



**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**

**As estratégias de saúde da equipe de Santa Cecília no município Jardim de Piranhas.**

**Gelsys del Risco Garcia.**

**As estratégias de saúde da equipe de Santa Cecília no município Jardim de Piranhas.**

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: ISAAC ALENCAR PINTO.

DEDICATÓRIA:  
À ISAAC ALENCAR PINTO.

AGRADECIMENTOS:  
À ISAAC ALENCAR PINTO.

## RESUMO

Os profissionais pertencentes na unidade básica de saúde. Santa Cecília do município Jardim de Piranhas. Do estado Rio Grande Do Norte, realizamos um estudo baseado nas estratégias de saúde da equipe. Como resultado do conjunto de 6 microintervenções em nossa área da abrangência com participação dos usuários e os trabalhadores

A investigação teve baseada na metodologia descritiva longitudinal. Durante o período de tempo do curso da especialização de saúde da família.

Com o objetivo geral: Implementar estratégias de saúde adequadas para os usuários.

Com o objetivo específico: Avaliar os resultados das estratégias implementadas.

Os resultados: Satisfação dos usuários atendidos no serviço de saúde da família. Melhoria dos processos de trabalho. Diminuição dos encaminhamentos, aumentos dos controles das doenças e prevenção. Diminuição das incidências das gestantes com alto risco e complicações. Cadastramento de todas as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental na comunidade. Diminuição do consumo de medicamentos. Cadastramento atualizado das crianças até dois anos. Diminuição das doenças e dos riscos. Registro atualizado de todas as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Diminuição e eliminação de uso de medicamentos. Mudanças nos estilos de vida. Economia de recursos materiais e humanos.

As considerações finais: Os desafios maiores foram as mudanças nos estilos de vida. Sendo a característica mais comum em nossa investigação. Ao mesmo tempo foi o fator potencializador para alcançar melhoria nos indicadores de saúde.

Palavras-chaves:

-Estratégias Locais: Diretrizes desenvolvidas no nível local (microrregional) com o intuito de interferir, modificar e/ou transformar uma determinada realidade sanitária.

Número do Registro:23546.

-Estilo de vida: Estilo ou modo típico de viver que caracteriza um indivíduo ou grupo.

Número do Registro: 8195.

---

-Saúde: A área interdisciplinar voltada para o desenvolvimento e integração da ciência comportamental e biomédica, do conhecimento e técnicas relevantes para a saúde e doença e para a aplicação deste conhecimento e técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Número do Registro: 1543.

---

## SUMÁRIO

### SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO.....   | 8  |
| CAPÍTULO I: COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA CECILIA DO MUNICÍPIO DE JARDIM DE PIRANHAS/RN. | 9  |
| CAPÍTULO II: AS ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA.   | 12 |
| CAPÍTULO III: TÍTULO: AS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE EDUCATIVAS EMPREGADAS NAS GESTANTES.  | 17 |
| CAPÍTULO IV: AS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE MENTAL UTILIZADAS NAS PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO E TRANSTORNO MENTAL.   | 21 |
| CAPÍTULO V: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS.   | 27 |
| CAPÍTULO VI: AS ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO IMPLEMENTADAS NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. HIPERTENSÃO, DIABETES, OBESIDADE.                                  | 31 |
| CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO   | 36 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS  | 38 |
| REFERÊNCIAS   | 39 |
| APÊNDICES .....   | 41 |
| ANEXOS .....  | 62 |

---

## APRESENTAÇÃO

Os profissionais pertencentes na unidade básica de saúde. Santa Cecília do município Jardim de Piranhas. Do estado Rio Grande Do Norte, realizamos um estudo baseado nas estratégias de saúde da equipe. Como resultado do conjunto de 6 microintervenções em nossa área da abrangência com participação dos usuários e os trabalhadores. Descrevendo os relatos das experiências vivenciadas na investigação que compõem o TCC.

Nossa comunidade está integrada por 2567 usuários cadastrados. Com predomínio do sexo feminino e incremento do grupo etário dos idosos. Com alta incidência de obesidade e anemia em etapas pediátricas. Além do incremento das doenças crônicas não transmissíveis nos adultos. Com baixo nível cultural sobre os estilos de vida saudável.

Com as implementações das microintervenções temos muita motivação porque olhamos os bons resultados com os indicadores de saúde, a satisfação dos usuários e familiares. Ganhamos em experiência do trabalho e na boa comunicação entre todos. A microintervenção que mais nos motivou foi a VI: As estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade. Onde tivemos melhores resultados de saúde e aceitação dos usuários.

A investigação teve base na metodologia descritiva longitudinal. Durante o período de tempo do curso da especialização de saúde da família.

Com o objetivo geral: Implementar estratégias de saúde adequadas para os usuários.

Com o objetivo específico: Avaliar os resultados das estratégias implementadas.

Fazemos um convite amigos leitores para a leitura de nosso trabalho que ajudou a muitos usuários a ganhar o controle das suas doenças e a prevenir suas complicações e agradecer sua atenção prestada. ]

---

## **CAPÍTULO I: Comunicação entre profissionais da Equipe de Saúde da Família e os usuários da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do município de Jardim de Piranhas/RN.**

A microintervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, situada no município Jardim de Piranhas, localizado na Microrregião Seridó Ocidental do Estado do Rio Grande do Norte com população cadastrada de 2011 pessoas na zona urbana. Nessa atividade, analisamos a organização do trabalho na atenção básica, na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo adscrição do território e seu diagnóstico situacional da comunidade.

Para isso, foi realizada uma autoavaliação utilizando a AMAQ. Esse instrumento que avalia a qualidade dos serviços durante o processo de trabalho e o impacto no serviço oferecido à comunidade através de indicadores.

Inicialmente, realizamos uma reunião com toda a equipe explicando a necessidade de análise dos processos de trabalho, debatemos os problemas e decidimos fazer uma autoavaliação aplicando a AMAQ. Refletimos e avaliamos os indicadores de saúde, com os dados reportados pela equipe na UBS Santa Cecília. Após dialogamos sobre os problemas do processo de trabalho e da comunidade fazendo uma listagem de problema com aqueles itens que tiverem nota por debaixo de 5 pontos.

Escolhemos o problema de pontuação mais baixa e que consideramos possível de intervenção pela equipe e que fosse possível de modificar com os recursos disponíveis, estando dentro de nossa governabilidade. Dessa forma o padrão escolhido foi: 4.5 A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações; a descrição da situação-problema para o alcance do padrão é a seguinte: a comunidade não participa de reuniões de planejamento do processo de trabalho e das ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família.

Estabelecemos como metas e objetivos para melhorar a comunicação entre profissionais da equipe de saúde da família e os usuários: a participação de representantes comunitários nas reuniões de equipe; mapear adequadamente o território; e planejar e avaliar as ações implementadas.

As atividades desenvolvidas para alcançar as metas foram: convite de um representante da comunidade para participar das reuniões de equipe realizada através dos Agentes Comunitários de Saúde; registro adequado dos dados demográficos e

---

epidemiológicos na área de trabalho da UBS, buscando manter os cadastros atualizados; monitoramento dos resultados pela equipe.

O monitoramento e a avaliação da microintervenção é longitudinal envolvendo usuários, coletando-se dados rotineiramente do prontuário, constituindo, assim, análises periódicas do trabalho na unidade de saúde.

Participaram da reunião a médica, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde. São os responsáveis pela implementação os agentes comunitários de saúde: Magali; Neto; Lula; Anele; Lana, Enfermagem: Leticia, Técnica de enfermagem: Solange, Médica: Gelsys.

Os resultados alcançados foram:

- Uma Comunicação ativa da Equipe de Saúde da Família (ESF) com a comunidade e melhora da atenção dispensada aos usuários; um diagnóstico de saúde da área atualizado; Reorientação permanente do processo de trabalho

As dificuldades encontradas foram:

- Resistência da comunidade na participação das reuniões da equipe; dados incompletos para o mapeamento adequado.

As potencialidades da execução da atividade foram:

- Melhoria da atenção dispensada aos usuários; Reorientação permanente do processo de trabalho.

