



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MELHORANDO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE IGAPÓ EM NATAL, RIO GRANDE DO NORTE**

RANIEL XAVIER DA CUNHA BEZERRA

NATAL/RN

2018

RANIEL XAVIER DA CUNHA BEZERRA

MELHORANDO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DE IGAPÓ
EM NATAL, RIO GRANDE DO NORTE

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: Daniele Vieira Dantas

NATAL/RN

2018



NATAL/RN

2018



(Elemento Opcional)

DEDICATÓRIA

(Elemento Opcional)
AGRADECIMENTOS

RESUMO

Introdução: este trabalho é fruto da compilação de seis relatos de experiência de ações que ocorreram na Unidade Básica da Saúde de Igapó no ano de 2018. As microintervenções tiveram temas diversos como o acolhimento, planejamento familiar, saúde mental, saúde da criança e as doenças crônicas não transmissíveis. **Objetivo:** fazer a equipe refletir sobre a forma como organizava seus atendimentos, seus registros de produção e o seu processo trabalho e, certamente, os ajudará a traçar estratégias para as principais problemáticas de saúde do seu território de atuação. **Metodologia:** realização de microintervenções com os principais temas da rotina de uma unidade básica de saúde, no período de abril a setembro de 2018. Posteriormente foram feitos relatos de experiência construídos a partir dessas ações. **Resultados:** conseguimos estratificar o risco de boa parte dos nossos pacientes hipertensos, construir instrumentos para registro dos usuários crônicos de psicotrópicos, aumentar a proporção de consultas por demanda espontânea, despertar o interesse de pacientes para a implantação do Dispositivo Intrauterino e conhecer melhor a organização da nossa rede de serviços de saúde mental no nosso território. **Considerações finais:** apesar de algumas conquistas reconhecemos que ainda falta muito para chegamos onde o Ministério da Saúde preconiza. Diante disso temos a expectativa de, a partir de 2019, implantar e ampliar, de forma paulatina e sistemática, o que foi proposto pelas ações com o objetivo de ofertar aos usuários um melhor atendimento e maior foco nas afecções mais prevalentes em nosso território.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Centros de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

SUMÁRIO

I APRESENTAÇÃO	05
CAPÍTULO I: EM BUSCA DA QUALIFICAÇÃO PARA MELHOR ATENDER	06
CAPÍTULO II: O GRANDE DESAFIO DO ACOLHIMENTO.....	11
CAPÍTULO III: SIMPLES, MAS EFICAZ	15
CAPÍTULO IV: NO POUCO TEMOS MUITO	19
CAPÍTULO V: DO COLETIVO PARA O INDIVIDUAL	25
CAPÍTULO VI: ACESSO E ADESÃO	29
CAPÍTULO VII: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45

APRESENTAÇÃO

[Este trabalho é fruto da compilação de seis relatos de experiência de ações que ocorreram na Unidade Básica de Saúde de Igapó entre os meses de abril a setembro de 2018. As microintervenções buscaram melhorar o processo de trabalho na nossa unidade e a forma de prestação de serviço aos usuários, bem como ampliar esses serviços.

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde do bairro Igapó, zona norte do município de Natal, estado Rio Grande do Norte (RN). Nossa unidade tem 3 equipes de estratégia da saúde da família e tem cerca de 8035 usuários cadastrados. Desses, aproximadamente 2.594 usuários são de responsabilidade da nossa equipe. Sou médico formado no ano de 2017 pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Nasci e cresci em Natal-RN. Trabalho na atenção primária temporariamente não só com o objetivo de sustentar minha família e arrecadar fundos para realização de uma residência em outro estado, mas para retribuir parte do favor que o Estado brasileiro me fez ao financiar a minha graduação. As microintervenções abriram minha mente e ampliaram o meu campo de visão no que tange a assistência a saúde. A principal dificuldade enfrentada na aplicação dessas ações, sem dúvidas, foi a dificuldade de engajamento da equipe.

É importante destacar que essas intervenções tiveram como objetivo nos fazer refletir sobre a forma como organizávamos nossos atendimentos, nossos registros de produção e o nosso processo trabalho e acredito que nos ajudará a traçar estratégias para as principais problemáticas de saúde da nossa área.

