



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 – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**INTERVENÇÕES DENTRO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
PRESTADA NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ-AP: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

EDER RODRIGUES NAZÁRIO

NATAL/RN
2018

INTERVENÇÕES DENTRO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO MUNICÍPIO DE
MACAPÁ-AP: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EDER RODRIGUES NAZÁRIO

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: Cleyton César Souto Silva

Agradeço primeiramente a Deus, por trilhar meus passos e estar sempre perto de mim.
Aos meus pais José e Maria, que mesmo longe geograficamente, nunca mediram esforços
para que eu chegasse até essa etapa de minha vida.
Meu irmão Wender, por entender e estar junto nessa caminhada.
Meu amigo Luiz Felipe, por ter me aturado e ouvido nas horas difíceis.

Agradeço imensamente a ESF 056, que se tornou minha segunda família.

Enfermeira Lola Peres

Tec em Enfermagem Luciana, Nilma, Salete e Francilene

Agente de Saúde: Dionei, Bruno, Kátia, Valcirene, Valdirene e Augusto.

Também agradeço a direção da UBS.

E por último ao curso de Especialização em Saúde da Família, em especial Prof. Cleyton

César, também orientador desse trabalho.

RESUMO

O trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte foi feito durante o ano 2018 e as atividades realizadas foram desenvolvidas na cidade de Macapá. Possui como objetivo descrever as intervenções realizadas, demonstrando resultados e dificuldades na execução, além das melhorias realizadas pós-intervenção. Como metodologia optou-se pelo relato de experiência para descrever de forma precisa as microintervenções para contribuir de forma significativa na área de saúde pública. Dentro de cada atividade executada, os resultados eram expostos, com pontos positivos, pontos negativos, potencialidades, fragilidades, e problemas durante execução. Enfatiza-se sobre o quanto a equipe de saúde esteve aberta e empenhada em aprender, trocar informações e colaborar nesse processo de evolução. E ainda ressaltar a importância de cada vez mais capacitar os profissionais da atenção básica, como exemplo a especialização em Saúde da Família e Comunidade, para cada vez mais quebrar preconceitos e paradigmas, melhorando a qualidade da assistência prestada onde esses profissionais estão inseridos.

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
CAPÍTULO I: Observação de Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Macapá-AP.....	08
CAPÍTULO II: Intervenção dentro Uma Equipe de Saúde da Família para Melhoria do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada no Município de Macapá-AP.....	15
CAPÍTULO III: Atividade Educativa com Grupo de Gestantes da UBS Cidade Nova, Macapá-AP.....	20
CAPÍTULO IV: Linha de Cuidado Singular como Forma de Atenção Integral em Saúde Mental em Macapá-AP.....	26
CAPÍTULO V: Otimização do Acompanhamento Regular de Crescimento e Desenvolvimento das Crianças Cadastradas na UBS Cidade Nova, Macapá-AP.....	31
CAPÍTULO VI: Relato do Processo de Trabalho de Uma Equipe de Saúde da Família no Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Macapá-AP.....	35
CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação das Atividades Realizadas durante o Ano de 2018.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES.....	50
ANEXOS.....	57

APRESENTAÇÃO

[O curso de Especialização em Saúde da Família possui duração de 48 semanas, com carga horária – CH total de 360h, sendo 345 à distância, via AVASUS, e 15h presenciais, no Seminário de Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

O trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte foi feito durante o ano 2018, e as atividades realizadas foram desenvolvidas na cidade de Macapá, onde resido e atuo na atenção básica por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Esse trabalho possui 7 capítulos conforme sumário, cada qual com uma microintervenção diferente, referente aos principais eixos de temas da Atenção Básica como: Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério, entre outros.

Tal pesquisa tem como objetivo descrever as intervenções realizadas pelo especializando, demonstrando resultados e dificuldades na execução, além das melhorias realizadas pós intervenção.

Como metodologia optou-se pelo relato de experiência para descrever de forma precisa as micro intervenções para contribuir de forma significativa na área de saúde pública.

Assim convido a todos a apreciarem a leitura completa do trabalho com o propósito de conhecer a realidade local e as intervenções realizadas.

CAPÍTULO I: Observação de Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Macapá-AP

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), funciona como um processo constante de melhoria do acesso e qualidade. Os resultados das avaliações que os questionários fornecem devem proporcionar conhecimento às equipes e à gestão, de forma a buscar o planejamento das ações e corroborar para as tomadas de decisões. Lembrando que enquanto ciclo contínuo, deve existir uma constante monitorização dos processos, para o alcance de padrões de qualidade padronizados pelo PMAQ, permitindo reconhecer as prioridades de educação permanente, programação e contratualização de ações e apoio institucional. (BRASIL, 2016).

Para que tal processo funcione de forma contínua, surge a necessidade de definir quais indicadores serão utilizados para mensurar os resultados e o desempenho da gestão e das equipes de saúde. De acordo com o proposto, no PMAQ foram escolhidos alguns indicadores de monitoramento do desempenho da Unidade de Saúde. Por meio deles, é possível acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas; e analisar desempenho. (BRASIL, 2015)

Lembrando que a importância do monitoramento é refletida em cinco objetivos específicos da ação (BRASIL, 2015):

1. Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;
2. Subsidiar a definição de prioridades e planejamento de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo;
3. Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
4. Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicação de metas e resultados alcançados;
5. Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os pontos positivos, motivando as equipes e gestores.

No atual ciclo do PMAQ (3º ciclo - 2016/2017), são selecionados 12 indicadores de desempenho, sendo 11 para equipes de atenção básica, conforme tabela.

Grupo	Indicador de desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

FONTE: BRASIL, 2016.

Os indicadores acima devem ter maior correspondência com elementos integrantes da fase de desenvolvimento, considerando os princípios da Atenção Básica presentes na PNAB e sua relevância para melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2016).

De acordo com a realidade local da Unidade Básica de Saúde Cidade Nova, localizada na cidade de Macapá – AP, encontrando-se em casa alugada, adaptada para execução das atividades pelas equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF, não condizendo com as características ideais preconizadas pelo Ministério da Saúde, atrapalhando o processo de cuidado a população. Além disso houve um período aproximadamente 8 meses, sem a presença de qualquer médico na Equipe em que participo atualmente, fazendo com que a população adscrita ficasse sem qualquer tipo de atendimento médico, trazendo prejuízo imenso no processo de cuidado.

Com tais problemas supracitados, houve um processo de mudança imenso desde de janeiro, para atender as demandas da população, e reconhecimento do território adscrito, porém não houve qualquer monitorização dos indicadores propostos pelo 3º ciclo do PMAQ. Trabalhamos com o sistema E-SUS CDS, e não existe qualquer forma de se gerar relatórios baseados nas informações lançadas no sistema. Procuramos ainda a Gestão Municipal sobre esses relatórios, e nos foi passado que também era impossível a geração de relatórios baseados pela plataforma E-SUS CDS, trazendo dificuldades em qualquer tipo de monitorização que seja implantado.

Baseado na realidade local, com a necessidade de conhecer mais sobre a qualidade da assistência prestada a população, será aplicado o AMAQ. Já pela falta de monitorização de indicadores, com a ausência do Prontuário Eletrônico e com a dificuldade de geração de relatórios via E-SUS CDS, será escolhido um indicador que se consiga monitorar de forma efetiva com trabalho manual.

Essa 1ª microintervenção possui os seguintes objetivos:

1. Avaliar a qualidade da assistência da Atenção Básica local por meio do AMAQ.
2. Propor e executar uma Matriz de Intervenção.
3. Selecionar um indicador de desempenho da qualidade da Atenção.
4. Refletir sobre melhorias para o cuidado de saúde de forma integral.

Referente a Matriz de Intervenção será aplicado o questionário de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ, por meio de reunião programada com toda a equipe de saúde, para identificação da realidade local, permitindo conhecer as fragilidades da equipe sob as diversas dimensões e subdimensões do questionário, permitindo atuar de forma ativa, buscando meios de melhorar a qualidade da assistência prestada para a comunidade.

