



**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**

**INTERVENÇÕES DE MELHORIA NA ASSISTÊNCIA À ATENÇÃO  
BÁSICA NA UNIDADE MISTA DE FELIPE CAMARÃO EM NATAL**

**ANDRÉ GEORGE FERREIRA E CÂNDIDO**

---

**NATAL/RN**  
**2018**

---

---

INTERVENÇÕES DE MELHORIA NA ASSISTÊNCIA À ATENÇÃO BÁSICA NA  
UNIDADE MISTA DE FELIPE CAMARÃO EM NATAL

ANDRÉ GEORGE FERREIRA E CÂNDIDO

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.

Orientadora:  
Maria Helena Pires Araújo Barbosa

---

Dedico este trabalho aos meus pais.

Por todo apoio que me deram

para que chegasse até aqui

e me permitir ir cada

vez mais longe.

---

---

Agradeço em primeiro lugar a Deus  
pelo dom da vida.

Agradeço também a minha família,  
que sem o apoio não chegaria até aqui.

E sou grato a todos que  
fazem a Equipe 16, cuja convivência  
me permitiu crescer profissionalmente.

---

---

## **RESUMO**

A Atenção Primária à Saúde é capaz de promover saúde, prevenir doenças e ser resolutiva em cerca de 80% das demandas de saúde, além de ser responsável pela coordenação do cuidado do usuário. Diante disto, a qualificação do profissional médico se faz necessária quanto ao conhecimento em saúde da família. Para este fim, aplicamos micro-intervenções, em conjunto com a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), com objetivos de identificar problemas assistenciais e organizacionais em uma unidade de saúde de Natal-RN, propor melhoria no acesso do usuário aos serviços ofertados na unidade, utilizar instrumento digital e conhecer modalidade de consulta coletiva para atendimento pediátrico, incentivar práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, conhecer a rede de saúde mental no município e criar ferramentas para melhor acompanhamento de pacientes de saúde mental e de doenças crônicas assistidos pela equipe. Dentre todas as intervenções, a mais exitosa foi a que permitiu a implantação do sistema de Acolhimento a demanda espontânea e programada na unidade de saúde. Entretanto, vários desafios ainda precisam ser superados para a efetiva inserção das demais intervenções na rotina da equipe. Dos quais podemos destacar o acompanhamento dos pacientes de saúde mental e os com obesidade.

Palavras-chave: Resultados de Intervenções em Saúde, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família.

---

---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO I:</b> Observação na Unidade de Saúde quanto ao Acesso do Usuário e Problemas Organizacionais .....	9
<b>CAPÍTULO II:</b> Implantação do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada .....	13
<b>CAPÍTULO III:</b> Promoção e Prevenção de IST na Saúde Sexual da População Idosa ....	17
<b>CAPÍTULO IV:</b> Acompanhamento de Paciente de Saúde Mental em Unidade de Saúde e Rede de Apoio .....	20
<b>CAPÍTULO V:</b> Uso de Ferramenta Digital para Consultas Pediátricas e Ações de Consulta Coletiva para Crianças.....	24
<b>CAPÍTULO VI:</b> Ensino de Técnica de Ressuscitação Cardio-Pulmonar para Leigos e Uso de Reuniões de HiperDia para promoção de Saúde .....	27
<b>CAPÍTULO VII:</b> Monitoramento e Avaliação .....	30
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICES</b> .....	41
<b>ANEXOS</b> .....	47

---

---

## APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é fruto de um ano de estudos e intervenções em uma unidade mista de saúde na cidade de Natal-RN. Buscando reunir aqui como ocorreram, desafios enfrentados, metas alcançadas e propostas de continuidade. Foi elaborado como parte do curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e compondo requisito do Programa Mais Médicos.

A cidade do Natal é capital do Rio Grande do Norte, e a unidade onde foram desenvolvidas as micro-intervenções se localiza no distrito sanitário oeste da cidade. Esta unidade é classificada como unidade mista, pois apresenta anexada uma maternidade, Maternidade Felipe Camarão. Atuam em conjunto nesta unidade seis equipes de ESF, sendo a equipe no qual estou inserida chamada de Equipe 16. Somos compostos por cinco agentes de saúde (apresenta uma micro-área descoberta), duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e um médico. Nossa área de atuação é uma das mais antigas do bairro, e, portanto, predomina uma população idosa e de melhores condições financeiras em comparação aos demais habitantes do bairro. Resolvi atuar na ESF após a formatura, na Universidade Federal do Ceará em Fortaleza, ocorrida ao final de 2017, como meta profissional de exercer a profissão médica como generalista antes de seguir com planos de realizar uma especialização médica.

Este TCC foi desenvolvido como relatório acadêmico, sendo disposto em seis capítulos com ordem de realização das micro-intervenções propostas no curso: Observação na Unidade de Saúde quanto ao Acesso do Usuário e Problemas Organizacionais; Implantação do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada; Promoção e Prevenção de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) na Saúde Sexual da População Idosa; Acompanhamento de Paciente de Saúde Mental em Unidade de Saúde e Rede de Apoio; Uso de Ferramenta Digital para Consultas Pediátricas e Ações de Consulta Coletiva para Crianças; Ensino de Técnica de Ressuscitação Cardiopulmonar para Leigos e Uso de Reuniões de HiperDia para promoção de Saúde.

O objetivo principal deste trabalho é fortalecer e melhorar a assistência médica à saúde na atenção básica. Concretizando isto por meio de micro-intervenções desenvolvidas e aplicadas, através de equipe de Estratégia de Saúde da Família, na própria unidade de

---

---

saúde e em alguns grupos de usuários atendidos na unidade, de alta relevância neste nível de atenção: portadores de doenças crônicas, idosos, pacientes pediátricos, portadores de transtornos mentais e outros. Utilizou-se para estes fins ações educativas, palestras, realização de testes rápidos para ISTs, estudo de caso, intervenções em processos de trabalho, entre outros.

Convido para a leitura deste trabalho a fim de conhecer o esforço desenvolvido para melhorar o atendimento na atenção básica em nossa unidade de saúde.

---

---



---

## **CAPÍTULO I: Observação na Unidade de Saúde quanto ao Acesso do Usuário e Problemas Organizacionais**

O acesso aos serviços de saúde hoje em nosso sistema público tem algumas ilhas de excelência associadas a outras portas de entrada com falha. E é com o objetivo de identificar tais falhas na Unidade de Saúde onde estou inserido, mais precisamente à acessibilidade aos serviços médicos oferecidos em minha equipe é que esta experiência será abordada. Para tal, utilizamos como instrumento norteador a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).

A Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) é uma unidade de saúde que abriga seis equipes de saúde, das quais apenas quatro contam com médicos do programa Mais Médicos. A equipe para a qual fui alocado é conhecida como Equipe 16 e estava há quatro anos sem médico fixo, que estivesse contratado para exercer as atividades da Estratégia Saúde da Família. A modalidade encontrada até a minha indexação à equipe era de vinte a vinte e quatro atendimentos médicos realizados em um turno, duas vezes por semana, por médico contratado via cooperativa através da Prefeitura do Natal. Para isto, os usuários eram agendados todas as sextas-feiras pela manhã (para serem atendidos na semana seguinte), o que resultava em indivíduos que madrugavam em filas e comercializavam suas posições. Isto era prejudicial para o usuário que precisasse com mais urgência acessar serviços médicos, como também a sujeitos cujas condições físicas e/ou de saúde os impediriam esperar longas horas para realizar o seu agendamento. Exemplos de tais usuários são as gestantes e responsáveis por crianças pequenas, além de idosos e indivíduos com mobilidade reduzida.

Outro problema presente há tempos na UMFC é a pouca disponibilidade de estrutura física para o pleno funcionamento de todas as equipes ao mesmo tempo, sendo necessário rodízios de salas para o funcionamento harmônico de todas elas. Além disso, não há um serviço específico para o acolhimento e classificação do usuário que sirva a toda a unidade, sendo tal serviço realizado separadamente por cada equipe, de acordo com a dinâmica de trabalho de cada uma individualmente. Tais problemas foram destacados nos seguintes itens do AMAQ: 1. (SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS – 3.1 A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.), nota 5; 2. (SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO – 4.11 A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea em tempo integral), nota 3.

---

---

A fim de facilitar o acesso do usuário, buscar impedir a comercialização do acesso aos serviços médicos e, de forma gradual, quebrar com a tradição de que era preciso matinar em filas para ter acesso a consultas médicas, como equipe buscamos alternativas e saídas para estes problemas.

Inicialmente identificamos que gestantes, principalmente as que necessitavam de consultas semanais, por estarem no terceiro trimestre e próximas ou à termo, não conseguiram realizar seus pré-natais regularmente (SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – 4.22 A equipe acompanha todas as gestantes do território, nota 5). Além deste grupo, observamos também que crianças não estavam tendo consultas regulares, seja para avaliação de puericultura ou de crescimento e desenvolvimento (SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – 4.19 A equipe de Atenção Básica acompanha as crianças com idade até nove anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade, nota 5). Estes dois grupos mais vulneráveis estavam com dificuldade no agendamento para consultas médicas. Um caso me chamou atenção em especial, tratava-se de uma gestante que estava há dois meses sem conseguir realizar o pré-natal médico por tal dificuldade, estando ela já presente no terceiro trimestre na época.

Pactuamos em meio a fevereiro de 2018 que a equipe iria divulgar entre estes grupos, na comunidade abrangida por nossa equipe, que usuários com estes perfis poderiam realizar marcações de consultas médicas durante toda a semana, nos turnos da manhã, junto a uma agente de saúde da equipe designada para esta função e que ficaria disponível na unidade de saúde nestes turnos. Assim, não precisariam madrugar em filas por longas horas, bastava ir a partir das 08h00 às 11h00 de segunda a quinta para marcar uma consulta médica.

A principal dificuldade desta ação foi fazer a informação correta chegar até os usuários. Buscamos divulgá-la nas tradicionais sextas-feiras de marcação, avisos por meio de agentes de saúde nas residências onde havia gestantes e crianças, além de orientação a estes grupos na própria unidade de saúde e nas próprias consultas médicas. Entretanto, ao questionar indivíduos em atendimento, pude perceber a desinformação ainda presente em alguns. Para contornar esta problemática, solicitamos apoio e reforço dos agentes de saúde da equipe para melhor espalhar as novas informações junto às suas micro-áreas.

Apesar disto, nos meses seguintes até abril de 2018 notamos o bom funcionamento desta nova modalidade de acesso do usuário, pelo menos nestes dois grupos atendidos,

---

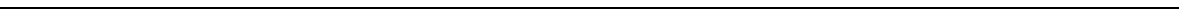
---

diminuição parcial da forte demanda e estresse gerado nas sextas-feiras de manhã, bem como um melhor acompanhamento de gestantes e crianças. Isto resultou em maior número de pré-natais médicos para uma mesma gestante e um maior número de primeiro atendimento médico a crianças e adolescentes, mesmo àquelas sem nenhuma consulta médica prévia até os dois anos de idade.

Nossa meta como equipe a médio e longo prazo é: permitir a implantação deste modelo para os demais grupos de pacientes; eliminar a comercialização do acesso ao agendamento; implantar o acolhimento, escuta inicial e triagem durante toda a semana, nos dias de atendimento médico, a fim de equilibrar demanda espontânea e agendada; e articular com as demais equipes um modo de trabalho que em cada turno ou dia haja uma equipe escalada (formada por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) para o atendimento das demandas espontâneas que surjam na unidade, a fim de resolver na própria unidade casos que simplesmente pressionariam os já lotados serviços de urgência/emergência em Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) implantadas em nossa região de atuação. Como método de planejamento, foi montada uma matriz de intervenção conforme orientado na micro-intervenção (quadro 1).

---

---



---

## **CAPÍTULO II: Implantação do Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

O acolhimento à demanda espontânea e programada é hoje o que se deve buscar realizar em todas as unidades de saúde. De modo semelhante, buscamos estudar nossa população atendida, o modo como atualmente é realizado o acesso do usuário às consultas médicas e de enfermagem, bem como as estruturas disponíveis e relações de trabalho entre as demais equipes da Unidade Mista de Felipe Camarão. Assim, pudemos gerar um plano de aplicação da demanda espontânea e programada.

Em nossa unidade de saúde, as seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem modos próprios para atender a tais demandas, mas não há um serviço que atenda a todas as equipes ou mesmo uma padronização para todas. Na equipe a qual faço parte o modelo vigente é realizar em uma sexta-feira agendamentos para os dias da semana seguinte, com os usuários passando por uma triagem pela enfermagem (enfermeira e alunos de enfermagem no mesmo atendimento). Isto facilita a demanda programada, mas prejudica o acesso à demanda espontânea. Nos casos de quadros agudos, buscamos realizar encaixes durante o dia que o indivíduo busca o atendimento. Entretanto enfrentamos dificuldade para tal, pois assim sobrecarrega a equipe e o atendimento médico.