Em relação ao aprendizado proporcionado pela microintervenção à equipe, avaliamos que aprendemos a trabalhar e buscar soluções aos problemas em conjunto através do debate nas reuniões do trabalho com a participação comunitária. Alcançamos os impactos de melhoria dos processos de trabalho e a melhoria da qualidade do atendimento na área.

---

---

## **CAPÍTULO II: As Estratégias de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.**

Realizamos uma reunião com todos os integrantes da equipe abordando o tema de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada, onde analisamos em que consiste, debatemos as opiniões respeito o tema, em às estratégias utilizadas para abordar os processos de trabalho nos serviços: sua repercussão e implicação na qualidade dos resultados, além da satisfação das pessoas.

Foi feita uma autoavaliação dos problemas de saúde aplicando a AMAQ. Fizemos uma listagem dos problemas com aqueles itens que tiverem nota menor que 5 pontos. Selecionamos os problemas de pontuação mais baixa que é passível de intervenção pela equipe. Escolhemos o padrão com valor mais baixo para implementar uma microintervenção: padrão 4.10 A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos. O problema para o alcance do padrão: Que estratégias utiliza a equipe de saúde para o acolhimento?

A importância das estratégias de acolhimento à demanda espontânea e programada para nossos profissionais de saúde e a sociedade é que permitem melhorar os serviços na unidade básica, através de uma organização dinâmica e efetiva, com atendimentos baseados no nível de prioridades da demanda em correlação aos graus de urgência e riscos, e a programação de acompanhamento dos pacientes, com focalização no controle das doenças crônica, suas complicações.

Além disso, o acolhimento identifica as vulnerabilidades da área, ajuda a alcançar uma boa qualidade dos indicadores de saúde por meio da prevenção e promoção de saúde, ajuda a estabelecer a comunicação entre a população e o grupo de trabalho, transmite apoio emocional, fortalece o vínculo, estimula as sugestões de novas formas de abordagem dos procedimentos de trabalho e motiva a expressão da satisfação dos usuários e equipe.

As dificuldades das estratégias de acolhimento na unidade detectadas: existia uma prevalência das consultas de urgência pela inexistência de uma programação de seguimento dos grupos de riscos da área; ausência de livro do registro das programações das consultas dos serviços; excesso da quantidade de atendimento pelos profissionais diminuindo a qualidade dos atendimentos; falta de classificação, de prioridade em relação à ordem de atendimento; pouco domínio dos trabalhadores do significado de acolhimento; escassas ações de saúde de promoção e orientações aos usuários; estratégias

---

implementadas individualmente em cada serviço; resistências dos profissionais e comunidade para modificar o acolhimento.

As potencialidades achadas: apoio da secretaria de saúde, NASF e de membros da comunidade; vontade da equipe para participar na microintervenção e modificar sua atitude para implementar as estratégias de acolhimento; debate de experiências dos membros do grupo de trabalho por encontro semanal de 30 minutos para dar seguimento à proposta de microintervenção.

Após reunião para debatermos o tema, elaboramos um cronograma das atividades que foi implementado durante 30 dias no mês de Maio com a cooperação do grupo de profissionais e usuários de nossa comunidade. As atividades realizadas durante a microintervenção (quadro 3) estiveram relacionadas com a implementação do livro de registro de programação de consultas. Essa ação levou ao aumento de consultas programadas, agendamento de 30 pacientes no dia, execução de estratégia em relação aos protocolos de classificação com respeito aos agendamentos diários, preparação e capacitação coletiva da equipe das estratégias de acolhimento.

Analizamos as estratégias de saúde utilizadas antes e após a microintervenção. Verificamos que as estratégias de acolhimento usadas antes da intervenção possuíam seu fundamento baseado na experiência individual, com resultados poucos eficientes em relação ao atendimento dos usuários, não correspondendo aos objetivos de trabalho para abordar as famílias e grupos sociais específicos. Por isso, o grau de satisfação era regular devido a um acompanhamento inadequado. Após a implementação das novas estratégias o nível de resolutividade aumentou, através da abordagem das necessidades e demandas dos pacientes de forma dinâmica, organizada e eficiente, Com base nos objetivos do programa de atenção básica e centrada nos grupos de riscos.

As mudanças observadas foram: livros de registros de programação de consulta por serviços de atendimento, com focalização nos grupos de riscos; atendimento de 30 pacientes diários; implementação de estratégias de classificação dos usuários, para o estabelecimento da ordem de acolhimento; desenvolvimento de ações de promoção e orientações aos pacientes durante o tempo de espera pela consulta; estratégia dinâmica de cadastramento por meio da comunicação e troca de dados entre os membros da equipe; capacitação dos profissionais; motivação para oferecer melhor o serviço; melhoria da

---

qualidade da atenção básica e boa comunicação entre os membros da equipe e a comunidade.

Com a sua continuidade esperamos implementar um acolhimento com serviço de excelência, onde a comunicação seja a base de fortalecer as ações de saúde e amplificar as orientações para otimizar objetivos do programa de atenção básica. Os desafios para a manutenção: Manter os profissionais capacitados de forma contínua e motivados a oferecer ótimos serviços para nosso povo.

---

---

### **CAPÍTULO III: Título: As Estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes.**

Os profissionais da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do município Jardim De Piranhas realizaram uma reunião de equipe abordando as estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes. Debates sobre as opiniões a respeito do tema, em relação às ações educativas aplicadas e as novas propostas para melhorar os indicadores de saúde.

Realizamos uma autoavaliação aplicando a AMAQ. Refletimos e avaliamos os problemas de saúde, com os dados reportados pela equipe, em relação à Atenção Pré-Natal e Puerpério. Escolhemos o padrão com valor mais baixo para implementar uma microintervenção: 4.22. A equipe de Atenção Básica acompanha todas as gestantes do território.

As estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes são básicas para fazer promoção de saúde e prevenção de doenças e complicações, além de controlar as enfermidades. Buscamos passar confiança, ensinando as mudanças que acontecem durante a gravidez, o parto e o puerpério; orientar os direitos e os benefícios que são ofertados pelo Ministério da Saúde do Brasil; aconselhar sobre a importância das consultas de pré-natal e o acompanhamento integral; informar as vacinas recomendadas no período de gestação; educar os hábitos higiênicos, dietéticos, para evitar problemas; aumentar a comunicação entre o grupo de profissionais e de gestante; transmitir apoio emocional; criar vínculo para eliminar as dúvidas e realizar o acompanhamento adequadamente.

As dificuldades detectadas das estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes antes da microintervenção na unidade eram: inexistência de grupos de grávidas; cadastramento desatualizado; acompanhamento inadequado; poucas ações educativas para promoção de saúde; preparação deficiente dos profissionais sobre a temática; falta de programação das atividades de saúde dentro do horário de trabalho.

As potencialidades encontradas: apoio do Ministério e da Secretaria de Saúde, bem como do NASF local; dos membros da comunidade; da equipe de trabalho; estabelecimento de uma hora semanal para a equipe de saúde debater com as grávidas e familiares; capacitação de três horas por mês dos profissionais; reunião a cada 15 dias, com duração de 30 minutos, para reavaliar a proposta de microintervenção.

---

O cronograma das atividades foi estabelecido durante 30 dias no mês de julho, com a cooperação dos profissionais e grávidas. As atividades realizadas durante a microintervenção (quadro 5) estiveram relacionadas com a criação do grupo de gestantes.

Avaliamos as estratégias de saúde utilizadas antes e após da microintervenção e percebemos que as estratégias utilizadas antes da intervenção não respondiam aos objetivos orientados pelo ministério da saúde, com resultados poucos eficientes em relação ao atendimento e acompanhamento inadequado.

Após a implementação das novas estratégias o nível de resolutividade aumentou por estarem baseadas nos objetivos das ações de atenção básica, abordando as necessidades e demandas das gestantes de forma dinâmica, organizada e eficiente. Com a sua continuidade esperamos ter todas as grávidas cadastradas e com um acompanhamento adequado e uma melhoria dos indicadores de saúde

---

---

#### **CAPÍTULO IV: As estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.**

A equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, situada no município Jardim de Piranhas do Rio Grande do Norte, realizou uma reunião com os profissionais da equipe e realizamos uma análise do acolhimento e das estratégias de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais de nossa área de abrangência.