Baseado nos resultados da Autoavaliação será escolhida uma fragilidade encontrada, com nota menor ou igual a 5, com a capacidade de intervenção nos determinantes proximais, sem depender de outros setores. Tal fragilidade será trabalhada em equipe, e criada uma Matriz de Intervenção definindo dimensão, subdimensão, padrão, e problema encontrado, permitindo elaboração de estratégias para se alcançar os objetivos, atividades que serão realizadas, recursos necessários para implantação, resultados esperados, profissionais responsáveis com a execução da intervenção, e mecanismo para se monitorar os resultados obtidos.

Já sobre a monitorização de indicadores de desempenho com as dificuldades de obtenção de informações será utilizado algum indicador que seja fácil monitoramento, inclusive de forma manual, sem depender de informática e sistemas complexos.

Sendo assim, foi convocado uma reunião com todos os profissionais da equipe de saúde para a aplicação do AMAQ na própria Unidade Básica de Saúde. Houve uma certa resistência, pois até então raramente ocorriam reuniões presenciais, e os problemas pendentes eram resolvidos por aplicativo de mensagens.

Apesar disso, houve o comparecimento de todos, permitindo um olhar global de todo grupo de profissionais. O local escolhido foi um dos consultórios médicos, já que a UBS possui problemas de infraestrutura pertinentes, que prejudicam ações em grupo.

A aplicação do questionário durou toda parte da manhã do dia estipulado, onde haviam discussões e comentários de parte dos profissionais.

Após a exposição dos resultados, verificou-se que a equipe não realiza reuniões periódicas semanais, e que tal fato era possível intervenção por meio de determinantes proximais. Sendo assim houve interesse em mudar a realidade, elaborando a Matriz de Intervenção abaixo.

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

NOTA RECEBIDA: 3

UNIDADE DE ANÁLISE: Equipe de Atenção Básica						
DIMENSÃO: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde						
SUBDIMENSÃO: K - Organização do processo de trabalho						
DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.15 A equipe realiza reuniões periódicas						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA: A equipe não realiza reuniões periódicas, apenas de acordo com necessidade.						
OBJETIVO: Realizar reuniões semanais com toda equipe sem prejudicar o fluxo de atendimento.						
Estratégias para alcançar o objetivo	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Respaldo da direção da UBS. Conscientizar os usuários.	Dialogar com a Gerência da UBS Cidade Nova. Informar aos pacientes sobre a importância das reuniões de equipe para melhoria aos cuidados em saúde	Sala disponível. Compromisso de cada profissional com a equipe.	Realização de reuniões semanais. Discussão de casos. Planejamento de ações de saúde. Educação permanente. Organização das visitas domiciliares	Eder (Médico) Lola (Enfermeira) Nilma (Tec. Enferm)	Implantação até 06/2018	Criação de livro de frequência das reuniões, com data e horário, permitindo que todos profissionais tenham acesso as informações

Com a implantação da Matriz de Intervenção, sob responsabilidade compartilhada minha com outros profissionais, esperamos que em breve consigamos colocar em prática a intervenção. Existe uma necessidade de comunicação entre a equipe de forma presencial, para discutir sobre acontecimentos da semana, protocolos, verificação de problemas da equipe, educação permanente e troca de informações entre todos os membros. O uso de aplicativo de mensagens será utilizado apenas para casos pontuais, não substituindo a reunião presencial. O controle de frequência não possui caráter punitivo sobre o profissional faltoso, mas exerce o papel de monitoramento das participações das reuniões.

Essas reuniões serão realizadas semanalmente sempre no mesmo horário, para criação de hábitos na equipe de saúde.

Sobre as dificuldades que poderão encontradas, podem surgir descontentamento por parte de algum membro da equipe, já que a reunião demanda tempo e participação de todos. Então acredito que nas primeiras reuniões podem haver profissionais faltosos, ou que não participem de forma ativa na mesma. Aos poucos iremos reavaliar de forma contínua sobre as reuniões, escolhendo o dia e horário mais oportuno para todos, fazendo as readequações que forem necessárias para o melhor aproveitamento desse tempo em grupo.

Já sobre o monitoramento de indicadores, após discussão com equipe de saúde por meio de reunião, com toda a falta de sistema e com o prontuário manual, foi escolhido o Indicador Percentual de encaminhamentos para serviços especializados. Será utilizado um controle manual de atendimentos a partir do mês de maio/2018, onde diariamente será registrado os dados dos pacientes atendidos com as seguintes variáveis:

Iniciais do Nome;

Sexo;

Idade;

Tipo de Consulta (Primeira/Retorno);

Problemas de Saúde;

Descrição dos Encaminhamentos Serviço Especializado.

Assim ao final de cada mês, será realizado um consolidado mensal, de forma manual, permitindo gerar gráficos e conseguir estipular o Índice de Resolutividade e o Índice de Encaminhamentos da Equipe de Atenção Básica, de forma contínua mensalmente.

Espera-se que com a implantação da monitorização do indicador de encaminhamentos, seja possível conhecer a realidade da Equipe de Saúde, por meio dos resultados obtidos, já que não existe nenhuma forma de monitorização de qualquer indicador. Assim, facilitará a estipulação de metas na busca de um melhor índice de resolutividade da atenção primária.

Será possível também verificar quais as áreas médicas os pacientes mais são encaminhados, de acordo com a realidade local da comunidade. Tais dados podem ser direcionados para a Secretaria Municipal de Saúde de Macapá, e verificar a probabilidade de contratação de profissionais dessas áreas demandadas para atuarem na Atenção Básica

por meio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, atuando conjuntamente com a equipe de saúde local, e a possível interação entre ESF e NASF, por meio de consultas compartilhadas, realizando um cuidado integral a saúde da população adscrita. Além disso, há a diminuição da fila de espera dos encaminhamentos para outros setores da saúde, como exemplo na cidade o Hospital das Clínicas Dr Alberto Lima.

Referente as dificuldades que poderão ser encontradas podemos destacar sobre o preenchimento dos dados. Para execução da monitorização do índice existe a necessidade de responsabilidade para alimentação com inserção dos dados no caderno. Lembrando que tudo será feito de forma manual devido a dificuldades tecnológicas em Macapá. Podem ocorrer a falta de inserção, ou ainda o preenchimento dos dados incompleto, que pode prejudicar no resultado, trazendo um viés de informação.

Esses conhecimentos foram adquiridos durante o Curso de Especialização em Saúde da Família do PEPSUS em que as atividades são elaboradas com base no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção. Dessa forma conseguimos aplicar tais conteúdos na prática diária da equipe de saúde, melhorando indicadores da equipe e preparação para avaliação externa para cada módulo estudado, como o finalizado agora que gerou este capítulo.

CAPÍTULO II: Intervenção dentro Uma Equipe de Saúde da Família para Melhoria do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada no Município de Macapá-AP

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve cumprir três funções especiais (MENDES, 2002):

- Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- Organização: visa organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Baseado no princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde exige-se que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. Logo deve-se prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e atuar como um agente para a prestação de serviços de necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção. Portanto, esse princípio é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013).

Uma das formas de sanar as necessidades comuns se dá por meio do processo de acolhimento. Lembrando que o acolhimento tem como objetivo a INCLUSÃO, pois avalia sob a ótica das vulnerabilidades e organiza as demandas programadas e as imprevistas. Totalmente divergente da triagem que possui como objetivo a EXCLUSÃO: “quem não deveria estar aqui”.

Lembrando da realidade local da Unidade Básica de Saúde Cidade Nova localizada em Macapá – AP, com todos os problemas relacionados a falta de estrutura física, indo contra os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, será difícil executar o acolhimento de forma adequada, impedindo uma troca de informações entre o usuário e o profissional, prejudicando a criação de vínculo com a equipe. Atualmente a UBS possui 5 equipes de ESF atuando conjuntamente com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, que possui os seguintes profissionais: psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e assistente social. A UBS apresenta uma única recepção pequena, que comporta no máximo 8 a 10 pacientes. Existem dois consultórios com banheiro em cada, e mais um consultório improvisado por meio de divisória da recepção, não havendo qualquer privacidade por conta do escape sonoro. Esses consultórios são divididos por horários entre as 5 equipes de ESF's mais a equipe de NASF.