Convido todos a conhecer um pouco da realidade da nossa unidade e do nosso território, tentando extrair dessas experiências o melhor que elas têm a oferecer.

CAPÍTULO I: EM BUSCA DA QUALIFICAÇÃO PARA MELHOR ATENDER

Durante o mês de abril de 2018, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Igapó (Natal, Rio Grande do Norte), procurou-se avaliar como estava a qualidade do atendimento e do acesso dos usuários à unidade. Isso foi feito através de duas etapas. Primeiramente se fazendo uma autoavaliação através do Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e, a partir de um dos problemas com pontuação igual ou menor que 5, elaborando-se uma matriz de intervenção. A segunda etapa foi a construção de um instrumento para registrar e monitorar 3 dos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as doenças cardiovasculares (DCV), das quais a mais comum é a hipertensão arterial (HA), são a principal causa de morte no mundo. Essa realidade também se aplica ao Brasil. Em nosso país, de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo de forma direta ou indireta para 50% das mortes por DCV. Na UBS de Igapó, no mês de março de 2018, pouco mais de 20% dos atendimentos tiveram como motivação a HA. Com base nesses dados, e na constatação de que em nossa equipe não se estava organizando a atenção às pessoas com HA com base na estratificação de risco, é que se optou pela elaboração de uma microintervenção com foco nos pacientes portadores dessa afecção.

Após os atendimentos do dia, nossa equipe organizou uma reunião para fazermos nossa autoavaliação através do AMAQ, entendendo que esse instrumento nos permitiria identificar os nós críticos que precisariam ser trabalhados e, assim, nortearia a elaboração das nossas ações de intervenção, visando a melhora da qualidade dos serviços da nossa UBS.

Nosso objetivo era elencar fragilidades no nosso serviço que tivessem viabilidade de modificação, baseando-se em perguntas-chave como: qual o problema que é passível de intervenção por nossa equipe, sem delegar a instâncias superiores? O que nós somos capazes de modificar, enquanto equipe, com os recursos que temos disponíveis? O que está dentro de nossa governabilidade? Nesse sentido, ao respondermos ao AMAQ, a dimensão que recebeu o nosso maior enfoque foi: Educação permanente, processo de trabalho e atenção

integral à saúde, que, ao nosso ver, era a dimensão que reunia com maior representatividade os pontos que se enquadravam nesses critérios.

Durante nossa autoavaliação pudemos perceber que as nossas fragilidades estavam principalmente na subdimensão Atenção Integral à Saúde e em especial nos pontos referentes à organização da atenção às pessoas com base na estratificação de risco (como por exemplo, hipertensos, diabéticos, obesos, asmáticos e portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica) e na elaboração de ações para pessoas com sofrimento psíquico, usuários de álcool e drogas, tabagistas, para identificar casos de violência, para incentivar a inclusão social, ações de vigilância em saúde ambiental e com foco na saúde do trabalhador. Após algum tempo de conversa chegamos à conclusão de que deveríamos iniciar nosso processo de melhora da qualidade da atenção do mais simples para o mais complexo e estabelecemos como prioridade organizar melhor a atenção às pessoas com HA.

Abaixo nossa equipe em reunião na sala de atendimento (Figura 1), já que nossa unidade não possui sala de reuniões.



Figura 1. Reunião da equipe.

Abaixo nossa matriz de intervenção:

Descrição do padrão: A equipe de Atenção Básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão: Embora a equipe da ESF Igapó atue há vários anos na comunidade, tenha uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para acompanhamento e assistência aos hipertensos cadastrados e se organize, na medida do possível, para o atendimento de qualidade à população, ainda não atingiu níveis desejáveis de controle da pressão arterial. Os atendimentos não são programados com base no risco cardiovascular dos pacientes.						
Objetivo/meta: Passar a organizar e programar os atendimentos dos pacientes hipertensos baseando-se no cálculo de risco cardiovascular, desde a frequência das consultas até a solicitação de exames.						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabolismos	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
Classificação do risco cardiovascular	Planejamento de consultas médicas e de enfermagem para classificação do risco cardiovascular	Disponibilização semanal de vagas para consultas médicas e de enfermagem para classificação de risco e acompanhamento para hipertensos; exames laboratoriais e de imagem para classificação do risco cardiovascular	Sistematização do cuidado e assistência à saúde dos hipertensos cadastrados realizado por médico, enfermeira e dentista	Médico, enfermeira, dentista e agente comunitário de saúde	Um ano e contínua	Hipertensos atendidos rotineiramente pela equipe de saúde