Debatemos as opiniões a respeito do tema e realizamos uma autoavaliação aplicando a AMAQ. Refletimos e avaliamos os problemas com os dados reportados pela equipe em relação com Atenção das pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental. Encontramos como fragilidades que os profissionais não tinham um domínio da quantidade de pacientes com necessidade de atendimento, por não ter um registro de cadastramento atualizado. Além disso não existia conhecimento dos casos mais complicados e dos pacientes com consumo decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Os acompanhamentos dos pacientes eram realizados por demanda espontânea, sem uma programação coordenada.

As potencialidades de nossa equipe são: contamos com o apoio do NASF e da rede de saúde mental da região; as pessoas com transtornos mentais são atendidas com urgência quando demandam uma consulta espontânea; executamos ações educativas de saúde para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos – benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos para que realizem um uso adequado do tratamento sem automedicar-se nem medicar a outros usuários com seus medicamentos, e que reportem as reações adversas dos medicamentos. Além de não suspender o tratamento por sua decisão e incrementar dose e medicamentos sem consultar com seu médico.

Após o debate entre os membros construímos juntos um instrumento de registro dos dados (quadro 8) para aplicar durante e após da microintervenção (quadro 7). Explicamos como está organizada a rede de saúde mental no município e a comunicação com NASF o CAPS. Escolhemos o padrão **4.36**. A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território, para implementar uma microintervenção.

As estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental apresentam importância básica para os pacientes e familiares pois

---

melhora a qualidade de vida dos usuários, oferece apoio psicológico, ensina aos pacientes a controlar sua doença e a ter responsabilidade com seus tratamentos. Também as estratégias têm um valor primordial para os profissionais da saúde porque lhes mostra a forma de fazer um encaminhamento adequado, compartilhar experiências conhecimentos e dados clínicos dentro de um atendimento integral e através da contrarreferência.

A segunda etapa teve relação com a seleção de um caso atendido com necessidade de atenção integral em saúde mental para a construção de sua linha de cuidado.

Paciente de 45 anos de idade. Sexo masculino, casado, mora com seu filho de 8 anos, com antecedentes familiares de transtorno bipolar, sua mãe e irmãos com hábito tóxico e é consumidor de café e cigarro. Nível de escolaridade ensino médio incompleto. Assiste a consulta por apresentar crise aguda de transtorno bipolar. Na companhia de sua mulher ela fala que ele tem chorado há 15 dias, que não trabalha, não quer comer nem fazer atividades alguma.

O paciente fala pouco e chora na consulta constantemente durante anamnese. Ele é avaliado e diagnosticado como transtorno bipolar agudo. A equipe faz um cadastro do paciente. Foi indicado tratamento medicamentoso e terapia psicológica. Encaminhamento para o NASF. Realizamos consulta compartilhada com o psicólogo da área: o mesmo fez um encaminhamento para o CAPS III, com acompanhamento pela área a cada 7 dias através de consulta, sendo alternada com visita domiciliar acompanhada pelo psicólogo e pelo agente comunitário de saúde com orientação e educação aos familiares para que ofereçam apoio.

Após 15 dias de tratamento observamos melhora do paciente: o mesmo não chora, come e faz as atividades diárias, fala com sua mulher, com seu filho e seus familiares. Ainda não faz incorporação no seu trabalho e continua com ligeiro estado depressivo. Continua com acompanhamento pela ESF, NASF, CAPS III, dependendo da sua necessidade e evolução. A comunicação entre o CAPS e o NASF foi através da contrarreferência, informando-nos dos dados, diagnóstico, prognóstico e tratamento do usuário.

A terceira etapa esteve relacionada com a divulgação do funcionamento da rede de saúde mental do município. A porta de entrada podem ser a ESF da UBS Santa Cecilia com encaminhamento para Núcleo de Apoio a Saúde de Família (NASF) e/ou encaminhamento para Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). No caso de crise,

---

oferecendo risco para sua vida ou terceiros, deve ser encaminhado ao Hospital Regional do Seridó, para ser avaliado pelo médico de plantão, onde deverá decidir se o paciente ficará usando leito ou não. O hospital tem uma sala de psiquiatria destinada a pacientes graves.

Uma vez usando leito, o Serviço Social do hospital entra em contato com o CAPS III para agendamento da consulta com o psiquiatra. Caso haja vaga nos leitos do CAPS III, o paciente é transferido para dar continuidade ao tratamento. Após melhorias clínicas é encaminhado para o ambulatório de psiquiatria do município, onde irá ser acompanhado por consultas periódicas, e terapia medicamentosa, até que fique controlado. Os pacientes que não precisem de uso de medicamentos são encaminhados para o serviço de psicologia do NASF.

---

---

## **CAPÍTULO V: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças**

A equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, situada no município Jardim de Piranhas do Rio Grande do Norte, realizou uma reunião com os profissionais da equipe e realizamos uma análise do acolhimento e das estratégias de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais de nossa área de abrangência.

Debatemos as opiniões a respeito do tema e realizamos uma autoavaliação aplicando a AMAQ. Refletimos e avaliamos os problemas com os dados reportados pela equipe em relação com Atenção das pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental. Encontramos como fragilidades que os profissionais não tinham um domínio da quantidade de pacientes com necessidade de atendimento, por não ter um registro de cadastramento atualizado. Além disso não existia conhecimento dos casos mais complicados e dos pacientes com consumo decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Os acompanhamentos dos pacientes eram realizados por demanda espontânea, sem uma programação coordenada.

As potencialidades de nossa equipe são: contamos com o apoio do NASF e da rede de saúde mental da região; as pessoas com transtornos mentais são atendidas com urgência quando demandam uma consulta espontânea; executamos ações educativas de saúde para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos – benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, ansiolíticos para que realizem um uso adequado do tratamento sem automedicar-se nem medicar a outros usuários com seus medicamentos, e que reportem as reações adversas dos medicamentos. Além de não suspender o tratamento por sua decisão e incrementar dose e medicamentos sem consultar com seu médico.

Após o debate entre os membros construímos juntos um instrumento de registro dos dados (quadro 8) para aplicar durante e após da microintervenção (quadro 7). Explicamos como está organizada a rede de saúde mental no município e a comunicação com NASF o CAPS. Escolhemos o padrão **4.36**. A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território, para implementar uma microintervenção.

As estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental apresentam importância básica para os pacientes e familiares pois

---

melhora a qualidade de vida dos usuários, oferece apoio psicológico, ensina aos pacientes a controlar sua doença e a ter responsabilidade com seus tratamentos. Também as estratégias têm um valor primordial para os profissionais da saúde porque lhes mostra a forma de fazer um encaminhamento adequado, compartilhar experiências conhecimentos e dados clínicos dentro de um atendimento integral e através da contrarreferência.

A segunda etapa teve relação com a seleção de um caso atendido com necessidade de atenção integral em saúde mental para a construção de sua linha de cuidado.

Paciente de 45 anos de idade. Sexo masculino, casado, mora com seu filho de 8 anos, com antecedentes familiares de transtorno bipolar, sua mãe e irmãos com hábito tóxico e é consumidor de café e cigarro. Nível de escolaridade ensino médio incompleto. Assiste a consulta por apresentar crise aguda de transtorno bipolar. Na companhia de sua mulher ela fala que ele tem chorado há 15 dias, que não trabalha, não quer comer nem fazer atividades alguma.

O paciente fala pouco e chora na consulta constantemente durante anamnese. Ele é avaliado e diagnosticado como transtorno bipolar agudo. A equipe faz um cadastro do paciente. Foi indicado tratamento medicamentoso e terapia psicológica. Encaminhamento para o NASF. Realizamos consulta compartilhada com o psicólogo da área: o mesmo fez um encaminhamento para o CAPS III, com acompanhamento pela área a cada 7 dias através de consulta, sendo alternada com visita domiciliar acompanhada pelo psicólogo e pelo agente comunitário de saúde com orientação e educação aos familiares para que ofereçam apoio.