Com falta de espaço e com o excesso de funcionários na UBS, o acolhimento por meio da escuta qualificada fica impossibilitado. Por esse motivo o alvo dessa microintervenção será sobre o aperfeiçoamento da equipe para implantar o acolhimento.

Durante o final de abril e mês de maio de 2018, ao longo do Módulo de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada do Curso de Especialização em Saúde da Família do PEPSUS houve capacitação durante as reuniões semanais realizadas após Matriz de Intervenção do Capítulo 1 desse trabalho.

Tais capacitações com toda equipe de saúde tiveram diversas abordagens para quebrar o paradigma de que Acolhimento é o mesmo que o processo de Triagem, fazendo a equipe entender que o Acolhimento visa incluir aquele usuário na equipe enquanto a triagem tende a segregar e separar os usuários de acordo com os problemas de saúde identificados.

O Acolhimento assume a função de promover, prevenir, proteger, cuidar e recuperar. É a atitude técnico-assistencial pautada pela ética e pela empatia. Entretanto, essa mesma característica técnico-assistencial possibilita uma inflexão e uma reflexão do que somos e fazemos.

Foi realizada também a implantação de um novo sistema de atendimento. Antes era liberado 12 vagas por turno na agenda médica, e raramente havia tempo para os “encaixes”, fazendo com que a demanda espontânea não fosse atendida de forma adequada. Nesse processo as vagas eram cada vez mais sendo ocupadas, havendo o surgimento de filas para marcação de consulta, já que não havia nenhum controle e monitoramento da agenda. Com a implantação do novo processo, trabalha-se com as duas demandas (Programada e Espontânea), com destinação em torno de 7 a 8 vagas para demanda Programada, e o restante para demanda espontânea. Caso não seja preenchida todas as vagas, os agentes comunitários de saúde fazem convocações de usuários que necessitam de atendimento médico, mas que não agendaram consulta.

Como a UBS não dispõe de sala de curativos, sala de observação, sala de inalação, sala de procedimento, nem tampouco insumos e medicações para urgências, não existe a possibilidade de atendimento as Urgências e Emergências da Atenção Básica. Assim os pacientes são encaminhados para outras Unidades Básicas de Saúde com estrutura física e com insumos e medicações para receberem esse tipo de paciente. A grande maioria da população já conhece a estrutura da UBS Cidade Nova, e já procuram outras Unidades pois

sabem que terão suas necessidades resolvidas. De tal forma que a classificação de risco de Manchester não é aplicada dentro do estabelecimento de saúde.

Para sucesso e eficácia das consultas clínicas dentro da Atenção Básica, necessita-se de três partes fundamentais: estrutura, processos e resultados. Como a parte de estrutura depende de outros setores superiores da administração municipal, além da Equipe de Saúde, optei por abordar apenas as duas últimas partes. O que mais exemplificaria os processos seria o prontuário do paciente. Lembrando que o prontuário tem a função de comunicação entre os profissionais que assumem o cuidado da pessoa em questão, entre diferentes serviços de uma mesma instituição e entre os níveis de atenção de um sistema de saúde com o usuário. Tem, ainda, a função educativa, pois registra o histórico científico; bem como administrativa, para análises financeiras, sendo base para auditorias.

O Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) é um dos principais modelos de registro adotados na Atenção Primária a Saúde mundial, permitindo a identificação de todos os problemas da pessoa e obriga a relacionar cada problema com os restantes, assim como a registrar um raciocínio e um plano para cada problema.

Durante o Módulo de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada da Especialização foi elaborado um modelo de RCOP junto com a equipe de saúde da qual atuo. Esse modelo de registro foi criado durante as reuniões semanais com a participação de todos os profissionais. Depois de recebido feedback do facilitador pedagógico, para ajustes de detalhes, tal modelo foi encaminhado para Direção da UBS para avaliar a possibilidade de implantação dentro da Unidade Básica de Saúde e encontra-se nos anexos deste trabalho.

As fragilidades encontradas para realização da microintervenção baseiam-se na estrutura física do estabelecimento onde não há espaço reservado e apropriado para acolhimento, bem como consultórios que estejam dentro das normas previstas pelo Ministério da Saúde, impedindo um encontro entre profissional e usuário de qualidade, quebrando a continuidade do cuidado. Existe uma grande expectativa dos profissionais de saúde e da população atendida para a entrega da nova UBS nos moldes do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde. Enquanto isso trabalhamos com os recursos disponíveis e empenho em minimizar os efeitos relacionados a falta de estrutura da melhor forma possível.

Sobre as potencialidades gostaria de enfatizar sobre o quanto a equipe de saúde encontra-se aberta e empenhada em aprender, trocar informações e colaborar nesse

processo de evolução durante o Curso de Especialização em Saúde da Família. Aos poucos vou conseguindo implantar novas metodologias de trabalho, e o retorno da equipe que faço parte é gratificante, trazendo melhorias para os profissionais e principalmente para os usuários do Norte do Brasil, em específico a querida cidade de Macapá.

CAPÍTULO III: Atividade Educativa com Grupo de Gestantes da UBS Cidade Nova, Macapá-AP

O conceito de saúde reprodutiva contempla o estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição, está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio (NACIONES UNIDAS, 1995).

Por meio da Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades:

1. Aconselhamento;
2. Atividades Educativas;
3. Atividades Clínicas.

O aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal, que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro (BRASIL, 2013, p. 61).

Segundo Brasil (2013) as atividades educativas devem ser organizadas para que os usuários que buscaram aconselhamento sobre planejamento reprodutivo possam ser informados de forma coletiva sobre seus direitos em saúde sexual e reprodutiva, a respeito dos métodos contraceptivos disponíveis no SUS e sobre a avaliação pré-concepcional e a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Lembrando que as atividades clínicas devem ser realizadas por médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Durante a anamnese, esses profissionais devem permitir que os usuários expressem livremente suas dúvidas em relação à vida sexual, aos métodos contraceptivos e também à assistência no ciclo

gravídico puerperal. Além disso, devem questionar sobre o comportamento sexual, identificando vulnerabilidade para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sobre o desejo de utilizar métodos contraceptivos e sobre o passado reprodutivo e as pretensões futuras. Finalmente, perguntar sobre quando fizeram pela última vez exames para prevenção de câncer de colo de útero, mama, próstata e exames para investigação de IST. O exame físico deve contemplar a realização de inspeção e palpação das mamas, coleta de Papanicolau, exame de toque retal em homens com mais de 50 anos e identificação de sinais de DST. Após essa etapa, devem questionar se querem receber orientação e prescrição de método contraceptivo da sua livre escolha, se desejam dupla proteção contra gravidez não planejada e se precisam de orientação para engravidar ou encaminhamento para assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Vale ressaltar que o acompanhamento de gestantes de baixo risco é imprescindível para melhor atuação da Estratégia de Saúde da Família e está presente em seu escopo de ação. As rotinas estabelecidas nas unidades de saúde devem respeitar as peculiaridades do território adscrito. É primordial buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas e favorecer uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde (2012) assegura que o atendimento ou acompanhamento do pré-natal realizado nas unidades de saúde da família implica em infinitas possibilidades de ações que fomentem assistência de qualidade e atenção humanizada à mulher e familiares, dando destaque para algumas das ações primordiais:

- Acolhimento;
- Consultas e exames adequados;
- Identificação, monitoramento e acompanhamento de fatores de risco;
- Imunização;
- Atividades de educação em saúde;
- Visita domiciliar;
- Preparo para parto e nascimento humanizado.

Sobre o planejamento reprodutivo na realidade local de Macapá, existe o oferecimento de métodos contraceptivos para mulheres durante seu período reprodutivo durante todas as consultas. Durante o momento da anamnese, na parte final, onde a usuária encontra-se mais à vontade com o profissional de saúde é realizada essa abordagem, permitindo conhecer o interesse em engravidar, expectativas, relacionamentos. Os métodos

anticoncepcionais oferecidos são os mesmos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde no primeiro momento, e são escolhidos de forma conjunta entre profissional e paciente, permitindo a usuária a responsabilidade e o compromisso com sua saúde reprodutiva.