Buscando superar as diferenças e as dificuldades enfrentadas pelas equipes em relação à demanda espontânea, agendamos uma reunião com o preceptor do programa Mais Médicos e discutimos inicialmente com os médicos do programa este problema da unidade. Foi sugerido marcar uma nova reunião, inicialmente apenas com as equipes que possuem médicos do Mais Médicos – quatro equipes, para discutirmos isto de modo mais amplo. Realizada a reunião no mês de maio de 2018, com presença das quatro equipes (médicos, enfermeiros e um agente de saúde de cada equipe) e o preceptor do programa.

Nesta reunião (foto 1) foram expostos os modos com que cada equipe lida com a demanda espontânea e programada, os problemas estruturais, de relações interprofissionais e em relação à população. O modo mais comum aplicado era o de agendamento em um único dia na semana, com reserva de poucas vagas para a demanda espontânea. E dentre os problemas foram: falta de espaço físico (poucas salas/consultórios, por exemplo), sobrecarga de trabalho de alguns profissionais, dificuldade de relacionamento em equipes, falta de conhecimento sobre o tema de modelos de acolhimento/humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outros. Como resultado, foi criado um grupo menor dentre

---

---

---

os presentes para discutir soluções e modelos para a aplicação de um serviço de atendimento comum às demandas espontâneas que cheguem à nossa unidade.

Como fruto desta reunião, um esquema de próximos passos foi criado: selecionar dois agentes de saúde, o (a) médico(a) e a enfermeira de cada equipe; Realizar capacitação sobre acolhimento e humanização na atenção básica; Trazer equipes de outras unidades de saúde da mesma cidade em que tal serviço é tido como modelo; Criar protocolos de acolhimento para a realidade da nossa unidade de saúde; Adaptar as agendas das equipes e os espaços físicos; Realizar escalas de equipes e manter reuniões de debriefing. Devido ao fato de termos duas equipes com médicos cooperados, com risco de rotatividade de profissionais mais alta entre estas equipes, planejamos inicialmente abordar apenas as equipes com médicos do Mais Médicos e após aplicação prática do acolhimento em comum, buscar atrair tais equipes para participação neste serviço.

A Prefeitura do Natal, através do Departamento de Atenção Básica (DAB), desenvolveu modelos de protocolos de acolhimento à demanda espontânea e programada e tais documentos serão utilizados na criação, adaptação e aplicação de modelo de um serviço único comum a toda a unidade para atendimento às queixas agudas e demandas espontâneas que chegam a nossa unidade de saúde. Tais documentos tiveram parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Entretanto, como foi observado na reunião que é algo a médio e longo prazo para a aplicação do serviço na unidade como um todo, em minha equipe foi decidido desenvolvermos uma solução a curto prazo ao nosso modelo atual de atendimento às demandas. Em conversa com a enfermeira da equipe, pactuamos de reorganizar a agenda de atendimento da enfermagem para que nos dias em que há atendimento médico, ocorra uma triagem com acolhimento durante uma hora a uma hora e meia para que as demandas espontâneas destes dias tenham acesso a consulta médica. Reservamos assim 4 de 9 vagas por turno para tal demanda, pois a procura diária de casos agudos da nossa população atendida tem sido em torno deste número. Um dos problemas gerados por isto é uma redução no número de atendimentos programados para a enfermeira e o médico. A aplicação deste novo modelo ocorreu a partir da primeira terça-feira de junho do ano corrente e como toda mudança de modo de acolhimento gera novos problemas. Por isso realizamos um debriefing semanal para identificação e geração de soluções para as dificuldades encontradas.

---

---

---

Com isto tentamos acabar com um problema presente em nossa unidade de saúde: a monetização do acesso aos serviços médicos. Alguns usuários guardam lugares em filas antes das seis horas da manhã propositalmente em troca de recursos financeiros. Tal atitude errônea prejudicava principalmente os usuários cujas condições de saúde seriam agravadas se submetessem a longos tempos de espera que aqueles usuários forçam indiretamente. Foi tentada no passado e ainda em cada dia de agendamento ações educativas para combater tal práticas, mas sem muito sucesso até então. Outras formas de coibição a tal prática estão sendo planejadas até o momento, mas serão testadas futuramente se o novo modelo de acolhimento não conseguir ter o retorno que esperamos.

Desde modo, facilitar e melhorar o acesso aos serviços médicos e de enfermagem aos usuários da nossa unidade é um objetivo hoje comum às equipes, principalmente para a equipe a qual faço parte.

---

---





---

### **CAPÍTULO III: Promoção e Prevenção de IST na Saúde Sexual da População Idosa**

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são doenças infecciosas que tem em uma de suas vias de transmissão o contato sexual. Elas têm importância na saúde pública atualmente devido ao enorme número de pacientes acometidos, repercussões em gestações e implicações na qualidade de vida e economia da sociedade. E o número de ISTs vem aumentando nos últimos anos no grupo de pessoas mais idosas da sociedade, seja a nível global ou nacional. Diante disto, aproveitamos a oportunidade da reunião de idosos promovido para os pacientes assistidos pela minha equipe (Equipe 16) na unidade de saúde, para levar até eles o tema sobre sexualidade na terceira idade.

Nosso grupo de idosos geralmente tem presente um número de participantes em torno de 20 a 15 pessoas, nas quais estão inclusas também outros pacientes com doenças crônicas (não necessariamente idosos). No dia 06 de junho de 2018 abordamos dois temas importantes para esta população: “Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Como identificar sinais de alarme” e “Sexualidade na Melhor Idade”. Na ocasião aproveitamos também para realizar testes rápidos de Sífilis e HIV nos ouvintes presentes. Nesta reunião, contamos com a participação de três alunos concluintes de enfermagem, uma técnica de enfermagem, três agentes de saúde e a enfermeira da equipe. Os alunos junto comigo fomos responsáveis pela apresentação dos temas (foto 2).