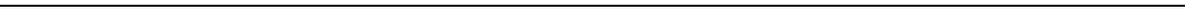
Dentre as dificuldades encontradas para execução dessa microintervenção pode-se citar a demora na marcação dos exames laboratoriais e de imagem para classificação do risco cardiovascular. Apesar disso, estamos confiantes e acreditamos que essa ação servirá como inauguradora de uma série de outras para melhorarmos a atenção a não só pacientes hipertensos, mas diabéticos, obesos e com outras doenças crônicas prevalentes na comunidade. Além disso, entendemos que dessa forma nós poderemos conhecer melhor nosso paciente, tratando-o de maneira mais adequada e diminuindo sua morbimortalidade.

Além de fazermos uma autoavaliação da nossa equipe através do AMAQ, elaboramos ainda uma planilha eletrônica que nos serviu de instrumento para registrar e monitorar alguns dos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e, assim, nos incentivou a atingir as metas propostas no manual do PMAQ.

Abaixo a planilha eletrônica:

Monitoramento dos Indicadores do PMAQ			
Março de 2018			
Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea			
Consulta	Consulta agendada		352
	Consulta agendada programada / cuidado continuado		150
Demanda Espontânea	Atendimento de urgência		34
	Consulta no dia		30
Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea		11,30742	Parâmetro = 40%
Percentual de atendimentos de consulta agendada			
Consulta	Consulta agendada		352
	Consulta agendada programada / cuidado continuado		150
Demanda Espontânea	Atendimento de urgência		34
	Consulta no dia		30
Percentual de atendimentos de consulta agendada		62,19081	Parâmetro = 25-35%
Percentual de encaminhamentos para serviço especializado			
Consulta	Consulta agendada		352
	Consulta agendada programada / cuidado continuado		150
Demanda Espontânea	Atendimento de urgência		34
	Consulta no dia		30
Encaminhamento para serviço especializado			58
Percentual de encaminhamentos para serviço especializado		10,24735	Parâmetro = 5-20%

Com base nesses dados e na leitura do manual do PMAQ, chegamos à conclusão de que alguns dos registros de consulta estavam sendo feitos de maneira equivocada, mas que mesmo assim o percentual de consultas por demanda espontânea estava bem aquém do que é proposto pelo PMAQ. Nessa perspectiva decidimos abordar em reuniões a maneira correta de registrar os atendimentos, procurar melhorar nosso acolhimento e destinar mais consultas para a demanda espontânea e menos para as consultas agendadas.



CAPÍTULO II: O GRANDE DESAFIO DO ACOLHIMENTO

Durante o mês de maio de 2018, em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) de Igapó, foi-nos lançado o desafio do acolhimento à demanda espontânea. Acolher com dignidade e equidade é um dos grandes desafios da atenção básica visto que a tarefa de acolher, escutar, problematizar e reconhecer como legítima a demanda do usuário não é uma tarefa simples. Apesar das dificuldades, o acolhimento estabelece uma relação sólida e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, possibilitando um cuidado justo, ampliado e integral.

Com o objetivo de nos aperfeiçoarmos para implantação do acolhimento, fizemos reuniões (Figura 2) para discutir de que forma poderíamos reestruturar o nosso processo de trabalho para aderir a essa estratégia. Inicialmente assistimos um vídeo de perguntas e respostas com Túlio Franco, professor adjunto da Universidade Federal Fluminense (NÚCLEO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, 2013). A partir desse vídeo pudemos entender que acolhimento é uma prática dos trabalhadores em saúde, é uma forma de produzir o cuidado de saúde e acontece onde existe o encontro entre o trabalhador e o usuário de saúde, ou seja, não é um novo serviço na UBS. Para tal seria então necessário fazermos a escuta qualificada do problema de saúde do usuário e se colocar no lugar dele, estabelecendo assim um vínculo.



Figura 2. Reunião realizada com a equipe da UBS de Igapó.