Na equipe de Atenção Básica 056 da Unidade Básica de Saúde Cidade Nova, todas as gestantes são acompanhadas durante o período gravídico-puerperal, com consultas alternadas entre médico e enfermeira, conforme os intervalos das consultas recomendados pelo Ministério da Saúde no caderno de Atenção Básica número 32.

Em Macapá existe uma baixa procura das mulheres em realizar precocemente o Pré-Natal na Atenção Básica. Muitas vezes recebemos e abrimos o Pré Natal com gestante com idade gestacional por volta de 30 semanas ou mais, sem qualquer busca por serviço médico anterior, prejudicando o número de consultas e a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde. Colaborando ainda para baixa adesão ao Pré-Natal, existe a proximidade entre Pará e Amapá por meio da rede fluvial do rio Amazonas, que traz gestantes do estado vizinho para buscar assistência em nossa cidade. Porém muitas iniciam o Pré-Natal tardiamente, e acabam faltando as consultas médicas, pela dificuldade de deslocamentos.

Para esse capítulo optou-se como microintervenção a execução de uma atividade educativa em grupo com as gestantes da comunidade. O lugar escolhido foi o Centro Comunitário Maria Imaculada cerca de 5 quadras da UBS, devido à falta de infra-estrutura para se realizar atividades coletivas dentro do estabelecimento de saúde. Como o espaço foi cedido, a data e horário foi pré-estipulados de acordo com os coordenadores do centro comunitário.

O grupo de profissionais tem como participantes as equipes de ESF e NASF da UBS, permitindo um cuidado integral da gestante, cada um contribuindo com o conhecimento na sua área de atuação, permitindo a obtenção dos resultados de promoção em saúde e prevenção de doenças durante o período gestacional.

A microintervenção foi realizada no dia 08/06/2018 pela parte da manhã com toda equipe 056 envolvida. Pela equipe NASF estavam presentes: psicóloga, nutricionista, assistente social, educador físico e fisioterapeuta.

Os seguintes temas foram abordados:

- Diagnóstico de gravidez;
 - Intervalo de consultas;
 - Exames complementares;
-

- Estado nutricional e ganho de peso;
- Vacinação na gestação;
- Preparo das mamas para amamentação;
- Aspectos psicoafetivos da gestação e puerpério;
- Queixas comuns na gestação;
- Prática de atividade física na gestação;
- Parto normal x Parto cesáreo.

Houve a presença de 11 gestantes que participaram da ação e fizeram perguntas aos profissionais. Ao final foram realizadas as seguintes ações:

- Marcação de consultas;
- Realização de teste rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C;
- Antropometria e Cálculo do IMC;
- Momento de alongamento e relaxamento;
- Lanche saudável para confraternização.

Sobre as potencialidades da ação educativa realizada, percebe-se uma maior interação entre as equipes de ESF e NASF, onde antes faziam cada um seu papel, mas de forma segregada. Quando há esse espaço para atuação em conjunto, percebemos uma busca pelo propósito em comum, permitindo compartilhar seus saberes e experiências. O projeto deu tão certo, que o grupo educativo se tornará semanalmente, buscando cada vez mais atingir gestantes de toda a comunidade.

Já na parte de fragilidades, ressalta-se o quanto uma UBS com estrutura adequada faz falta, tanto na parte de satisfação quanto na própria execução das atividades coletivas dentro da UBS. Com sala adequada seria possível a implantação de outros grupos dentro da UBS, mas que infelizmente torna impossível no momento.

Apesar do evento ter sido um sucesso, nota-se ainda a baixa adesão das gestantes sobre o cuidado com sua saúde, já que a mesma só busca o serviço por medo, quando algum problema de saúde surge, pelo método curativista.

Existe um grande desafio na cidade de Macapá, e até mesmo a nível estadual, em introduzir aos poucos os conceitos de promoção em saúde e prevenção de agravos dentro da população, já que a questão cultural permite a valorização apenas da atenção secundária e profissionais especialistas, tendendo a subestimar a atenção primária e seus profissionais envolvidos. Por isso a importância de cada vez mais capacitar os profissionais da atenção básica, como exemplo a especialização em Saúde da Família e Comunidade, para cada vez

mais quebrar preconceitos e paradigmas, melhorando a qualidade da assistência prestada onde esses profissionais estão inseridos.



CAPÍTULO IV: Linha de Cuidado Singular como Forma de Atenção Integral em Saúde Mental em Macapá-AP

A noção de Saúde Mental, diferentemente da visão patologizante da Psiquiatria, inclui a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, a utilização e avaliação das instituições e das pessoas que a usam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários, a organização e a programação de serviços de tratamento e de prevenção das doenças e de promoção da saúde (SARACENO, 2001).

Escolhidos oficialmente pelo Ministério da Saúde como estratégias para a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos que buscam como pressuposto a superação da dicotomia entre os diversos tratamentos. O CAPS congrega uma equipe multiprofissional, constituindo lugar de interlocução de vários saberes e conhecimentos, e deve estar aberto à comunidade e a seus problemas, além de contar com seus recursos (ALVES; GULJOR, 2004).

A ESF torna-se, assim, uma importante estratégia para a reinserção da pessoa com sofrimento psíquico, a partir do momento em que os profissionais percebem as famílias como responsáveis pela saúde de seus membros e não como uma simples cumpridora das determinações dos profissionais de saúde (ROSA; LABATE, 2003).

A APS desempenha importante papel no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial para os quadros graves de Saúde Mental, a exemplo das psicoses. Mesmo os pacientes acompanhados por serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial (como os CAPS), devem continuar sendo acompanhados pela rede básica de saúde, já que, além de demandas psiquiátricas e psíquicas, esse usuário precisa continuar sendo assistido em suas necessidades clínicas (BRASIL, 2013).

Na prática, o matriciamento acontece a partir de reuniões, com discussões a respeito dos casos de Saúde Mental identificados no território pela equipe da ESF. Em algumas ocasiões específicas, poderão ocorrer intervenções em conjunto (visitas domiciliares, atendimentos) para melhor “resolutividade” do caso. A linha orientadora das ações está na qualificação das equipes da ESF para uma atenção ampliada, que apreenda o indivíduo em sua totalidade de vida, reconhecendo os casos que podem ser acompanhados nas USF, aqueles que podem ser acolhidos pelos recursos sociais existentes na comunidade ou que necessitam de um cuidado especializado em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011).

Voltado para a equipe de ESF do bairro Cidade Nova, na cidade de Macapá em que atuo, percebe-se um número reduzido dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral.

Existe um caderno de registros feitos manualmente para seguimento desses pacientes. Normalmente quando existe algum evento agudo, O Agente de Saúde averigua as informações e realiza visita domiciliar para avaliação do meio familiar e esclarecimentos. Depois da visita domiciliar, o ACS encaminha as demandas para a enfermeira e médico, e se necessário há o atendimento domiciliar pelo médico, ou agendamento de consulta médica na UBS.