Após 15 dias de tratamento observamos melhora do paciente: o mesmo não chora, come e faz as atividades diárias, fala com sua mulher, com seu filho e seus familiares. Ainda não faz incorporação no seu trabalho e continua com ligeiro estado depressivo. Continua com acompanhamento pela ESF, NASF, CAPS III, dependendo da sua necessidade e evolução. A comunicação entre o CAPS e o NASF foi através da contrarreferência, informando-nos dos dados, diagnóstico, prognóstico e tratamento do usuário.

A terceira etapa esteve relacionada com a divulgação do funcionamento da rede de saúde mental do município. A porta de entrada podem ser a ESF da UBS Santa Cecilia com encaminhamento para Núcleo de Apoio a Saúde de Família (NASF) e/ou encaminhamento para Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). No caso de crise,

---

oferecendo risco para sua vida ou terceiros, deve ser encaminhado ao Hospital Regional do Seridó, para ser avaliado pelo médico de plantão, onde deverá decidir se o paciente ficará usando leito ou não. O hospital tem uma sala de psiquiatria destinada a pacientes graves.

Uma vez usando leito, o Serviço Social do hospital entra em contato com o CAPS III para agendamento da consulta com o psiquiatra. Caso haja vaga nos leitos do CAPS III, o paciente é transferido para dar continuidade ao tratamento. Após melhorias clínicas é encaminhado para o ambulatório de psiquiatria do município, onde irá ser acompanhado por consultas periódicas, e terapia medicamentosa, até que fique controlado. Os pacientes que não precisem de uso de medicamentos são encaminhados para o serviço de psicologia do NASF

---

---

## **CAPÍTULO VI: As estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade.**

Os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, Santa Cecília, situada no município Jardim de Piranhas do Rio Grande do Norte realizaram uma reunião com os profissionais da equipe e realizamos uma análise das estratégias empregadas no acompanhamento dos usuários de doenças crônicas não transmissíveis. Baseados num questionário de perguntas (quadro 13), no qual todos os profissionais emitiram opiniões e debatemos respeito do tema. Além disso efetuamos uma autoavaliação aplicando a AMAQ, 2016, propusemos a construção do instrumento de medição de dados (quadro 12) e as novas estratégias de microintervenção (quadro 11).

A equipe realizava o acompanhamento baseado da busca ativa realizada no território e das consultas por demandas espontâneas dos usuários sem uma programação do acordo as necessidades individuais dos usuários. Nossa equipe realiza palestras cada 3 meses para os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis com orientação à estimulação de autocuidado e promoção de estilos de vida saudável com apoio do NASF, entrega aos pacientes de cadernetas de acompanhamento individual no qual ficam registrados os valores de glicemia, pressão, peso em kg, data da consulta e do acompanhamento e dados pessoais para caso de uma urgência poder localizar os familiares.

As dificuldades achadas nas respostas do questionário foram: A equipe não tem registros dos usuários com diabetes e com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade na área de abrangência. Não realizamos exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica por não ter aparelho na unidade. Não temos oferta de grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso.

As potencialidades achadas nas respostas do questionário foram: A equipe faz acompanhamentos para pessoas com doenças crônicas de forma programada e individualizada dependendo as necessidades e do controle de cada paciente; atendimento na primeira consulta de forma imediata; avaliação da existência de comorbidades e fatores de risco; registramos os pacientes no livro de cadastro e encaminhamentos para outras especialidades; , mediante as palestras e orientações de saúde educativas, estimulamos a realização de atividades físicas e alimentação saudável junto com o NASF.

---

Escolhemos o padrão: 4.29. A equipe de Atenção Básica organiza a atenção as pessoas com hipertensão, diabetes, e obesidade com base na estratificação de risco. O problema para o alcance do padrão: Quantas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis têm controle dos riscos? Como objetivo geral: Descrever as estratégias de acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis - Hipertensão, diabetes e obesidade. O objetivo específico: Cadastrar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e ter controle dos riscos.

A microintervenção (quadro 11) foi executada em dois etapas: A primeira etapa foi construção do instrumento (quadro 12) e registro de dados dos pacientes. Por meio das consultas, visitas de domiciliares e pesquisas com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde da nossa área de trabalho.

A segunda etapa foi a implementação da intervenção (quadro 11). Por meio de atividades desenvolvidas por nossa equipe de trabalho. As primeiras ações foi orientar, preparar a nossos profissionais sobre o tema. Logo pesquisamos e cadastramos as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, estratificamos os riscos associados às doenças, fizemos acompanhamento individualizado de acordo com a sua necessidade, continuamos com as palestras e ações educativas para promover um estilo de vida saudável na nossa área de abrangência.

---

---

**CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação das estratégias de saúde implementadas na unidade de Santa Cecília no município Jardim de Piranhas.**



