
A n o s s a c i d a d e

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**UBS da Pompéia , Distrito Norte I**  
**ESF Equipe 57**

Registro de usuários em uso crônico de medicamentos para o tratamento dos Distúrbios Mentais

N*	Nome completo	N* de Prontuário	Diagnóstico						



Prefeitura Municipal do Natal

A n o s s a c i d a d e

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**UBS da Pompéia , Distrito Norte I**  
**ESF Equipe 57**

Registro de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico

ACS: \_\_\_\_\_

N*	Nome completo	Idade	N* de prontuário	Endereço	Diagnóstico





Prefeitura Municipal do Natal

A n o s s a c i d a d e

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**UBS da Pompéia , Distrito Norte I**  
**ESF Equipe 57**

Registro de usuários com necessidade decorrente do uso de crack , álcool e outras drogas

ACS: \_\_\_\_\_

N*	Nome completo	Idade	N* de prontuário	Uso de crack	Uso de álcool	Outras drogas



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**UBS da Pompéia , Distrito Norte I**  
**ESF Equipe 57**

**Ficha de acompanhamento de pacientes com Transtorno Mental**

ACS: \_\_\_\_\_

-Nome do paciente: \_\_\_\_\_

-Data de nascimento: \_/\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

-N\* de prontuário : \_\_\_\_\_

-Nome da mãe: \_\_\_\_\_

-Endereço: \_\_\_\_\_

( ) Sem residencia fixa ( ) Morador de rua

-Ponto de referência: \_\_\_\_\_

-Telefone: \_\_\_\_\_

**Aspectos da história psiquiátrica**

-Internação psiquiátrica no passado : ( ) Sim ( ) Não

-Tentativa grave de auto-extermínio no passado : ( ) Sim ( ) Não

-Uso contínuo de medicação psiquiátrica no momento : ( ) Sim ( ) Não

-Situação de abandono e/ou maus tratos : ( ) Sim ( ) Não

-Cárcere privado : ( ) Sim ( ) Não

-Sem autonomia para auto cuidado : ( ) Sim ( ) Não

-Já avaliado pela equipe de saúde mental : ( ) Sim ( ) Não

**Diagnóstico psiquiátrico segundo CID1—AP**

-Diagnóstico 1: \_\_\_\_\_

-Diagnóstico 2: \_\_\_\_\_

-Diagnóstico 3: \_\_\_\_\_

**Tratamento**

---

---

---

---

**Tipo de acompanhamento**

- ( ) Acompanhado pela ESF
- ( ) Acompanhado pelo NASF
- ( ) Acompanhado pelo CAPS
- ( ) Sem acompanhamento regular de nenhum serviço

**Necesita de supervisão para o tratamento :** ( ) Sim ( ) Não

**Visitas domiciliares regulares :** ( ) Sim ( ) Não

**Medicação de depósito e intervalo de aplicação :** ( ) 2 semanas ( ) 3 semanas  
( ) 4 semanas

## CAPÍTULO V:



**Secretaria Municipal de Saúde  
UBS da Pompéia , Distrito Norte I  
ESF Equipe 57**

**Ficha Espelho Para O Acompanhamento Da Criança**

**ACS:** \_\_\_\_\_

**-Nome da criança:** \_\_\_\_\_

-Data de nascimento: \_/ \_/ \_                      Sexo: ( ) M    ( ) F

-N\* de prontuário : \_\_\_\_\_

-Nome da mãe: \_\_\_\_\_

-Nome do pai: \_\_\_\_\_

-Endereço: \_\_\_\_\_

-Telefone: \_\_\_\_\_

I-Pré natal : Intercorrências

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

II-Parto e pós parto :

Tipo de parto : ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesárea

Intercorrências : \_\_\_\_\_

III- Nascimento

Peso : \_\_\_\_\_    Comprimento : \_\_\_\_\_    Perímetro cefálico : \_\_\_\_\_

Ápgar :    1min \_\_\_\_\_    5min \_\_\_\_\_

IG : \_\_\_\_\_    Tipagem sanguínea : \_\_\_\_\_

IV- Exame de triagem neonatal

-Maniobra de Ortolani : ( ) Negativo    ( ) Positivo    Data: \_\_\_\_\_

-Teste do reflexo vermelho : ( ) Normal ( ) Alterado

Conduta : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

-Teste do pezinho : ( ) Sim ( ) Não Data: \_\_\_\_\_

-Triagem auditiva : ( ) Sim ( ) Não Data: \_\_\_\_\_

Resultado : OD \_\_\_\_\_ OI \_\_\_\_\_

-Teste do coraçãozinho : Data \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

-Anamnesis : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-Exame físico : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-Amamentação : \_\_\_\_\_

-Avaliação antropométrica: \_\_\_\_\_

-Imunizações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-Suplementação de ferro : \_\_\_\_\_