Para melhoria da qualidade da assistência prestada e para futura avaliação do PMAQ, foi elaborado uma planilha para registro e seguimento dos pacientes da Saúde Mental. Tal elaboração foi realizada no mês de julho junto com toda equipe de saúde durante as reuniões mensais estipuladas pela Matriz de Intervenção, e seguiu à risca todos os indicadores utilizados dentro do PMAQ, para um bom desempenho da equipe e atingir o objetivo de cuidar de forma integral desses pacientes. A planilha criada encontra-se em anexo ao final e também postada no Fórum do Módulo de Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

Para a microintervenção desse capítulo foi escolhida uma paciente atendida em julho desse ano em primeira consulta na UBS, 48 anos de idade, divorciada, caucasiana, natural e procedente de Macapá, Ensino Médio completo, do lar, testemunha de Jeová e possui dois filhos que vivem na casa. A mesma referia queixa de tristeza profunda, cansaço constante, irritabilidade com ataques de raiva com filhos, e aumento do sono há cerca de 2 anos. Nega ter procurado atendimento médico para queixas descritas. Nega tentativas e pensamentos suicidas recentes, alucinações, fobias. Não possui comorbidades, nega uso de medicamentos e sem alergias relatadas. No decorrer da consulta quando questionada sobre possíveis fatos importantes que interferem na sua vida, a mesma se emocionou e começou a chorar. Foi feito uma pausa e paciente relatou há dois anos houve traição pelo ex-marido, e durante momento de desespero, foi tentado suicídio com medicamentos que não se recorda, com necessidade de internação e lavagem gástrica. Conta que desde então sintomas se mantêm presentes em sua vida e que resolveu procurar ajuda na UBS, já que não tem mais acesso ao plano de saúde e passa por problemas financeiros por falta de pagamento da pensão alimentícia dos filhos. Ao final da consulta foi diagnosticada como

síndrome depressiva, com prescrição do antidepressivo Fluoxetina 20mg 1cp pela manhã, solicitados exames de rastreamento de acordo com faixa etária, retorno com 30 dias para reavaliação médica e encaminhada para os seguintes serviços do NASF: 1º Psicologia para uma avaliação individual psicológica para uma integralidade da assistência, atuando em equipe junto com ESF. 2º Serviço Social para orientações sobre o processo de pensão e medidas cabíveis.

Durante matriciamento agendado posteriormente entre ESF e NASF com todos os profissionais envolvidos decidiu que o caso em questão necessita de uma linha de cuidado em Saúde Mental que envolve diversas áreas da atenção básica, e que a princípio não haveria necessidade de encaminhamento da demanda para demais serviços da rede de assistência à Saúde Mental, evitando sobrecarga de tais serviços, e aumentando o poder de resolutividade da Atenção Básica.

Na rede de Saúde de Mental em Macapá os atendimentos são realizados prioritamente pela Atenção Básica, por meio das equipes de ESF e NASF. Conta ainda com o centro psiquiátrico do Hospital de Clínicas Doutor Alberto Lima, o Centro de Atenção Psicossocial Casa da Gentileza (CAPS), e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Durante o mês de julho o CAPS III foi visitado, para maior conhecimento sobre a rede de Saúde Mental em Macapá. Por meio de conversa com a coordenadora, o único CAPS realmente habilitado dentro das normas exigidas pelo Ministério da Saúde é o CAPS AD, sendo que o CAPS III se encontra em fase de documentação. Existe uma média de 3000 pacientes cadastrados e não funciona 24 horas por dia como deveria. Tais usuários chegam por demanda espontânea ou encaminhados para o serviço. Existe o processo de Acolhimento e são atendidos por 2 psiquiatras. A demanda é bastante alta, com atendimentos que poderiam ser feitos dentro da UBS, tornando uma fila grande para quem busca o serviço.

Uma das dificuldades encontradas durante execução dos passos da microintervenção foi a falta de conhecimento científico dos demais integrantes da equipe de atenção básica. Como a área adscrita possui pouquíssimos pacientes da Saúde Mental, os profissionais tiveram dificuldades sobre os termos utilizados e o processo da assistência prestada, principalmente os agentes de saúde. Como solução encontrada para sanar o problema, foi realizado educação permanente sobre a Atenção à Saúde Mental na Atenção

Primária à Saúde com todos os profissionais, para capacitação e melhoria do processo de trabalho.

Outro problema encontrado foi a dificuldade de matriciamento para o caso em questão. A equipe de NASF atua dentro da UBS apenas no dia de sexta-feira durante todo o dia, e coincide com o meu dia de estudo para dedicação ao curso de especialização em Saúde da Família PEPSUS. Por não ceder outro espaço de tempo pela equipe de NASF, dispensei como alternativa o dia de estudos de uma sexta-feira e agendamos o Matriciamento para essa data.

Sobre potencialidades encontradas podemos ressaltar a dedicação da equipe da atenção básica em receber conhecimentos novos, que não faziam parte do cotidiano durante educação permanente.

Apesar das dificuldades, o matriciamento foi realizado de forma integral e extremamente satisfatória entrando também como potencialidades desenvolvidas, permitindo uma integração ainda maior entre ESF e NASF, fortalecendo esse braço da Rede de Atenção à Saúde Mental de Macapá.

Espera-se uma melhoria da qualidade da assistência prestada a esses usuários dentro da atenção primária, seja por meio da planilha de acompanhamento, ou por meio do processo de matriciamento com reuniões para o compartilhamento de conhecimento, elaboração de estratégias para o plano de cuidado integral e a tomada de decisões em grupo.

CAPÍTULO V: Otimização do Acompanhamento Regular de Crescimento e Desenvolvimento das Crianças Cadastradas na UBS Cidade Nova, Macapá-AP

As principais estratégias que contribuíram para a redução da mortalidade infantil foram a ampliação do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno, do nível de escolaridade da mãe, da cobertura da atenção básica à saúde/saúde da família e, na última década, do Programa Bolsa Família, levando à diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior utilização da atenção básica à saúde pelas famílias, entre outras (ALMEIDA; MAGALHÃES, 2016).

No acompanhamento regular do Crescimento e Desenvolvimento (CD), o Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Esse calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada. Algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2013).

O PNI (Programa Nacional de Imunização) inspira respeito internacional entre especialistas de saúde pública, pois sabem que se trata do Programa Nacional de Imunizações do Brasil, um dos países mais populosos e de território mais extenso no mundo e onde nos últimos 30 anos foram eliminadas ou são mantidas sob controle as doenças preveníveis por meio da vacinação. A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico (BRASIL, 2003).

Para a primeira parte deste capítulo, foi realizado uma análise por meio de um questionário que aborda as ações recomendadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB). A aplicação das questões foi feita durante reunião semanal da equipe no mês de agosto, de forma a permitir que todos membros participassem e dessem suas opiniões, discutindo sobre cada item abordado, visando identificar as potencialidades e dificuldades dentro da equipe, e posteriormente responder de forma consensual. O resultado do questionário aplicado em equipe encontra-se em anexos desse documento.

Na cidade de Macapá, existe a Portaria nº 295/2016 – SEMSA, que estabelece que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura) deve ser realizado desde o nascimento até os 09 anos de idade.

Especificamente na UBS Cidade Nova, a 1ª consulta é agendada na própria UBS, e após cada consulta realizada com a equipe de saúde, a criança é agendada para a próxima consulta, facilitando tanto a adesão ao seguimento, como organização do trabalho em equipe.

Existe um calendário de consultas da criança que é anexado na primeira folha da caderneta da criança logo na 1ª consulta, reduzindo a possibilidade de esquecimento e norteando o responsável sobre qual profissional irá atender a criança naquele momento. O calendário foi digitalizado e encontra-se também em anexo.

No decorrer do ano vigente, as consultas de crescimento e desenvolvimento da criança aumentou de forma exponencial. O principal fator responsável pelo aumento da demanda foi a orientação tanto médica, como de enfermagem, durante o período de Pré-Natal realizado dentro da UBS. Assim quando a puérpera recebia alta em conjunto com o recém-nascido, ela já conhecia sobre os cuidados básicos e o seguimento de puericultura.

Como forma de controle interno da equipe existe um caderno de registro de crianças da área adscrita, permitindo monitorização contínua e intervenção, desde crianças faltosas as consultas de puericultura até as crianças com vacinação atrasada. Por meio do caderno é possível obter de forma rápida as principais informações:

- Nome;
 - Endereço;
 - Data de Nascimento;
 - Peso;
 - Crescimento;
 - Desenvolvimento;
 - Alimentação;
 - Vacinação;
 - Última consulta de CD;
 - Testes de Triagem Neonatais;
 - Suplementação Vitamina A e Ferro;
 - Fatores de risco;
-

- Violência.

As dificuldades encontradas durante a microintervenção, foi relatado pelos agentes de saúde um bloqueio que impediam a abordagem de violência e acidentes no ambiente familiar, por estigmas tanto da população, quanto dos próprios profissionais.