Dentre o tema de sexualidade, foram abordadas as seguintes doenças: HPV, HIV e Sífilis (foto 3). De cada doença foram explicadas as formas de transmissão, tratamento, prevenção, se há cura atualmente e consequências da doença. Deixamos dez minutos finais deste tema para perguntas dos pacientes. Este espaço final foi importante pois podemos perceber que não houve inibição ou mesmo constrangimento ao questionarem. Devido a termos 14 pacientes na reunião e o tempo do resultado dos testes rápidos, realizamos a coleta do sangue capilar para a realização destes testes durante a abordagem do tema (foto 4). De todos estes pacientes dois deram resultados positivos: um para HIV e um para Sífilis, sendo ambos idosos. Ao final da reunião, cada paciente, independente do resultado positivo ou negativo, foi chamado individualmente para receber seu resultado. Assim evitados o constrangimento dos pacientes com resultados positivos. Durante o diálogo com os que deram positivo foi identificado que um já sabia e fazia tratamento de controle para HIV e o outro fez tratamento prévio há anos para sífilis. Este último foi possível detectar porque uma vez em contato com o microrganismo causador da sífilis, o paciente

---

---

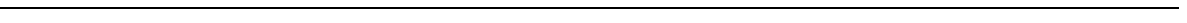
apresentará sempre como positivo no teste rápido de sífilis. Solicitamos para este paciente, a fim de descartar nova infecção, o exame chamado VDRL, o qual se mostrou negativo (indetectável) em consulta posterior. Ou seja, o paciente apresentava apenas uma “cicatriz imunológica”, sem infecção em curso.

Esta experiência revelou a equipe que precisamos abordar mais temas educativos nesta área a fim de realizar medidas preventivas, além de realizar mais testes rápidos na população assistida para que se detecte os pacientes com ISTs e se inicie o tratamento mais previamente possível. Pois em uma pequena amostragem de paciente tivemos resultados positivos, mesmo com aqueles posteriores esclarecimentos dos pacientes. Isso revela apenas que os estudos que apontam a presença de ISTs na população idosa é real, inclusive na nossa área assistida.

Outro ponto interessante foi notar que, uma vez que se aborde um tema, que pode gerar vergonha ou constrangimento, com seriedade e de modo claro, a população pode se sentir confortável para questionar e assim retirar dúvidas que poderiam estar os afligindo há tempos, além de possivelmente ser dúvida de outro paciente. Apesar disso, um ponto negativo foi ainda o baixo número de participantes da reunião, o que estamos buscando contornar com medidas de melhor divulgação e incentivo a participação.

---

---



---

## **CAPÍTULO IV: Acompanhamento de Paciente de Saúde Mental em Unidade de Saúde e Rede de Apoio**

A Saúde Mental é um tema ainda permeado de muitas dúvidas e receios entre os profissionais da saúde. Não é algo visível, palpável e mensurável como seria uma lesão de pele em um indivíduo. Vai além disso visto que é oculto na mente e invisível, ainda leva angústia para a maioria dos médicos ao estar diante de um indivíduo com demandas da psiquiatria, pois a própria formação acadêmica é carente de uma melhor preparação para este tipo de usuário. Com base nisto é que se torna fundamental a abordagem do tema no curso de especialização oferecido no Programa Mais Médicos.

Antes desta intervenção e ao observarmos os pontos apontados na autoavaliação AMAQ, percebemos que não possuíamos um registro sobre a saúde mental e os pacientes psiquiátricos na nossa área de atuação da equipe. Com o objetivo de melhor conhecer as demandas de saúde mental presentes na área de abrangência da minha equipe, montamos um quadro digital (Quadro 2) que será alimentada pela equipe com informações mais relevantes sobre os indivíduos acometidos por doenças mentais. O guia de autoavaliação, além da experiência nos atendimentos realizados até o momento, foram fundamentais para a elaboração de tal instrumento. Conforme for sendo utilizado, avaliaremos se há necessidade de inclusão de mais itens ou retirada dos já propostos.

Em nossa equipe, o paciente psiquiátrico procura realizar os seus agendamentos de consulta em igual tempo aos demais pacientes, que geralmente leva de uma a duas semanas entre o agendamento e a consulta realizada. Entretanto, os casos agudos são avaliados na triagem que realizamos no primeiro horário de cada dia e aqueles que demandarem atendimento no dia, são direcionados para serem consultados ao final do turno pela manhã. Este período é melhor devido a menor movimentação dentro da unidade e sem ter a pressão de que há pacientes a serem atendidos. Assim há um melhor tempo para casos agudos, como tentativas de suicídio por exemplo. Até o momento não estamos realizando ações voltadas para esta parcela de pacientes, que fazem uso crônico de medicamentos psicotrópicos, a fim de melhor abordar o desmame de tais medicamentos naqueles que já não requerem o uso ou estão estabilizados.

Estimulado a conhecer melhor a rede de atenção à saúde mental em Natal, pude tomar conhecimento sobre a presença do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Oeste, o qual atende às demandas geradas pela unidade de saúde da qual faço parte. Além de identificar o Hospital Colônia Doutor João Machado (Hospital João Machado) como o

---

---

nosocômio de referência em psiquiatria no estado do Rio Grande do Norte, localizado em Natal. Entretanto, a unidade na qual sirvo possui psicóloga, mas que está há alguns anos afastada de suas atividades laborais. Por este motivo é que ficamos carentes de seus serviços quando é necessário um suporte psicológico para os indivíduos assistidos na Unidade Mista Felipe Camarão (UMFC). Apesar de termos em nosso distrito um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o mesmo não tem oferta de serviços psicológicos para a UMFC, já que em teoria há na nossa unidade a psicóloga.

Diante deste retrato de rede de apoio é que será abordado um caso psiquiátrico importante atendido em minha equipe, Equipe 16. Trata-se de uma mulher, 21 anos, casada, natural e procedente de Natal, ensino superior incompleto, católica e atendente de telemarketing. Caso trazido inicialmente por uma agente comunitária de saúde após contato com a mãe da usuária, informando sobre tentativa de suicídio com uso de medicamentos. Em primeira consulta, a mulher relatou problemas importantes no trabalho, envolvendo suspeita de assédios morais e pressão psicológica para atingir metas, tornando tal ambiente impróprio para sua saúde mental. Tal situação culminou em tentativa em casa de suicídio com ingesta de medicamentos. Relatava também ainda ter desejo de tirar a própria vida, como também ter perdido a vontade de cuidar do filho.

Em pactuação com a usuária ela entregou a família todo e qualquer medicamento, além de manter consultas semanais comigo enquanto aguardaria uma consulta de urgência no CAPS. Feitas tais medidas também foi pactuado com a mãe que sempre haveria alguém junto a usuária 24 horas por dia. Realizado o encaminhamento para o CAPS em caráter de urgência e agendada consulta somente com três semanas a frente da consulta inicial. Após atendimento com psiquiatra foi comunicada que a mesma faria uso de medicamentos, além de terapia em grupo. Ao observar em terceira consulta na unidade que a usuária se encontrava mais estável, foi pactuado que a mesma se consultaria a cada 15 dias, para assim poder fazer ainda seguimento da mesma, e posteriormente espaçar a consulta mensalmente.