## PLANO DE CONTINUIDADE

| Nome da Intervenção  | Resumo  | Resultados  | Plano de Continuidade  |
|--|---|---|--|
| Comunicação entre profissionais da Equipe de Saúde da Família e os usuários da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do município de Jardim de Piranhas/RN | A microintervenção foi realizada com uma metodologia descritiva, longitudinal. Com os objetivos: Convidar os Representantes comunitários nas Reuniões da equipe. Mapear Adequadamente o território. Planejar e avaliar as ações implementadas | Os resultados alcançados: Satisfação dos usuários atendidos no serviço de saúde da família. Livro de registro da assistência dos participantes. Melhoria dos processos de trabalho. As melhorias que trouxe para a comunidade: Diminuição dos encaminhamentos, aumentos dos controles das doenças e prevenção. A equipe avalia: Aprendemos a trabalhar e buscar soluções em conjunto. As dificuldades: Resistência da comunidade as mudanças e a participação nas reuniões. Resistência da equipe as mudanças dos processos de trabalhos. | Diminuir as resistências da equipe as mudanças com capacitação permanente. Continuar a sensibilização aos usuários para diminuir as resistências as mudanças e incrementar a participação as reuniões e palestras.   |
| As Estratégias de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.   | Foi realizada com uma metodologia descritiva, longitudinal. Com os objetivos: Implementar os livros de registros de programação de consulta por serviços. Atender 30 pacientes diários. Capacitar aos profissionais de saúde                  | Os resultados alcançados: Melhoraria da qualidade dos serviços. Incremento dos indicadores de saúde. As melhorias que trouxe para a comunidade: aumento da promoção de saúde e prevenção das doenças, aumenta o controle das doenças crônicas. A equipe avalia: A programação das consultas dos serviços e a boa comunicação como a base do acolhimento. As dificuldades: Resistência da comunidade as mudanças. Resistência da equipe as mudanças dos processos de trabalhos. Excesso de agendamentos de usuários diários.               | Educar a comunidade na programação das consultas. Instruir os usuários através de palestras diárias por 10 minutos antes de iniciar as consultas. Orientar a equipe sobre os processos de trabalho. Agendar 30 usuários diários respeitando o tempo das consultas individuais. |
| As Estratégias educativas de saúde empregadas nas gestantes.   | Realizamos uma microintervenção baseada na metodologia descritiva, longitudinal. Com os objetivos: Criar grupo de gestantes. Fazer visitas domiciliares a todas as grávidas. Capacitar aos profissionais de saúde.                            | Os resultados alcançados: Cadastro atualizado das gestantes Acompanhamento de todas as gestantes. Diminuição das incidências das gestantes com alto risco e complicações. Melhoraria da qualidade dos serviços. As melhorias que trouxe para a comunidade: Oferta de controle pré-natal de qualidade na atenção básica. A equipe avalia: Diminuição dos riscos e complicações das grávidas. As dificuldades: Resistência as mudanças de maus hábitos alimentares das grávidas.  | Incrementar as conversas sobre estilos de vida saudáveis nas gestantes. Fazer palestras mensais no grupo de grávidas. Preparar a equipe no rastreamento dos riscos, complicações e doenças nas gestantes.  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p>As estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.</p>                        | <p>Implementamos uma microintervenção com uma metodologia descritiva, longitudinal. Com os objetivos: Pesquisar as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental. Cadastrar os usuários com consumo de medicamentos acompanhados pela equipe. Fazer visitas domiciliares aos usuários com transtorno mental. Capacitar a equipe de saúde.</p>                              | <p>Os resultados alcançados: Cadastro de todas as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental na comunidade. Diminuição do consumo de medicamentos. Melhor qualidade de vida do usuário. As melhorias que trouxe para a comunidade: Controle das doenças mentais. Eliminação de uso de drogas inadequadas por automedicação. A equipe avalia: Existência de registro atualizado dos usuários com consumo de psicotrópicos. Aumento dos conhecimentos no acolhimento das doenças mentais. As dificuldades: Resistência dos usuários a diminuir os medicamentos e a suspender automedicação.</p>  | <p>Cadastrar e controlar todos os usuários com usos de psicotrópicos na área de abrangência. Fazer conversas sobre estilos de vida saudáveis. Capacitar a equipe no acolhimento e acompanhamento dos usuários com doenças mentais.</p>  |
| <p>Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.</p>   | <p>Executamos uma microintervenção com uma metodologia descritiva, longitudinal. Com os objetivos: atualizar o cadastramento das crianças até dois anos do território. Pesquisar na área de abrangência. Incrementar as visitas domiciliares. Orientar as famílias. Capacitar a equipe de saúde.</p>   | <p>Os resultados alcançados: Cadastro atualizado das crianças até dois anos. Diminuição das doenças e dos riscos. As melhorias que trouxe para a comunidade: aumento o controle da saúde e doenças. Criação de grupos de crianças menores de dois anos. A equipe avalia: Incrementar as visitas domiciliares. Alto índice de anemia. As dificuldades: Resistência dos pais para educar a seus filhos em bons hábitos alimentares. Alta incidência de anemia. Falta de registro de violência e acompanhamento familiar.</p>  | <p>Cadastrar e controlar todas as crianças. Fazer conversas sobre os bons hábitos alimentares. Incrementar as visitas domiciliares. Diminuir a incidência de anemia. Capacitar a equipe sobre dietas adequadas. Registrar os casos de violência e acompanhamento familiar. Fazer palestras cada 3 meses ao grupo de crianças.</p> |
| <p>As estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade.</p> | <p>Aplicamos uma microintervenção baseada na metodologia descritiva, longitudinal. Com os objetivos: Pesquisar e cadastrar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Acompanhar aos usuários do acordo a sua necessidade. Estratificar os riscos associados as doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. Capacitar a equipe de saúde.</p> | <p>Os resultados alcançados: Registro atualizado de todas as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. Diminuição e eliminação de uso de medicamentos. Mudanças nos estilos de vida. Economia de recursos materiais e humanos. As melhorias que trouxe para a comunidade: Satisfação dos usuários e familiares. Diminuição dos riscos e complicações. Menos gastos de recursos. A equipe avalia: Continuar com as pesquisas. Prevenção de doenças e complicações. Promoção de saúde. Incrementos dos conhecimentos e motivação dos trabalhadores com os resultados alcançados dos usuários. As dificuldades: Resistência as mudanças para estilos de vida saudáveis. Falta de aparelho para fazer fundo de olho.</p> | <p>Pesquisar e cadastrar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. Estratificar os riscos associados as doenças. Orientar sobre o autocuidado. Através de estilo de vida saudável. Capacitar a equipe sobre dietas adequadas. Solicitar aparelho para fazer fundo de olho.</p>        |

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe dos profissionais da saúde, do município Jardim de Piranha, de Santa Cecília ao longo das microintervenções implementadas, em nossa comunidade. Observamos as melhorias na qualidade dos serviços e os processos de trabalhos, com um aumento na satisfação dos usuários e seus familiares. Através das estratégias aplicadas nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças com suas complicações, junto com os controles das enfermidades. Além disso, incremento dos conhecimentos dos trabalhadores, suas capacidades de acolhimentos. Estabelecimentos das boas comunicações entre a equipe e os usuários.

As reflexões das microintervenções, sobre as experiências vividas. No transcurso das investigações: Olhamos a importância de um estilo de vida saudáveis para os pacientes e suas famílias baseado na cultura da boa nutrição com o propósito da prevenção das doenças e os controles das enfermidades e suas complicações. Podemos avaliar ao longo do estudo as melhorias dos indicadores de saúde, por meio de uma dieta individualizada a cada usuário do acordo a seu estado de saúde. Já que muitos não tinham o conhecimento dos alimentos que podiam consumir para seu controle e prevenção de doenças, e os que não deviam ingerir porque incrementavam o descontrole de seu estado de saúde.

Na microintervenção VI: As estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade. Aplicamos o consumo de água de limão em jejum e antes de dormir com uma unidade em um copo de água, junto a sua dieta do acordo a sua saúde. Obtivemos como resultado a diminuição do colesterol, os triglicérides, glicose, pressão, diminuição do peso em kg nos pacientes obesos. Quando conseguimos mudar sua alimentação muitos não precisaram o consumo de medicamentos e outros diminuíram a quantidade deles. Também ganhamos o aumento das capacidades intelectual e gestões do trabalho na equipe. Por meio dos debates de opiniões nas reuniões, das vivências, das práticas laborais. Onde aprendemos a focalizar-nos nas soluções dos problemas de saúde dos pacientes de forma individualizada e objetiva. Os desafios maiores foram as mudanças nos estilos de vida. Sendo a característica mais comum em nossa investigação. Ao mesmo tempo foi o fator potencializador para alcançar melhoria nos indicadores de saúde.

---

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. 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](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/AMAQ_AB_SB_3ciclo.pdf)>.

Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL. Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e Manuais. Técnicos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2016.

Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

---

BRASIL. **Manual de identidade visual: Rede de Atenção Básica**. 2012c. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_rede\\_basica.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_rede_basica.pdf)>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BRASIL. E- SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_cds.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL. e-SUS Atenção Básica: manual de implantação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_implantacao\\_esus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_implantacao_esus.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2017.

BRASIL. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde: parâmetros SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/imagens/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo 2º Ciclo (2015). Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_instrutivo\\_PMAQ\\_CEO\\_2\\_ciclo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_PMAQ_CEO_2_ciclo.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2017.

BRASIL. Tutorial para preenchimento da autoavaliação. Disponível em: <[http://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq\\_homologacao/static/assets/docs/como\\_fazer\\_autoavaliacao.pdf](http://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq_homologacao/static/assets/docs/como_fazer_autoavaliacao.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

---

BRASIL. Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006

Presidência da República. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes\\_acessibilidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.

## **APÊNDICES**

---

Figuras de observação da unidade de saúde.

Figura: 1.UBS: Santa Cecilia. Município Jardim de Piranhas.



Figura: 2.Consulta medica .



Figura: 3. Reunião da equipe de Saúde. Comunicação entre profissionais da Equipe de Saúde da Família e os usuários da Unidade Básica.

---





Figura: 6. Sala de situação de saúde da equipe de trabalho de Santa Cecília.



Figura: 7. Mapa territorial UBS. Santa Cecília.



As figuras: 8. Livros de registros de acolhimento. UBS. Santa Cecília.

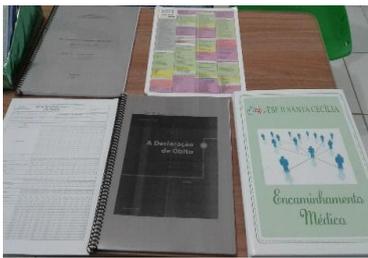


Figura: 8.0. Reunião da equipe de Saúde. As Estratégias de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.



Figuras de acompanhamento a saúde mental.