Verificou-se também que a equipe não realiza de forma efetiva a busca ativa das crianças prematuras, com baixo peso, e com consulta de CD atrasada. Cada agente realizava o serviço de acordo com critérios próprios, sem qualquer padronização do serviço, o que pode interferir na qualidade da assistência prestada para as crianças da área adscrita.

Sobre as potencialidades, como forma diminuir pontos fracos encontrados e permitir o fortalecimento da equipe para agregar conhecimento, foi programado uma aula interativa com a psicóloga do NASF com o tema “Linhas de Cuidado para Crianças em Situação de Violência”, permitindo aprofundamento no processo de identificação, notificação, seguimento e prevenção dos possíveis casos de violência.

Além da atividade em educação permanente, foi realizada uma padronização da busca ativa das crianças pela enfermeira da equipe, de forma a sistematizar o processo de trabalho, melhorando a qualidade prestada na atenção à saúde da criança.

Vale lembrar da importância do papel da Especialização em Saúde da Família para o aprendizado teórico-prático, pois permite conhecer de forma simples as dificuldades da equipe. Além disso a resolução dos problemas encontrados, por meio protocolos e políticas públicas vigentes pelo Ministério da Saúde, e também do reforço dos pontos positivos que já existiam.

CAPÍTULO VI: Relato do Processo de Trabalho de Uma Equipe de Saúde da Família no Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Macapá-AP

Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a International Society of Hypertension, a hipertensão pode ser definida como a pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg ou a pressão arterial diastólica acima de 90 mmHg ou ambas em, pelo menos, três ocasiões separadas (WHO, 1999).

Para iniciar a microintervenção desse capítulo foi sugerido a aplicação de um questionário durante a reunião com a equipe. Tal questionário possuía 22 questões envolvendo o cuidado realizado para o hipertenso, o diabético e o obeso. Sendo assim, durante o mês de setembro durante a reunião semanal da equipe de saúde o questionário foi respondido e encontra-se em anexos desse trabalho.

Existe várias linhas de cuidado referente as doenças crônicas não transmissíveis dos pacientes adscritos da equipe 056, da UBS Cidade Nova em Macapá. O primeiro é o espaço na agenda médica para tais usuários. No dia de segunda feira pelo turno da manhã, há o espaço para atendimento a demanda programada, com agenda para 12 pacientes nesse período. Essas vagas são preenchidas e agendadas pelos agentes de saúde, permitindo o seguimento desses usuários conforme fluxograma estipulado pelo Ministério da Saúde, com os intervalos recomendados de seguimento, além da busca ativa de pacientes que por algum motivo deixam de ter o acompanhamento na UBS.

Por ter um turno semanal dedicado a essa parcela de usuários, o intervalo entre a solicitação da consulta e a execução da mesma é feita de forma rápida, com uma média de 7 dias corridos, e épocas com a demanda maior, em torno de 10 dias. Isso favorece a adesão ao tratamento médico proposto de uma forma geral, aumenta a adesão as consultas de cuidado programado, aumento do vínculo entre equipe de saúde e usuários, e

consequentemente o aumento da satisfação do usuário com o serviço de saúde realizado na UBS.

A equipe de saúde utiliza protocolos para estratificação de risco de usuários com hipertensão arterial. Utilizamos três níveis de estratificação conforme recomendação: Verde – Baixo Risco (Estimativa de risco cardiovascular menor que 10% em 10 anos), Laranja – Moderado Risco (Estimativa de risco cardiovascular entre 10% a 20% em 10 anos), Vermelho – Alto Risco (Estimativa de risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos). Normalmente ocorre conjuntamente com o diagnóstico para auxiliar no seguimento posterior daquele paciente e também anualmente, onde o mesmo passa por consulta médica, realiza exames laboratoriais de seguimentos, que busca identificar fatores de risco e comorbidades, podendo ser reclassificado diferentemente da primeira estratificação executada.

Existe também o livro de registro de usuários com maior risco, tanto para hipertensão arterial quanto para diabetes mellitus e também sobre as necessidades de encaminhamento. Por meio dele encontra-se informações de todos os usuários de maior risco que são atendidos e acompanhados pela equipe. Tal livro foi adaptado para o meio eletrônico e divulgado no fórum do módulo e encontra-se nos anexos desse trabalho,

Com o objetivo melhorar o acompanhamento dos usuários pela equipe, é feita aferição da pressão arterial em todas as consultas médicas, de enfermagem, e de outros profissionais. Para os pacientes que já possuem o diagnóstico de hipertensão arterial e que necessitam de tratamento farmacológico, é realizada aferição da pressão arterial no momento da dispensação dos medicamentos pela farmácia da UBS. Já os pacientes diabéticos, é feito a glicemia capilar para controle no recebimento dos medicamentos. Caso haja algum valor preocupante, uma consulta médica é agendada.

Por último, existe há cerca de um ano o grupo operativo para usuários de doenças crônicas não transmissíveis da UBS Cidade Nova. O encontro é realizado todas as sextas-feiras, as 08:00 da manhã e conta com as equipes da atenção básica e do NASF. Existe momento de palestras, alongamento, relaxamento, atividade física, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, e conta com cerca de 20 usuários frequentes.

Sobre as potencialidades, percebemos um desafio para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, que este sendo adequado e superado a cada dia, levando qualidade da assistência prestada na atenção básica.

Vale ainda ressaltar a importância do ACS dentro da atenção básica, pois possui o contato direto entre a equipe de saúde e os usuários, e por meio da busca ativa conseguem informações sobre os pacientes, que muitas vezes mudam de endereço, iniciam seguimento com especialistas no Hospital de Clínicas Doutor Alberto Lima, ou até mesmo em médicos particulares, e algumas vezes morrem.

Não houve qualquer dificuldade em responder o questionário durante a reunião da equipe. Todos estavam presentes e interessados, compartilhando seus pensamentos. Mas verificou-se alguns itens respondidos no questionário que precisam ser melhorados como a falta de realização do exame do pé diabético regularmente, e a falta de realização do exame de fundo de olho.

CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação das Atividades Realizadas durante o Ano de 2018

PLANO DE CONTINUIDADE

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
Observação de Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Macapá-AP	Nesse capítulo foi criado uma matriz de intervenção devido ao problema da equipe não realizar reuniões periódicas.	Com a implantação da Matriz de Intervenção, as reuniões semanais da equipe foram iniciadas, sempre às quintas-feiras pelo turno da tarde com toda a equipe. As dificuldades ocorreram no início devido à falta de hábito dos profissionais, se esquecendo e ocasionalmente faltando, mas com o tempo foram diminuindo. Foi uma ação que melhorou a comunicação entre a equipe, discutindo sobre problemas, melhorias, estudo de caso, e educação continuada para todos.	Para continuidade, as reuniões semanais foram implantadas dentro do cronograma semanal da equipe, com dedicação exclusiva. E para monitorização existe o caderno de presença, sempre com assinatura de todos os presentes para controle interno.