-Suplementação de vitamina A: \_\_\_\_\_

-Acidentes: \_\_\_\_\_

-Vulnerabilidades: \_\_\_\_\_

**Tabela de registro da Avaliação Antropométrica :**

DATA	IDADE	PESO	CUMPRIMENTO	PERÍMETRO CEFÁLICO	IMC	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL


**CAPÍTULO VI:**

**Prefeitura Municipal do Natal**  
A n o s s a c i d a d e

**Secretaria Municipal De Saúde Do NATAL-SMS**  
**USF Pompéia-Distrito Sanitário Norte I**

**Instrumento Para A Qualificação Da Atenção Aos Pacientes Com DCNT**  
**Ficha De Acompanhamento Ambulatorial**

Nome do  
paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Número de  
prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço do  
paciente: \_\_\_\_\_

Nome do  
ACS: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares de :

HAS:        ( ) Sim ( ) Não

Diabetes Mellitus:        ( ) Sim ( ) Não

Obesidade:        ( ) Sim ( ) Não

Infarto cardíaco:        ( ) Sim ( ) Não

AVC: :        ( ) Sim ( ) Não

Antecedentes pessoais :

HAS:        ( ) Sim ( ) Não

Diabetes Mellitus:        ( ) Sim ( ) Não

Obesidade:        ( ) Sim ( ) Não

Infarto cardíaco:      ( ) Sim ( ) Não

AVC:                    ( ) Sim ( ) Não

Hábitos tóxicos :

---

---

---

Avaliação clínica:

---

---

---

---

---

Exames complementários :

---

---

---

---

Complicações:

---

---

---

---

Tratamentos:

Não farmacológico:



---

---

---

---

Farmacológico:

---

---

---

---

Avaliação do autocuidado:

Alimentação :

---

---

---

Regularidade da atividade física :

---

---

---

Monitorização da glicemia capilar :

---

---

---

Autocuidado dos pés :

---

---

---

**ANEXOS**

## CAPÍTULO I

### METAS LABORATORIAIS PARA O TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 2

Parâmetro	Metas laboratoriais	
	Metas terapêuticas	Níveis toleráveis
hemoglobina glicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ao redor de 7% em adultos.</li> <li>• entre 7,5% e 8,5% em idosos, dependendo do estado de saúde.</li> </ul>	As metas devem ser individualizadas de acordo com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• duração do diabetes.</li> <li>• idade/expectativa de vida.</li> <li>• comorbidades.</li> <li>• doença cardiovascular.</li> <li>• complicações microvasculares.</li> <li>• hipoglicemia não percebida.</li> </ul>
glicemia de jejum	<100 mg/dL	<130 mg/dL
glicemia pré-prandial	<100 mg/dL	<130 mg/dL
glicemia pós-prandial	<160 mg/dL	<180 mg/dL

*Adaptado de: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2017. Diabetes Care. 2017. | Disponível em: [http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc\\_40\\_s1\\_final.pdf](http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf). Acesso em 09 de janeiro de 2017.*

### FREQUÊNCIA DE TESTES

FREQUÊNCIAS SUGERIDAS DE TESTES DE GLICEMIA CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE	
CONDIÇÃO CLÍNICA	FREQUÊNCIA DE TESTES
<b>NECESSIDADE MAIOR DE TESTES</b>	<b>PERFIL GLICÊMICO: 6 TESTES POR DIA, POR 3 DIAS NA SEMANA, DURANTE 2 SEMANAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início do tratamento</li> <li>• Ajuste da dose do medicamento</li> <li>• Mudança de medicação</li> <li>• Estresse clínico e cirúrgico (infecções, cirurgias, etc...)</li> <li>• Terapias com drogas diabetogênicas (corticosteroides)</li> <li>• Episódios de hipoglicemia graves</li> <li>• A1C elevada com glicemia de jejum normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar</li> <li>• Testes pós-prandiais: 2 horas após o café, do almoço e do jantar</li> <li>• Testes adicionais para paciente do tipo 1 ou 2 usuário de insulina:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hora de dormir</li> <li>- madrugada (3 horas da manhã)</li> </ul> </li> </ul>
<b>NECESSIDADE MENOR DE TESTES</b>	<b>FREQUÊNCIA VARIÁVEL*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condição clínica estável. Baixa variabilidade nos resultados dos testes, com A1C normal ou quase normal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo 1 ou Tipo 2 usuário de insulina:</b> pelo menos 2 testes por dia em diferentes horários.</li> <li>• <b>Tipo 2:</b> pelo menos 2 testes por semana, em diferentes horários</li> </ul>
(*) = De acordo com o grau de controle glicêmico. É recomendável o aconselhamento médico.	
<i>Elaborado pelos autores.</i>	

## CAPÍTULO II:

### CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

#### Situação não aguda

##### Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

#### Situação aguda ou crônica agudizada

##### Condutas possíveis:

- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.