Figura: 8.1 prontuários familiar e individual

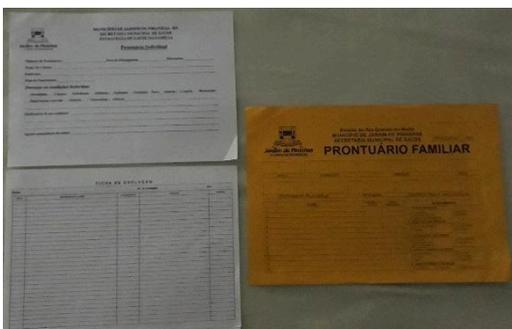


Figura: 8.2. Caderneta de acompanhamento do paciente.



Figura: 9.Histórico de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos. UBS. Santa Cecília.

Figura:9 .1 livros de registro de uso de psicotrópicos.

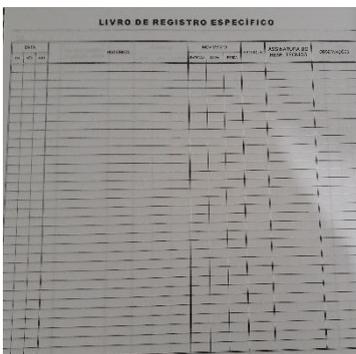


Figura:9 .2 livros de encaminhamentos NASF. Visitas Domiciliar.



Figura: 9.2.A Reunião da equipe. As estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.



Figuras do atendimento pré-natal.

Figura:9 .3 Ficha de atendimento individual.

A detailed form titled 'FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL' from the SUS system. It features a grid with columns for dates and rows for various clinical parameters, likely for monitoring a pregnant woman's health over time.

Figura:10 Caderneta da gestante.



Figura: 10.1 fichas de pré-natal

Two pages of prenatal care forms. The left page is titled 'FICHA PERINATAL - Ambulatório' and contains various fields for recording patient information and clinical data. The right page features a 'Gráfico de altura uterina' (uterine height graph) with a grid and a curve, used for monitoring fetal growth during pregnancy.

Figura: 10.2 consultas de pré-natal.



Figura: 10.3 Oferta de métodos contraceptivos.



Figura: 10.4 Reunião da equipe. As Estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes.



Figuras de acompanhamento as crianças.

Figura: 11 Livros de registro de vacinação das crianças.



Figura: 11.1 Livros de registro de puericultura e de nascido vivo das crianças.

---



Figura: 11.2 Cadernetas das crianças.

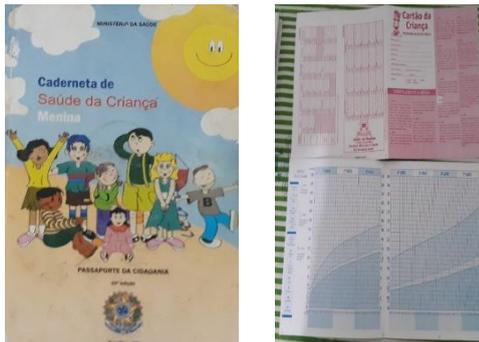


Figura: 11.3 criança na consulta medica.



Figura: 11.34. Aparelho de medição antropométrica

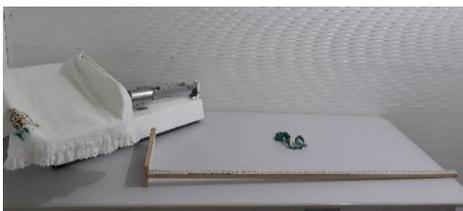


Figura: 11.5 Reunião da equipe. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.



Figuras de doenças crônicas não transmissíveis.

Figura 12. aparelhos de toma de pressão e glicose. Cinta métrica.



Figura 12.1. Caderneta de acompanhamento do paciente.



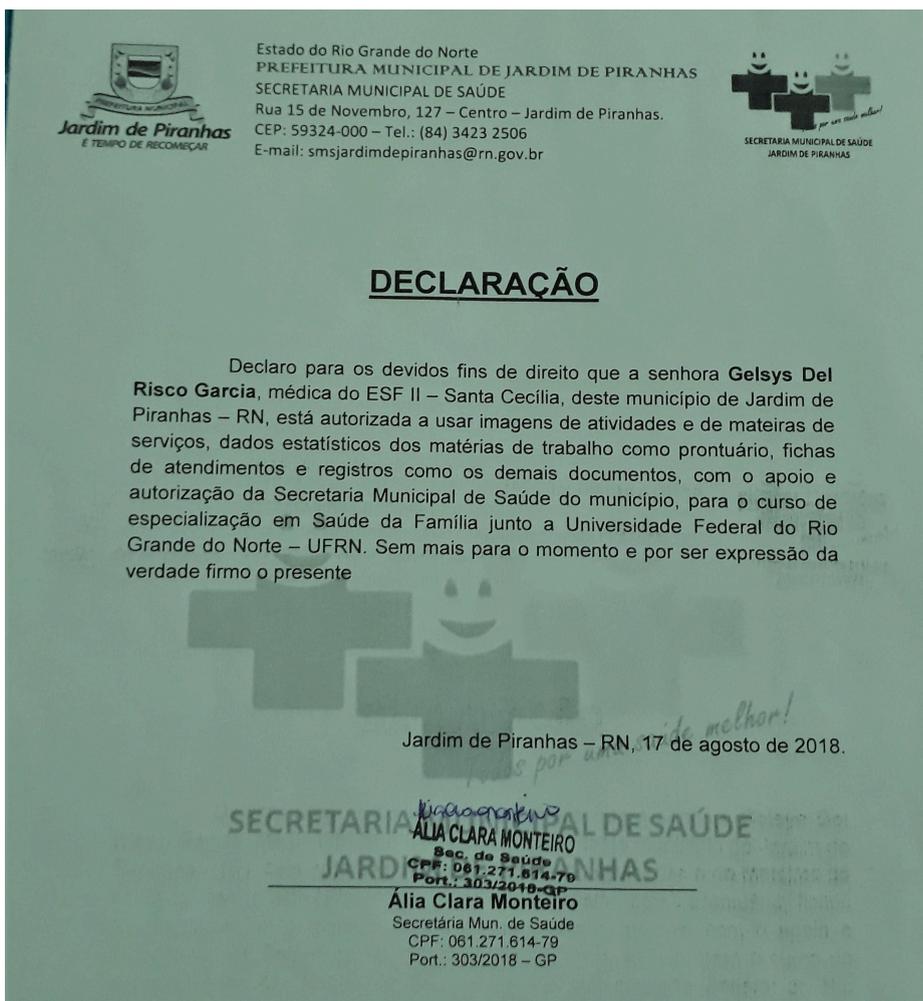
Figura 12.3. Aparelho de medição antropométrica.



Figura 12.2 Reunião da equipe. As estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade.



Figura 13. Autorização pela secretaria de saúde para usar as imagens no TCC.



**Quadro:1. Matriz de intervenção. Comunicação entre profissionais da Equipe de Saúde da Família e os usuários da Unidade Básica de Saúde Santa Cecilia do município de Jardim de Piranhas/RN.**

**Descrição do padrão: 4.5** A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.

**Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:** A comunidade não participa de reuniões de planejamento do processo de trabalho e das ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família.