<p>Intervenção Dentro de Uma Equipe de Saúde da Família para Melhoria do Acolhimento À Demanda Espontânea e Programada no Município de Macapá-AP</p>	<p>Foram realizadas 3 capacitações para o tema: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada. No segundo momento foi criado um modelo RCOP (Registro Clínico Orientado por Problemas).</p>	<p>Por meio da educação continuada com toda a equipe de saúde, com as 3 capacitações foi permitido quebrar o paradigma de que Acolhimento é o mesmo que o processo de Triagem. Além disso, foi elaborado um modelo de RCOP junto com a equipe de saúde da qual atuou e encaminhado para Direção da UBS para avaliar a possibilidade de implantação dentro da Unidade Básica de Saúde. As fragilidades baseiam-se na estrutura física, onde não há espaço reservado e apropriado para acolhimento, bem como consultórios que estejam dentro das normas previstas pelo Ministério da Saúde, quebrando continuidade do cuidado.</p>	<p>Por meio das reuniões semanais, há a verificação se o processo de trabalho está de acordo com o estabelecido, fazendo com que a agenda de atendimentos supra tanto a demanda programada como espontânea. O modelo RCOP continua em análise pela direção, e aguardando parecer, sendo a enfermeira responsável pelo caso.</p>
--	---	--	---

<p>Atividade Educativa com Grupo de Gestantes da UBS Cidade Nova, Macapá-AP</p>	<p>Nesse momento foi proposto a execução de uma atividade educativa em grupo com as gestantes meio da equipe ESF e NASF.</p> <p>Os seguintes temas foram abordados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico de gravidez; ● Intervalo de consultas; ● Exames complementares ; ● Estado nutricional e ganho de peso; ● Vacinação na gestação; ● Preparo das mamas para amamentação; ● Aspectos psicoafetivos da gestação e puerpério; ● Queixas comuns na gestação; ● Prática de atividade física na gestação; ● Parto normal x Parto cesáreo. 	<p>Houve a presença de 11 gestantes que participaram da ação e fizeram perguntas aos profissionais. Ao final foram realizadas as seguintes ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Marcação de consultas; ● Realização de teste rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C; ● Antropometria e Cálculo do IMC; ● Momento de alongamento e relaxamento; ● Lanche saudável para confraternização. <p>Enquanto dificuldades, nota-se ainda a baixa adesão das gestantes sobre o cuidado com sua saúde, já que a mesma só busca o serviço por medo, quando algum problema de saúde surge, pelo método curativista.</p>	<p>A atividade educativa foi um sucesso e para continuidade, tornou-se rotina dentro da equipe. Toda sexta-feira pela manhã existe o grupo orientando todo o processo de Pré-Natal. A monitorização ocorre por todos membros da equipe de saúde da família.</p>
---	---	--	---

<p>Linha de Cuidado Singular como Forma de Atenção Integral em Saúde Mental em Macapá-AP</p>	<p>Para melhoria da qualidade da assistência, foi elaborado uma planilha para registro e seguimento dos pacientes da Saúde Mental. Também foi realizado matriciamento entre NASF e ESF de uma paciente de saúde mental, decidindo que o caso em questão necessita de uma linha de cuidado em Saúde Mental que envolve diversas áreas da atenção básica.</p>	<p>A planilha foi elaborada no mês de julho junto com toda equipe de saúde durante as reuniões mensais da equipe.</p> <p>Para microintervenção foi escolhida uma paciente atendida em julho em primeira consulta na UBS, 48 anos de idade, divorciada, caucasiana, do lar, A mesma referia queixa de tristeza profunda, cansaço constante, irritabilidade com ataques de raiva com filhos, e aumento do sono há cerca de 2 anos.</p> <p>As dificuldades encontradas durante execução foi a falta de conhecimento científico dos demais integrantes da equipe de atenção básica e a dificuldade de matriciamento para o caso em questão com</p>	<p>A planilha para registro e seguimentos dos pacientes da Saúde Mental foi implantada e é atualizada frequentemente, além de revisões periódicas mensais para programação do cuidado, sendo a enfermeira responsável.</p>

		incompatibilidade de horários dentro da UBS.	
Otimização do Acompanhamento Regular de Crescimento e Desenvolvimento das Crianças Cadastradas na UBS Cidade Nova, Macapá-AP	Para a primeira parte desde capítulo, foi realizado uma análise por meio de um questionário que aborda as ações recomendadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB). E a demonstração de controle interno da equipe por meio de um caderno de registro de crianças da área adscrita, permitindo monitorização contínua e intervenção, desde crianças faltosas as consultas de puericultura até as crianças com vacinação atrasada	<p>Por meio do caderno é possível obter de forma rápida as informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nome e Endereço; • Data de Nascimento; • Peso; • Crescimento; • Desenvolvimento; • Alimentação; • Vacinação; • Última consulta de CD; • Testes de Triagem Neonatais; • Suplementação de Vitamina A e Ferro; • Fatores de risco; • Violência. <p>Verificou-se que a equipe não a busca ativa das crianças prematuras, com baixo peso, e com consulta de CD atrasada.</p>	Foi realizada uma padronização da busca ativa das crianças pela enfermeira da equipe, de forma a sistematizar o processo de trabalho, melhorando a qualidade prestada na atenção à saúde da criança. A monitorização acontece durante as reuniões semanais na parte de processos de trabalho e monitorização das ações da equipe.

		A dificuldade foi relatada pelos agentes de saúde um bloqueio que impediam a abordagem de violência e acidentes no ambiente familiar.	
Relato do Processo de Trabalho de Uma Equipe de Saúde da Família no Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Município de Macapá-AP	Nesse capítulo foi sugerido a aplicação de um questionário durante a reunião com a equipe. Tal questionário possuía 22 questões envolvendo o cuidado realizado para o hipertenso, o diabético e o obeso. A equipe de saúde utiliza protocolos para estratificação de risco de usuários com hipertensão arterial. Utilizamos três níveis de estratificação conforme recomendação: Verde, Laranja, Vermelho.	Abertura de espaço na agenda médica para tais usuários. No dia de segunda feira pelo turno da manhã, há o espaço para atendimento a demanda programada, com agenda para 12 pacientes crônicos. O intervalo entre a solicitação da consulta e a execução da mesma é feita de forma rápida, com uma média de 7 dias corridos. Existe o livro de registro de usuários com maior risco, tanto para hipertensão arterial quanto para diabetes mellitus e também sobre as necessidades de encaminhamento. Realização de aferições	Existe um controle da agenda de pacientes contínuo, para que não aumente o tempo de espera para se conseguir consulta médica. Participação ativa no grupo operativo dos pacientes de doenças crônicas não transmissíveis da UBS junto com outras equipes.

		<p>da pressão arterial em todas as consultas médicas.</p> <p>Além do grupo operativo para usuários de doenças crônicas não transmissíveis da UBS.</p>	
--	--	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses conhecimentos foram adquiridos durante o Curso de Especialização em Saúde da Família do PEPSUS em que as atividades são elaboradas com base no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção. Dessa forma conseguimos aplicar tais conteúdos na prática diária da equipe de saúde, melhorando indicadores da equipe e preparação para avaliação externa para cada módulo estudado.

Sobre as potencialidades gostaria de enfatizar sobre o quanto a equipe de saúde esteve aberta e empenhada em aprender, trocar informações e colaborar nesse processo de evolução durante o Curso de Especialização em Saúde da Família. Aos poucos foi sendo implantado novas metodologias de trabalho, e o retorno da equipe que faço parte é gratificante, trazendo melhorias para os profissionais e principalmente para os usuários do Norte do Brasil, em específico a cidade de Macapá.

Existe um grande desafio na cidade de Macapá, e até mesmo a nível estadual, em introduzir aos poucos os conceitos de promoção em saúde e prevenção de agravos dentro da população, já que a questão cultural permite a valorização apenas da atenção secundária e profissionais especialistas, tendendo a subestimar a atenção primária e seus profissionais envolvidos. Por isso a importância de cada vez mais capacitar os profissionais da atenção básica, como exemplo a especialização em Saúde da Família e Comunidade, para cada vez mais quebrar preconceitos e paradigmas, melhorando a qualidade da assistência prestada onde esses profissionais estão inseridos.

Vale relembrar da importância do papel da Especialização em Saúde da Família para o aprendizado teórico-prático, pois permite conhecer de forma simples as dificuldades da equipe. Além disso a resolução dos problemas encontrados, por meio protocolos e políticas públicas vigentes pelo Ministério da Saúde, e também do reforço dos pontos positivos que já existiam.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. V. B.; MAGALHAES, M. L. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. In: **São Paulo carinhosa**: o que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância. 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/comunicacao/noticias/imagens/2016_06_30_lr_LancLivroSPCarinhosa_Alta_001.jpg>. Acesso em: 24 jul. 2016.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 221-240.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - AMAQ**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/AMAQ_AB_SB_3ciclo.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 79- 113.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: OPAS, 2010.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. A Contribuição da Saúde Mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 13, Supl., p. 230-235, 2003.

SARACENO, B. **Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Guidelines Sub-Committee. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. **J Hypertens**, n. 17, p. 151-183, 1999.