A comunicação entre a unidade, através do médico, e o CAPS ocorreram de forma precária. Mesmo encaminhando ficha de referência (com espaço para contra-referência a ser preenchida), e reforçando a paciente a conversar com a médica psiquiátrica do CAPS a escrever em tal espaço, não houve qualquer registro físico das ações do CAPS. É um problema presente não somente nesta especialidade, mas sim na maioria dos casos em que o paciente é referenciado ao especialista. A comunicação se deu somente através do relato

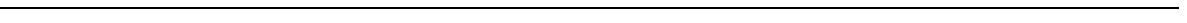
---

---

da paciente e da análise das receitas feitas pela especialista, mesmo após envio de outras solicitações de contra-referência.

---

---



---

## **CAPÍTULO V: Uso de Ferramenta Digital para Consultas Pediátricas e Ações de Consulta Coletiva para Crianças**

Os primeiros anos de vida de uma criança têm fundamental importância no seu crescimento, desenvolvimento e potenciais que pode atingir ao chegar à idade adulta. Exemplo disso são as consequências no desenvolvimento que a anemia na infância pode repercutir na fase adulta de uma pessoa. Sabendo-se então deste importante momento de vida que diversos programas e projetos relacionados a saúde da criança foram criados e implementados pelo Ministério da Saúde, e uns dos que mais se destacam atualmente é o programa de imunizações e acompanhamento mais próximo do crescimento e desenvolvimento da criança pelo menos até os dois anos de idade.

Em equipe realizamos o preenchimento do questionário referente a micro-intervenção proposta (quadro 3). Neste momento, percebemos que precisávamos atualizar nosso cadastro das crianças até 2 anos, pelo menos, além de buscarmos ativamente em nosso território se há casos de prematuros, baixo peso, vacinação e consulta atrasada. Até então, não havia relato ou registro de casos nestas condições, motivo pelo qual precisávamos realizar busca ativa a fim de descartar ou não a presença de prováveis casos em nossa área. A principal dificuldade neste momento foi ter um registro atualizado junto aos agentes de saúde da equipe, sobre a presença e localização das crianças em nosso território. O acompanhamento dos pacientes recém-nascidos ocorre de modo mais efetivo, visto que neste ponto, os agentes de saúde conseguem fazer uma melhor vigilância territorial das gestantes em terceiro trimestre.

Na nossa unidade de saúde foi criada a rotina de que a primeira consulta de um mês de vida da criança seja feita junto a equipe de enfermagem. Neste momento, são feitas orientações acerca de aleitamento materno exclusivo, necessidade das imunizações em tempos certos, identificação de vulnerabilidades e situações potencialmente vulneráveis, além de higiene do sono e outras dúvidas que as mães e pais tenham e que sejam possíveis serem respondidos por esta equipe. De modo alternado, as consultas subsequentes, que seguem as orientações de intervalos propostos pelo Ministério da Saúde, são realizadas pelos profissionais médicos. São consultas onde também se avalia o crescimento e desenvolvimento da criança, introdução de alimentação saudável, orientações sobre mudanças fisiológicas na infância e prevenção de acidentes, ensino sobre identificação de sinais de alarme de estado de doença da criança, além de solicitação e análise de exames quando necessários.

---



---

Em parceria com a Prefeitura do Natal, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) desenvolveu uma plataforma online de consultas médicas para crianças, na qual o profissional médico, que assiste a criança na unidade básica, possa realizar consultorias com pediatras acerca de dúvidas médicas técnicas que lhe possam fugir a sua capacidade. Nossa unidade de saúde foi uma das duas escolhidas em Natal para ser testada a plataforma, tendo contato direto com a equipe de desenvolvimento do projeto, para que sejam feitas correções ao usar a plataforma.

Esta ferramenta está ajudando num melhor controle e preenchimento das cadernetas das crianças, além de permitir melhor condução de casos mais difíceis na própria unidade de saúde. Além disto, permite otimização do tempo de consulta e registros salvos em nuvem para consulta por outros profissionais em ocasiões posteriores. E mais, aos poucos poderemos utilizar as informações desta plataforma para um melhor acompanhamento sobre o retrato da saúde de nossas crianças assistidas. Tal plataforma deveria receber mais incentivos por parte de órgãos públicos para que sua implementação em toda a rede básica da cidade de Natal seja a mais breve possível, e não ocorra arquivamento de uma incrível ferramenta. Em anexo segue uma imagem do site (<https://telepediatria.telessaude.ufrn.br>) que utilizamos esta ferramenta (figura 1).

Outros pontos importantes relacionados a saúde da criança na Unidade Mista de Felipe Camarão são a realização do Teste do Pezinho, vacinação (inclusive a do HPV) e Teste do Olhinho (no setor da Maternidade). Uma das seis equipes presentes na unidade realiza uma vez por semana consulta coletiva de C & D (Crescimento e Desenvolvimento) com enfermeira e dentista, onde aproveitam o momento para ensino de mães sobre problemas mais comuns entre os pacientes, além de orientações necessárias para cada fase da criança. Neste C & D coletivo, esta equipe utiliza um ambiente com decoração infantil e piso emborrachado, além de brinquedos e instrumentos presentes na avaliação do desenvolvimento (no caderno da criança), como cubos, bolas, figuras, papéis e lápis de cor, dentre outros. Avaliam desde reflexos, marchas até habilidades manuais nos diferentes estágios de desenvolvimento. Aproveitam o ambiente lúdico para que a avaliação ocorra de modo mais natural possível e de melhor aceitação por parte da criança.

---

---



---

## **CAPÍTULO VI: Ensino de Técnica de Ressuscitação Cardiopulmonar para Leigos e Uso de Reuniões de HiperDia para promoção de Saúde**

As doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes, principalmente a tipo II (DM), têm hoje papéis importantes no cenário das taxas de prevalência das doenças que mais acometem nossa sociedade. Por estarem relacionadas a várias doenças que impactam fortemente na mortalidade e morbidade, as consequências de sua falta de controle têm reflexos econômicos importantes. Exemplo disso são os riscos de evoluírem como doenças cardiovasculares como infartos, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e amputações de membros por causas não traumáticas. Estas consequências demandam maiores custos por parte do Estado, além de prejudicar a permanência destes usuários no grupo da população economicamente ativa. Mas não é somente questão econômica, e sim principalmente de qualidade de vida, pois gera limitações aos indivíduos.