**Objetivo/meta:** Melhorar a comunicação entre profissionais da equipe de saúde da família e os usuários para, assim, entender os anseios, expectativas e demanda de ambos, para melhorar a atenção dispensada a comunidade.

| <b>Estratégias para alcançar os objetivos /metas</b>           | <b>Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da execução)</b>  | <b>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</b>                                     | <b>Resultados esperados</b>  | <b>Responsáveis</b>   | <b>Prazos</b>                         | <b>Mecanismos E indicadores Para avaliar o alcance dos resultados</b>   |
|--|---|---|--|---|---------------------------------------|---|
| Convidar os Representantes comunitários nas Reuniões Da equipe | Solicitar aos agentes comunitários de saúde que convidem um representante da comunidade para participar das reuniões de equipe. | Colaboração dos agentes comunitários de saúde para o convite, médica, enfermagem, técnica Enfermagem. | Comunicação ativa da ESF.com a comunidade e melhora da atenção dispensada aos usuários | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 06/04/18<br>Concluir 25/04/18 | Satisfação dos usuários atendidos no serviço de saúde da família.<br>Libro de registro da assistência dos participantes.                      |
| Mapear Adequadamente o território                              | Registrar o dado demográfico e epidemiológico na área de trabalho da UBS. Manter o cadastro atualizado                          | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.  | Fazer o diagnóstico de saúde na área   | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 06/04/18<br>Concluir 25/10/18 | Melhorar a qualidade do atendimento na área.<br>Mapa e diagnostico de saúde da UBS.<br>Registro de dados.<br>Acesso e continuidade do cuidado |
| Planejar e avaliar as ações implementadas                      | Monitorar os resultados em equipe   | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS   | Reorientação permanente do processo de trabalho  | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 06/04/18<br>Concluir 25/10/18 | Melhoria dos processos de trabalho.<br>Abrangência da oferta de serviços.   |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:2. Instrumentos de medição eletrônico dos dados dos usuários do dia a dia. Comunicação entre profissionais da Equipe de Saúde da Família e os usuários da Unidade Básica de Saúde Santa Cecilia do município de Jardim de Piranhas/RN.**

| Usuários # SUS | Idade | Sexo | Consulta agendada | Consulta espontânea | Visita domiciliar | Diagnóstico | Seguimento | Encaminhamento |
|----------------|-------|------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------|------------|----------------|
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro: 3. Matriz de intervenção. As Estratégias de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.**

| <b>Descrição do padrão: 4.10.</b> A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos. |   |  |                      |              |        |  |
|--|---|--|----------------------|--------------|--------|--|
| <b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:</b> Que estratégias utiliza a equipe de saúde para o acolhimento?                          |   |  |                      |              |        |  |
| <b>Objetivo/meta:</b> Descrever as estratégias de acolhimento da equipe de saúde.  |   |  |                      |              |        |  |
| Estratégias para alcançar os objetivos /metas  | Atividades A serem desenvolvidas (Detalhamento da execução) | Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades | Resultados esperados | Responsáveis | Prazos | Mecanismos E indicadores Para avaliar o alcance dos resultados |

|   |   |   |  |   |                                       |  |
|---|---|---|--|---|---------------------------------------|--|
| Implementar os livros de registros de programação de consulta por serviços. | Utilização dos livros de registro de programação de consulta por serviços na unidade. | Colaboração dos agentes comunitários de saúde para o convite, médica, enfermagem, técnica Enfermagem. | Aumenta a qualidade do acolhimento           | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 06/05/18<br>Concluir 25/05/18 | Satisfação dos usuários atendidos no serviço de saúde. |
| Atender 30 pacientes diários  | Atendimento de 30 pacientes diários   | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.  | Melhorar a qualidade do atendimento na área. | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 06/05/18<br>Concluir 25/10/18 | Satisfação dos usuários atendidos no serviço de saúde. |
| Capacitar aos profissionais de saúde.                                       | Capacitação continua dos profissionais.   | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.  | Melhorar a qualidade dos serviços            | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 06/05/18<br>Concluir 25/10/18 | Melhorar os indicadores de saúde.                      |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:4 Instrumentos de medição eletrônico dos dados. As Estratégias de Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada.**

| Usuários # SUS | Idade | Sexo | Consulta agendada | Consulta espontânea | Visita domiciliar | Diagnóstico | Seguimento | Encaminhamento |
|----------------|-------|------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------|------------|----------------|
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |
|                |       |      |                   |                     |                   |             |            |                |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro: 5. Matriz de intervenção. As Estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes.**

| <b>Descrição do padrão: 4.22.</b> A equipe de Atenção Básica acompanha todas as gestantes do território.             |   |   |  |   |                                      |   |
|--|---|---|--|---|--------------------------------------|---|
| <b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:</b> Quantas gestante acompanha a equipe?                 |   |   |  |   |                                      |   |
| <b>Objetivo/meta:</b> Descrever as estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes. Cadastrar as gestantes. |   |   |  |   |                                      |   |
| <b>Estratégias para alcançar os objetivos /metas</b>   | <b>Atividades A serem desenvolvidas (Detalhamento da execução)</b>  | <b>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</b> | <b>Resultados esperados</b>  | <b>Responsáveis</b>   | <b>Prazos</b>                        | <b>Mecanismos E indicadores Para avaliar o alcance dos resultados</b> |
| Mapear Adequadamente o território  | Manter o cadastro atualizado e a pesquisa ativa das gestantes.      | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.                      | Cadastro atualizado das gestantes                                    | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Acompanhamento de todas as gestantes.                                 |
| Fazer visitas domiciliares a todas as gestantes.   | Fazer visitas domiciliares.   | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.                      | Acompanhamento de todas as gestantes.                                | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Indicadores de saúde.   |
| Criar grupo de gestantes   | Orientar sobre medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde. | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.                      | Diminuir as incidências das gestantes com alto risco e complicações. | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Taxa de incidência das gestantes com alto risco e complicações.       |

|                                       |  |  |                                   |   |                                      |                                   |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Capacitar aos profissionais de saúde. | Capacitação contínua dos profissionais | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS. | Melhorar a qualidade dos serviços | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Melhorar os indicadores de saúde. |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------------|

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:6. Instrumentos de medição dos dados. As Estratégias de saúde educativas empregadas nas gestantes.**

| Usuários # SUS | Idade | Captção da gravidez por trimestre | Gestantes préviás | Aborto | Partos | Hábitos tóxicos. | Imunização | Estado civil | Instrução | Riscos | Diagnóstico | Seguimento | Encaminhamento |
|----------------|-------|-----------------------------------|-------------------|--------|--------|------------------|------------|--------------|-----------|--------|-------------|------------|----------------|
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |
|                |       |                                   |                   |        |        |                  |            |              |           |        |             |            |                |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:7. Matriz de intervenção.** As estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.

|   |
|---|
| <b>Descrição do padrão: 4.36.</b> A equipe de Atenção Básica desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico em seu território.                      |
| <b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:</b> Quantas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental faz o acompanhamento pela equipe? |

**Objetivo/meta:** Descrever as estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.

O objetivo específico: Cadastrar as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental que faz o acompanhamento pela equipe.

| <b>Estratégias para alcançar os objetivos /metas</b>                       | <b>Atividades A serem desenvolvidas (Detalhamento da execução)</b>   | <b>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</b> | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Responsáveis</b>   | <b>Prazos</b>                        | <b>Mecanismos E indicadores Para avaliar o alcance dos resultados</b>       |
|--|--|---|---|---|--------------------------------------|---|
| Fazer visitas domiciliares aos usuários com transtorno mental.             | Fazer visitas domiciliares pela equipe e a intervenção do acordo aos problemas. Orientar sobre o cuidado dos pacientes | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.                      | Melhorar a qualidade de vida do usuário.  | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Índice de visitas domiciliares.   |
| Capacitar a equipe de saúde.   | Orientar, preparar a equipe  | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.                      | Aumentar o conhecimento e motivação dos trabalhadores                                 | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Indicadores de qualidade de atendimento.                                    |
| Pesquisar as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.          | Pesquisar as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.  | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS                       | Cadastrar todas as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental na comunidade. | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Índice de usuários cadastrados com sofrimento psíquico e transtorno mental. |
| Cadastrar os usuários com consumo de medicamentos acompanhados pela equipe | Registrar os usuários com uso crônico de medicamentos que são acompanhados pela equipe.                                | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS                       | Diminuir o consumo de medicamentos  | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/07/18<br>Concluir 20/7/18 | Índice de usuários cadastrados com consumo de medicamentos.                 |

**Fonte:** Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:8. Instrumentos de medição eletrônico dos dados dos usuários.** As estratégias de saúde mental utilizadas nas pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.