APÊNDICES



[MATRIZ DE INTERVENÇÃO

NOTA RECEBIDA: 3

UNIDADE DE ANÁLISE: Equipe de Atenção Básica						
DIMENSÃO: Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde						
SUBDIMENSÃO: K - Organização do processo de trabalho						
DESCRIÇÃO DO PADRÃO: 4.15 A equipe realiza reuniões periódicas						
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA: A equipe não realiza reuniões periódicas, apenas de acordo com necessidade.						
OBJETIVO: Realizar reuniões semanais com toda equipe sem prejudicar o fluxo de atendimento.						
Estratégias para alcançar o objetivo	Atividades a serem desenvolvidas	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Respaldo da direção da UBS. Conscientizar os usuários.	Dialogar com a Gerência da UBS Cidade Nova. Informar aos pacientes sobre a importância das reuniões de equipe para melhoria aos cuidados em saúde	Sala disponível. Compromisso de cada profissional com a equipe.	Realização de reuniões semanais. Discussão de casos. Planejamento de ações de saúde. Educação permanente. Organização das visitas domiciliares	Eder (Médico) Lola (Enfermeira) Nilma (Tec. Enferm)	Implantação até 06/2018	Criação de livro de frequência das reuniões, com data e horário, permitindo que todos profissionais tenham acesso as informações



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAPÁ
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
UBS CIDADE NOVA



REGISTRO CLÍNICO ORIENTADO POR PROBLEMAS (RCOP)

Informação do Paciente

Nº do Prontuário: _____

SUS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Sexo: () M () F Estado Civil: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome da Mãe: _____

Queixa Principal

História da Moléstia Atual

Interrogatório por Sistema de Órgãos:

Gerais: _____

Neurológico: _____

Digestivo: _____

Cardiovascular: _____

Respiratório: _____

Urinário: _____

Genital: _____

Pele e anexos: _____

Musculo-esquelético: _____

Hematopoiético e linfático: _____

Pele e anexos: _____

Endócrino-metabólico: _____

Outros: _____

Histórico Médico Progresso:

Antecedentes Pessoais: _____

Antecedentes Familiares: _____

Alergias: _____

Situação Vacinal: _____

Internações: _____

Medicações em Uso:

Hábitos de Vida:

Alimentação: _____

Ingesta Hídrica: _____

Atividade Física: _____

Sono: _____

Exame Físico:

Geral:

Ap. Respiratório: _____

Ap. Cardiovascular: _____

Abdome: _____

Outros: _____

Exames Avaliados:

Diagnostico ou Problema:

Plano:

Data: _____

Assinatura: _____

LISTA DE PROBLEMAS:

Problema	Ativo ou Passivo	Data de Início	Data de Resolução	Medicamentos para Controle	Comentários



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACAPÁ
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
UBS CIDADE NOVA



CONSULTA SUBSEQUENTE

DATA: __/__/____

HORÁRIO: __:__

SUBJETIVOS:

OBJETIVOS:

AVALIAÇÃO:

PLANO:

Retorno: _____

Assinatura: _____

ANEXOS





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MACAPA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA
UBS CIDADE NOVA



PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DOS USUARIOS DA SAUDE MENTAL – ESF 056

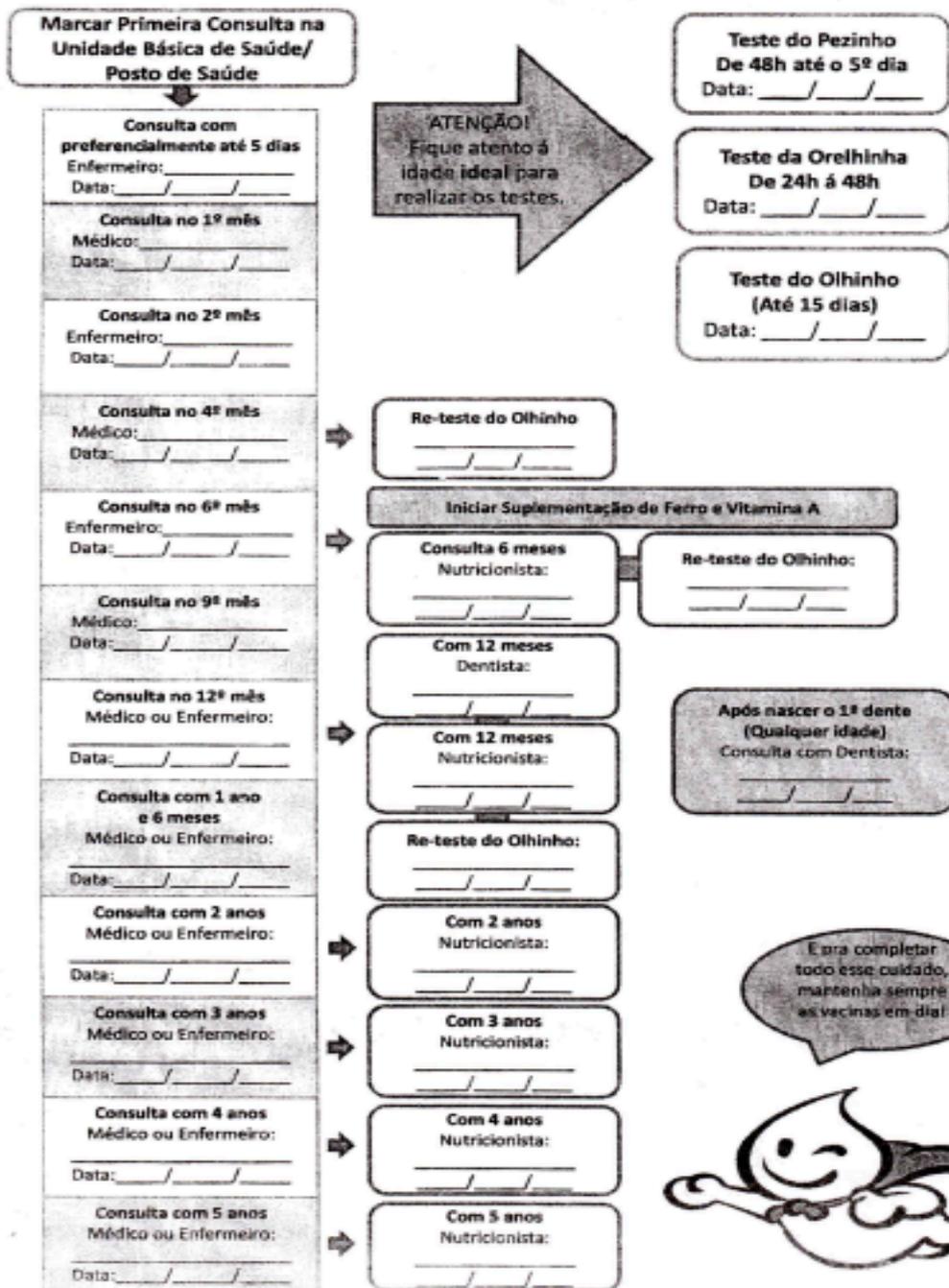
NOME	IDADE	ENDEREÇO	DIAGNOSTICOS	CASO GRAVE?	MEDICAMENTOS	USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS	DATA DE ULTIMO ATENDIMENTO			ENCAMINHAMENTO		
							Méd.	Enf.	Psic.	NASF	CAPS	HOSPITAL

Favor preencherem a lápis para atualização constante da planilha.

Questionário para Microintervenção

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar		X
Acidentes		X
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	X	
A equipe realiza busca ativa das crianças:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras		X
Com baixo peso		X
Com consulta de puericultura atrasada		X
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

CALENDÁRIO DE CONSULTAS DA CRIANÇA



Questionário para microintervenção

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?	7		7	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?			X	
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X		X	
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			

A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	X			
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		X
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	X		X	
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?				X
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?				X

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE		
QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	
Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30$ kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	X	
Se SIM no item anterior, quais ações?		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X	
Oferta ações voltadas à atividade física	X	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	X	
Encaminha para serviço especializado		X
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X	