Com base neste cenário, existem políticas de saúde públicas voltadas para a o controle de tais doenças crônicas e incentivos às equipes básicas de saúde para que haja melhor atendimento destes usuários. Em nossa equipe realizamos reuniões mensais em grupo, com indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis: HAS, DM e asma. Elas ocorrem na primeira quarta-feira de cada mês. Nelas abordamos várias atividades como medição e registro de pressão arterial, atividades educativas e de promoção de saúde, renovação de receitas e identificação de indivíduos que ainda não tiveram consulta médica recente.

Para as escolhas dos temas das atividades educativas procurei observar quais as queixas mais comuns e orientações que sempre fazia durante as consultas aos usuários que tem o diagnóstico destas doenças. Dentre elas estão: dorsalgia, sintomas de insuficiência venosa crônica periférica em membros inferiores, maus hábitos alimentares, falta de exercícios físicos diários, dentre outros. Em cada reunião deste grupo procurei abordar um tema, instruindo medidas não farmacológicas para prevenção e melhoria, além de desenvolver ensino sobre identificação de sinais clínicos, para leigos, em indivíduos sofrendo infartos ou AVC.

Numa outra reunião, em parceria com alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), confeccionamos dois modelos com garrafas tipo PET, para ensino de

---

---

práticas de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e foi ensinada tal técnica para os usuários presentes (Foto 5).

Temos conosco um registro de cada reunião, na qual estão anotadas as informações sobre os usuários que frequentam. Com isso temos um melhor controle de como está o estado atual de doença desses indivíduos. Em comparação aos que não costumam ir, os frequentadores apresentam melhor controle da HAS e DM, além de melhor aceitarem e introduzirem hábitos saudáveis e desenvolverem a relação médico-paciente comigo de modo mais forte.

Com base no questionário desenvolvido para esta micro-intervenção (quadro 4), percebemos que é preciso desenvolver ferramentas para acompanhamento de indivíduos com diagnóstico de obesidade e realizar periodicamente avaliação do pé diabético. Pactuamos refletir sobre o tema e utilizar a última reunião de equipe do mês de setembro com o objetivo de criar tais ferramentas, para assim, aplicar na reunião dos usuários no próximo mês.

---

---



## CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação das Micro-intervenções Realizadas

Nome da Intervenção	Resumo	Resultados	Plano de Continuidade
<p><b>Observação na Unidade de Saúde quanto ao Acesso do Usuário e Problemas Organizacionais</b></p>	<p><b>Utilizamos o questionário AMAQ para identificar os principais problemas (estruturais e de acesso aos serviços) encontrados na unidade de saúde, bem como propor soluções.</b></p> <p><b>Observamos a falta de espaço físico para o funcionamento de seis equipes de ESF na unidade, bem como dificuldade no acesso dos usuários às consultas médicas, sendo este um problema comum a todas as equipes.</b></p> <p><b>Modificamos o acesso em nossa equipe inicialmente.</b></p> <p><b>Mudamos o sistema de agendamentos de</b></p>	<p>Melhor organização e rodízio de salas na unidade para que todos os profissionais (médicos e enfermeiras) pudessem atender, enquanto não ocorre uma reforma física para ampliar as atuais estruturas.</p> <p>Além disso, foi implantado o sistema de Acolhimento na unidade para todas as equipes, no qual um grupo de profissionais (médicos, enfermeira e agentes de saúde) ficam presentes</p>	<p>Continuar trabalhando, junto a diretoria da unidade, para viabilizar uma ampliação da estrutura da unidade, bem como melhorar as condições físicas dos ambientes de trabalho.</p> <p>Fazer capacitações de qualificação dos profissionais para melhor atender as demandas eletivas e do dia dos usuários.</p>

	<p><b>um único dia para que ocorresse durante toda a semana para dois grupos prioritários (gestantes e crianças) para observar as melhorias e posteriormente aplicar para os demais pacientes.</b></p>	<p>em todos os turnos e dias e são responsáveis pelos agendamentos de casos eletivos e resolução das demandas do dia.</p>	
<p><b>Implantação do Acolhimento Demanda Espontânea e Programada</b></p>	<p><b>Por haver modelos diferentes em cada equipe quanto ao atendimento agendado e espontâneo, feitos de forma individuais e sem coarticulação das diferentes equipes, foi proposto reuni-las e iniciar discussões para elaborar um modelo de acesso único, eficiente e que atendesse a todos os usuários da unidade. Estudamos modelos propostos e</b></p>	<p>Adaptamos um modelo de Acolhimento para unidade. Elaboramos um manual de queixas mais comuns, com base na realidade da unidade, com objetivo de melhor classificar o paciente quanto a sua necessidade. Realizamos as primeiras capacitações dos profissionais a</p>	<p>Realizar reuniões mensais com os profissionais participantes do sistema com objetivo de reavaliar constantemente do modelo de Acolhimento, para correção dos problemas identificados. Elaborar intervenções e mudanças no modelo e uso do espaço físico com objetivo de otimizar o tempo e quantidade de profissionais a frente do sistema de Acolhimento. Avaliar quantitativamente e qualitativamente as demandas que chegam pelo Acolhimento. Trabalhar junto a gestão da unidade a implantação efetiva</p>

	<p>elaborados a nível federal (Cadernos de Atenção Básica) e municipal (manual de acolhimento criado pelo município) com meta de adaptar para nossa realidade local.</p> <p>Visamos com isso, o combate da comercialização do acesso aos serviços médicos, facilitar o acesso do usuário e sermos mais resolutivos às demandas espontâneas.</p>	<p>frente do sistema de Acolhimento.</p> <p>Elaboramos um fluxograma do usuário.</p> <p>Feita uma reunião de avaliação do modelo para correção dos problemas encontrados.</p>	<p>do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), com objetivo de otimizar o fluxo e agendamento de pacientes na unidade de saúde.</p>
<p><b>Promoção e Prevenção de IST na Saúde Sexual da População Idosa</b></p>	<p>Aproveitamos o momento de realização das reuniões de HiperDia de nossa equipe para abordarmos um assunto muito importante para os idosos: Sexualidade na Melhor Idade.</p>	<p>Conseguimos tratar o tema com ótima aceitação do público presente, sem a barreira da vergonha.</p> <p>Realizados teste rápidos em 14 pacientes, dos quais um foi</p>	<p>Tratar novamente sobre o tema em próximas reuniões de HiperDia.</p> <p>Realizar mais exames de rastreio de ISTs, como HIV e sífilis neste grupo populacional durante as consultas médicas.</p> <p>Incentivar durante as consultas e ações comunitárias ações de</p>