| Número de cartão de SUS | Idade | Sexo | Agendamento programado | Atendimento de urgência | Visita domiciliar | Diagnóstico | Seguimento | Encaminhamento | Seguimento CAPS | Seguimento NASF | Tempo de espera | Uso de droga | Integração Ao grupo De ajuda |
|-------------------------|-------|------|------------------------|-------------------------|-------------------|-------------|------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|------------------------------|
|                         |       |      |                        |                         |                   |             |            |                |                 |                 |                 |              |                              |
|                         |       |      |                        |                         |                   |             |            |                |                 |                 |                 |              |                              |
|                         |       |      |                        |                         |                   |             |            |                |                 |                 |                 |              |                              |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:9. Matriz de intervenção. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.**

| <b>Descrição do padrão: 4.18.</b> A equipe de Atenção Básica acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos da sua área de abrangência.     |   |  |  |   |                                      |  |
|--|---|--|--|---|--------------------------------------|--|
| <b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:</b> A equipe de atenção básica não possui cadastramento atualizado das crianças até dois anos do território. |   |  |  |   |                                      |  |
| <b>Objetivo/meta:</b> atualizar o cadastramento das crianças até dois anos do território.  |   |  |  |   |                                      |  |
| Estratégias para alcançar os objetivos /metas  | Atividades A serem desenvolvidas (Detalhamento da execução) | Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades | Resultados esperados                                 | Responsáveis  | Prazos                               | Mecanismos E indicadores Para avaliar o alcance dos resultados |
| Pesquisar na área de abrangência.  | Registrar no livro as crianças atendidas na área.           | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.               | Cadastramento atualizado das crianças até dois anos. | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 01/08/18<br>Concluir 20/8/18 | Índice das crianças até dois anos na área.                     |

|                                     |   |   |  |   |                                      |  |
|-------------------------------------|---|---|--|---|--------------------------------------|--|
| Incrementar as visitas domiciliares | Fazer visitas domiciliares pela equipe e a intervenção de acordo aos problemas. | Médica, enfermagem, técnica<br>Enfermagem. ACS. | Classificar as famílias, e os riscos associados as crianças. | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 01/08/18<br>Concluir 20/8/18 | Índice de crianças sanas, e com doenças. |
| Orientar as famílias                | Promoção de saúde e prevenção de doenças.                                       | Médica, enfermagem, técnica<br>Enfermagem. ACS. | Diminuir as doenças.   | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 01/08/18<br>Concluir 20/8/18 | Índice de consultas.                     |
| Capacitar a equipe de saúde.        | Orientar, preparar a equipe   | Médica, enfermagem, técnica<br>Enfermagem. ACS  | Aumentar o conhecimento e motivação dos trabalhadores        | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 01/08/18<br>Concluir 20/8/18 | Indicadores de qualidade de atendimento. |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:10. Instrumentos de medição eletrônico dos dados dos usuários do dia a dia. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.**

| Dia /mês /ano | Número de cartão de SUS | Idade | Sexo | Agendamento programado | Atendimento de urgência | Visita domiciliar | Vacinação atualizada | Vacinação não atualizada | Diagnóstico CIAP2 | Encaminhamento. |
|---------------|-------------------------|-------|------|------------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
|               |                         |       |      |                        |                         |                   |                      |                          |                   |                 |
|               |                         |       |      |                        |                         |                   |                      |                          |                   |                 |
|               |                         |       |      |                        |                         |                   |                      |                          |                   |                 |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:11. Matriz de intervenção. As estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade.**

| <b>Descrição do padrão: 4.29.</b> A equipe de Atenção Básica organiza a atenção as pessoas com hipertensão, diabetes, e obesidade com base na estratificação de risco.              |   |   |   |   |                                      |  |
|---|---|---|---|---|--------------------------------------|--|
| <b>Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:</b> Quantas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade. Têm controle dos riscos? |   |   |   |   |                                      |  |
| <b>Objetivo/meta:</b> Descrever as estratégias de acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade.   |   |   |   |   |                                      |  |
| <b>O objetivo específico:</b> Cadastrar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade. E ter controle dos riscos.                            |   |   |   |   |                                      |  |
| <b>Estratégias para alcançar os objetivos /metas</b>  | <b>Atividades A serem desenvolvidas (Detalhamento da execução)</b>  | <b>Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades</b> | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Responsáveis</b>   | <b>Prazos</b>                        | <b>Mecanismos E indicadores Para avaliar o alcance dos resultados</b>  |
| Acompanhar aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. Do acordo a sua necessidade e demanda.   | Fazer visitas domiciliares pela equipe. Consultas programadas. Orientar sobre o autocuidado. Em a um estilo de vida saudável. | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.                      | Alcançar o controle das doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade         | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/09/18<br>Concluir 20/9/18 | Índice de usuários com controle doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade.                     |
| Capacitar a equipe de saúde.  | Orientar, preparar a equipe   | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS.                      | Aumentar o conhecimento e motivação dos trabalhadores   | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/09/18<br>Concluir 20/9/18 | Indicadores de seguimento adequado dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. |
| Pesquisar e cadastrar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade.   | Pesquisar e cadastrar as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade.                   | Médica, enfermagem, técnica Enfermagem. ACS                       | Cadastrar todas as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. | ACS: MAGALY; NETO; LULA; ANELY; LANA<br>Enfermagem: Leticia, Técnica de Enfermagem: Solange, Médica: Gelsys | Empezar 02/09/18<br>Concluir 20/9/18 | Índice de usuários cadastrados com Doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade                   |

|   |  |  |                           |   |  |  |
|---|--|--|---------------------------|---|--|--|
| Estratificar os riscos associados as doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. | Estratificar os riscos associados as doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade | Médica, enfermagem, técnica<br>Enfermagem. ACS | Diminuir as complicações. | ACS:<br>MAGALY;<br>NETO; LULA;<br>ANELY;<br>LANA<br>Enfermagem:<br>Leticia,<br>Técnica de Enfermagem:<br>Solange,<br>Médica: Gelsys | Empezar<br>02/09/18<br>Concluir<br>20/9/18 | Índice de usuários com riscos associados as doenças crônicas não transmissíveis. Diabetes, hipertensão, obesidade. |
|---|--|--|---------------------------|---|--|--|

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Quadro:12. Instrumentos de medição eletrônico dos dados dos usuários. As estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Hipertensão, diabetes, obesidade.**

| Número de cartão de SUS | Idade | Sexo | Agendamento programa do | Atendimento de urgência | Diagnóstico | Glicose/mg/dl | Pressão /mmHg | Peso/kg | Creatinina | Colésterol | Triglicérido | Tratamento | Riscos | Habitacionais | Encaminhamento |
|-------------------------|-------|------|-------------------------|-------------------------|-------------|---------------|---------------|---------|------------|------------|--------------|------------|--------|---------------|----------------|
|                         |       |      |                         |                         |             |               |               |         |            |            |              |            |        |               |                |
|                         |       |      |                         |                         |             |               |               |         |            |            |              |            |        |               |                |
|                         |       |      |                         |                         |             |               |               |         |            |            |              |            |        |               |                |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

## **ANEXOS**



**Quadro: 13. Questionário das estratégias de acompanhamento implementadas nas doenças crônicas não transmissíveis. Debatidas na reunião da equipe. Hipertensão, diabetes, obesidade.**

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

|   |     |     |     |                      |
|---|-----|-----|-----|----------------------|
| A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?   |     | Não |     |                      |
| 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.                                      |     | Não |     |                      |
| A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?   | Sim |     | Sim |                      |
| A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?  | Sim |     | Sim |                      |
| Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção? ”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso. | Sim |     | Sim |                      |
| A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?  |     |     | Sim |                      |
| A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?   |     |     | Sim |                      |
| A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?  |     |     |     | Não temos aparelhos. |
| <b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>  |     |     |     |                      |
| <b>QUESTÕES</b>   | Sim | Não |     |                      |
| Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS   | Sim |     |     |                      |

|   |            |            |  |  |
|---|------------|------------|--|--|
| <b>Oferta ações voltadas à atividade física</b>   | <b>Sim</b> |            |  |  |
| <b>Oferta ações voltadas à alimentação saudável</b>   | <b>Sim</b> |            |  |  |
| <b>Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS</b> | <b>Sim</b> |            |  |  |
| <b>Encaminha para serviço especializado</b>   | <b>Sim</b> |            |  |  |
| <b>Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso</b>                              |            | <b>Não</b> |  |  |

**Fonte:** Elaborado pelo programa da especialidade de estudos.

---

---