	<p><b>Junto a alunos de enfermagem ensinamos sobre sinais, sintomas, modos de contaminação e prevenção de ISTs como HIV e sífilis, bem como desmentir mitos sobre sexo na terceira idade. Nesta reunião realizamos também testes rápidos para HIV e sífilis em todos os idosos presentes. Foi uma forma de debater sobre um tema que ainda é tabu nesta população, mas que é nela um dos maiores crescimento de ISTs nos últimos tempos.</b></p>	<p>positivo para HIV e um para sífilis. Em consulta pós-reunião, identificação que um já fazia tratamento para HIV e outro apresentava cicatriz sorológica de sífilis, após confirmação com exames complementares.</p>	<p>prevenção de ISTs, como uso de preservativos.</p>
<p><b>Acompanhamento de Paciente de Saúde Mental em Unidade de Saúde e Rede de Apoio</b></p>	<p><b>Em nossa equipe não havia até o momento um instrumento para quantificação e avaliação</b></p>	<p>Infelizmente, por estarmos até o momento sobrecarregados pela implantação do sistema de</p>	<p>Retomar o preenchimento deste instrumento de acompanhamento dos casos de saúde mental a partir de janeiro de 2019. Discutir novamente em equipe</p>

	<p><b>acompanhamento de pacientes com doenças mentais. Criamos uma tabela virtual para preenchimento com informações sobre os pacientes, medicamentos utilizados, planos para desmame de medicamentos, se é caso grave no momento, dentre outros pontos. Abordamos também um caso de paciente em depressão grave, com tentativa de suicídio, com acompanhamento conjunto e encaminhamento para o CAPS. Além disto, conhecemos também um pouco melhor sobre a rede de saúde mental que dispomos no município.</b></p>	<p>Acolhimento na unidade, acabamos deixando a desejar, na equipe, a continuidade desta intervenção.</p>	<p>na melhorias neste instrumento e de sua aplicabilidade em nossa rotina ainda em dezembro de 2018. Realizar planejamento individual dos pacientes em uso crônicos de psicotrópicos, com objetivo de desmame de tais medicamentos, como os benzodiazepínicos.</p>

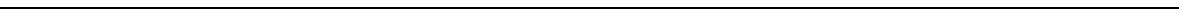
<p><b>Uso de Ferramenta Digital para Consultas Pediátricas e Ações de Consulta Coletiva para Crianças</b></p>	<p><b>Em análise de equipe, percebemos que falhamos na questão de realizarmos busca ativa de pacientes pediátricos que apresentam alguma pendência vacinal ou atraso de consulta, além de atualizar o cadastro sobre crianças maiores de 2 anos em nossa área.</b></p> <p><b>Em parceria com a UFRN, nossa unidade passou a adotar o sistema online de consulta pediátrica pelo site da telepediatria. Esta ferramenta auxiliou bastante na melhoria do atendimento.</b></p> <p><b>Além disto, uma experiência exitosa presente em outra equipe é a realização de consulta pediátrica coletiva, a</b></p>	<p>O uso da ferramenta de telepediatria melhorou as consultas das crianças, pois o seu preenchimento dos dados auxilia a abordarmos pontos relevantes que poderiam ser esquecidos facilmente, como avaliação do sono e desempenho escolar, os quais podem dar pistas de doenças comportamentais, por exemplo.</p> <p>Observar a prática de realização de consulta pediátrica coletiva por outra equipe nos permitiu refletir para planejar aplicar tal</p>	<p>Corrigir as falhas identificadas quanto a desatualização sobre as informações das crianças presentes em nossa área.</p> <p>Realizar busca ativa nos casos de desatualização vacinal e de comorbidades, como baixo peso para a idade e prematuros.</p> <p>Aplicar a ação de consulta pediátrica coletiva de modo semelhante a aplicada por outra equipe na unidade no primeiro trimestre de 2019.</p>
---	---	--	---

	<p><b>qual planejamos avaliar a implantação em nossa equipe também.</b></p>	<p>ferramenta em nossa equipe também.</p>	
<p><b>Ensino de Técnica de Ressuscitação Cardiopulmonar para Leigos e Uso de Reuniões de HiperDia para promoção de Saúde</b></p>	<p><b>Realizamos mensalmente uma reunião HiperDia, na qual o público predominantemente idoso. Aproveitamos esse espaço para abordarmos temas relevantes de prevenção de doenças e promoção de saúde. Dentre elas, podemos destacar a realizada junto a doutorandos de medicina, os quais abordaram o tema de Infarto e ensino da técnica de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) para leigos, utilizando manequins feitos com garrafas PET. Aproveitamos este</b></p>	<p>Estas reuniões permitiram ao longo do ano a promoção de saúde dos participantes hipertensos e diabéticos, além de prevenir o risco de queda para pacientes idosos.</p> <p>O ensino da técnica de RCP para leigos atinge um dos objetivos de prevenção de mortes por doenças miocárdicas agudas, como o infarto miocárdico.</p> <p>Percebemos a falha no acompanhamento</p>	<p>Desenvolver ferramentas de acompanhamento de pacientes obesos e com sobrepeso.</p> <p>Promover nas reuniões mensais de HiperDia, temas relevantes aos pacientes obesos.</p> <p>Estimular atividades de mudanças de estilo de vida em consultas, com objetivo de prevenir a obesidade.</p> <p>Realizar avaliação semestral dos pacientes diabéticos quanto ao exame do pé, seja em consultório ou no espaço das reuniões mensais.</p>

---

<p><b>momento também melhor acompanhar os pacientes hipertensos, usando as medidas de pressão arterial. Entretanto, ao analisarmos o questionário proposto a intervenção, percebemos a necessidade de desenvolver ferramentas de acompanhamento de obesos e realizar periodicamente avaliação do pé diabético.</b></p>	<p>da obesidade e do pé diabético.</p>	
--	--	--

---



---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções realizadas até aqui geraram bons frutos. Dentre eles, o mais importante foi permitir um amadurecimento profissional enorme em aproximadamente um ano de exercício da medicina na atenção básica.

Além disto, impulsionou um melhor conhecimento da realidade da unidade de saúde inserida; abriu espaço para a implantação de um sistema que atendesse melhor as demandas dos usuários; levou conhecimento sobre ISTs a um público que é cada vez mais acometido por elas (os idosos); trouxe melhor conhecimento da rede de apoio de saúde mental através de uma paciente, cujas doenças são cada vez mais comuns, a depressão e tentativa de suicídio; permitiu melhorar o atendimento pediátrico com uma ferramenta digital, além de conhecer uma modalidade de consulta pediátrica coletiva; por fim, facilitou o acompanhamento de pacientes de doenças crônicas associado a medidas de promoção a saúde por meio de reuniões mensais.

Entretanto, muitos desafios ainda precisam ser superados. O principal é aumentar a vigilância e conhecimento sobre pacientes de saúde mental e obesos, além de pôr em prática ferramentas já desenvolvidas nas intervenções para este fim. Outro ponto relevante é continuar o aprimoramento de correção do modelo de Acolhimento implantado na unidade. Pois foi algo que trouxe bastantes benefícios para usuários de toda a unidade de saúde, e não somente da área que minha equipe é responsável.

No mais, manter e inserir na rotina da equipe e unidade as intervenções realizadas é um desafio diário, visto que demanda mudanças de hábitos já enraizados na cultura local da unidade. Todavia, com empenho, esforço e apoio de pessoas movidas contra o sentimento de comodismo alcançaremos estes e futuros objetivos.

---

---

---

## REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Genebra: WHO, 1978.

VECCHI, Marjorye Polinati da Silva; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva; FARAH, Beatriz Francisco. AUTOAVALIAÇÃO: INSTRUMENTO PARA REFLEXÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. APS**; v.20, n.4, p. 527-538, out, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28)

DORNELAS Neto, Jader; NAKAMURA, Amanda Sayuri; CORTEZ, Lucia Elaine Ranieri; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática - Sexually transmitted diseases among the elderly: a systematic review - **Ciênc. Saúde Colet**, v.20, n.12, p. 3853-3864, dez, 2015.

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

NATAL. **Natal amplia oferta de serviços na Rede de Atenção Psicossocial**. 2017. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/noticia/ntc-26945.html>>. Acesso em: 17/07/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35)

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Avançado de Vida Cardiovascular**. Texas: Integracolor, 2016.

---



---

## APÊNDICES

---

---

Planejamento de Implantação do Sistema de Acolhimento

Planejamento de Implantação do Sistema de Acolhimento						
Descrição padrão: Adequação do Acolhimento e atendimento à demanda espontânea na Unidade Mista de Felpe Camarão						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Ausência de sistema único ou padrão único em unidade com 6 equipes.						
Objetivo/meta: Implantação do sistema de Acolhimento e atendimento à demanda espontânea						
Estratégias para alcançar os objetivos/metasp>	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
Sensibilizar as equipes	Depoimentos de unidades onde já houve a implantação, reuniões sobre o tema	Auditório, convidados externos, recursos de multimídia	Melhor adesão ao Acolhimento	André (médico)	02 meses	Pesquisa de satisfação das equipes e funcionários
Readequar o espaço físico da unidade	Estudo do espaço físico	Computador	Melhor readequação do espaço físico	Gabriela (médica), Anaide (diretora da unidade)	01 mês	Pesquisa de satisfação das equipes e funcionários
Elaborar modelo de Acolhimento	Construção de modelo de Acolhimento adequado a realidade da unidade	Computador, Caderno de Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea	Implantação de modelo de acolhimento	André (médico), Eliene (enfermeira)	02 meses	Reuniões mensais para feedback do funcionamento do sistema de acolhimento

Quadro 1 – Planejamento de Implantação do Sistema de Acolhimento

Registro de Saúde Mental - Pacientes

Nome do paciente/Nome social	Sexo/Idade	Prontuário	Caso grave no momento?	Problema de saúde mental	Comorbidades	Uso de drogas (se sim, qual?)	Medicamentos em uso	Meta de desmame de medicamento?	Encaminhamento
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

Quadro 2 – Registro de pacientes com demandas de saúde mental.

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	

Quadro 3 – Questionário referente a micro-intervenção V.

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?	15		15	
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
<b>EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE</b>				
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X			
Após a identificação de usuário		X		

com obesidade ( $IMC \geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ), a equipe realiza alguma ação?		
<b>Se SIM no item anterior, quais ações?</b>		
<b>QUESTÕES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS		
Oferta ações voltadas à atividade física		
Oferta ações voltadas à alimentação saudável		
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS		
Encaminha para serviço especializado		
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso		

Quadro 4 – Questionário referente a micro-intervenção VI.

---

## ANEXOS

---

---

← → ↻ 🏠 <https://telepediatria.telessaude.ufrn.br/pacientes/3919/consultas/new> 🔍 Pesquisar

Telepediatria 🗨️ PAINEL 👤 PACIENTES 📅 CONSULTAS 📅 AGENDAMENTOS 🏠 SUA CONTA

## + Realizar Consulta

Nome: Paciente de Teste  
Idade cronológica: 10 ano(s) e 7 mes(es) (10.58)

Dados do Paciente

Quadro Clínico Inicial

Consultas

**Avaliação Inicial**

Desenvolvimento Neuropsicomotor

Vacinação

Análise Dietética

Medicações

Exames Periódicos

Exame Clínico

Conclusões

Agendamento

Impressos

Antropometria					
	Atual	Anterior	Varição	Z-score	Percentil
Peso *	<input type="text" value="Kg"/>			Indisponível para essa idade	Indisponível para essa idade
Estatuta *	<input type="text" value="cm"/>			<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
IMC	<input type="text" value="Kg/m²"/>			<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
VC *	<input type="text" value="cm/an"/>				
SC	<input type="text" value="m²"/>				
CA 📍	<input type="text" value="cm"/>				<input type="text" value=""/>
Perímetro Cefálico	<input type="text" value="cm"/>			Indisponível para essa idade	Indisponível para essa idade
Idade Óssea	<input type="text" value="anos"/>				

Período Inter-Consultas (PIC) \*

Queixa Atual/Detailamento

Figura 1 – Printscreen do site <https://telepediatria.telessaude.ufrn.br> referente a consulta pediátrica.



Foto 1 – Primeira reunião de discussões sobre os modelos adotados em cada equipe e início dos debates sobre Acolhimento. Arquivo Pessoal.





Foto 2 – Ensino sobre identificação dos sintomas e sinais do AVC para os idosos. Arquivo Pessoal.



Foto 3 – Abordagem didática sobre as principais ISTs e Sexualidade na Melhor Idade ao grupo de idosos. Arquivo Pessoal.



Foto 4 – Realização dos testes rápidos de HIV e Sífilis. Arquivo Pessoal.



Foto 5 – Ensino de técnica de Ressuscitação Cardiopulmonar em reunião de HiperDia. Arquivo Pessoal.