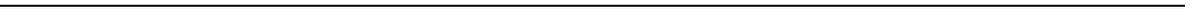
Através das explicações contidas nesse vídeo pudemos compreender que no modelo tradicional todo o fluxo de demanda espontânea é encaminhado ao médico, partindo-se da ideia antiga de que apenas esse profissional de saúde tem a capacidade de resolver o problema de saúde. Contudo, no acolhimento, todos os profissionais de saúde podem resolver problemas de saúde dentro de uma certa competência técnica e divisão técnica do trabalho que inclui a formação e a experiência prática de vida. O que se observa quando todo

o fluxo de demanda espontânea é encaminhado ao médico é que ocorre sobrecarga desse profissional e não se consegue ter resolutividade total das problemáticas trazidas pelos usuários, de modo a sempre ter um número grande de pessoas sem atendimento e, conseqüentemente, insatisfeitas. Para isso, entendemos que não deve haver uma relação hierárquica entre os profissionais, mas um trabalho organizado de forma solidária uma vez que isso alicerça o trabalho em equipe e o trabalho em rede entre os trabalhadores.

Posteriormente nos reunimos e discutimos os desafios para implantação do acolhimento à demanda espontânea. A equipe não demonstrou entusiasmo para introdução dessa estratégia, apontando diversas dificuldades. Primeiramente a questão do espaço físico da unidade, visto que a UBS de Igapó tem três equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), contudo, apresenta estrutura física para apenas duas. Dessa forma, situações imprevistas cuja avaliação e definição de ofertas precisas de cuidado que não fossem possíveis de serem feitas na recepção, não teriam um espaço adequado para escuta, análise e definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde.

Outro apontamento feito pela equipe foi o de que não há uma extensa demanda reprimida, já que, atualmente, os pacientes que precisam de consulta conseguem marcar com facilidade. Além disso, é importante frisar ainda que nós atendemos os casos de doenças agudas sem marcação, ou seja, segundo a visão da própria equipe, nós temos prestado boa assistência à comunidade com o modelo tradicional de marcação de consultas, explicando-se assim o desinteresse em se determinar que os atendimentos passem a ser predominantemente por demanda espontânea e não por consultas marcadas.

Apesar das dificuldades e da resistência que encontramos para implantar a estratégia do acolhimento, nós pudemos refletir sobre o nosso processo trabalho, sobre o trabalho em equipe e sobre a nossa forma de lidar com as demandas dos pacientes. Certamente essas discussões, se não nos levarem à implantação do acolhimento em curto prazo, nos levarão à implantação dela em médio ou longo prazo. O que já podemos observar, a partir dos debates em cima dessa temática, é que vemos o usuário de forma diferenciada do que víamos anteriormente e lidamos com suas demandas de forma muito mais empática.



CAPÍTULO III: SIMPLES, MAS EFICAZ

A temática que foi abordada no mês de junho de 2018, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Igapó, foi a de planejamento reprodutivo. O foco da nossa microintervenção foi o dispositivo intrauterino (DIU). O interesse surgiu durante a capacitação para colocação do DIU promovida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal, Rio Grande do Norte (RN), no dia 06 de junho de 2018. Na capacitação tivemos uma aula teórica e outra prática, com a colocação do DIU em um mamão (Figura 3).



Figura 3. Treinamento sobre inserção do DIU promovido pela SMS de Natal/RN.

Sabe-se que o DIU é altamente eficaz, contudo, apenas 1,9% das mulheres brasileiras em idade fértil o usam, segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2009), o que nos permite inferir que há um grande desconhecimento, por parte das nossas pacientes, das vantagens e desvantagens desse método anticoncepcivo.

A nossa microintervenção (Figura 4) procurou, então, levar essas informações às usuárias com o objetivo de apresentar o método e desmistificar alguns pontos geradores de dúvidas. Para tal, o dia escolhido foi o 21 de junho de 2018, quinta-feira, no período vespertino, horário em que a enfermagem se dedica ao atendimento da demanda de planejamento familiar.



Figura 4. Microintervenção realizada com mulheres atendidas na UBS de Igapó.

Na microintervenção, utilizamos uma apresentação de *slides*, um modelo de útero com o DIU de cobre implantado e um DIU de cobre verdadeiro, com o objetivo de expor o máximo de informações pertinentes possíveis e de uma forma bastante acessível a todas.

Durante a apresentação pudemos perceber que a maioria das mulheres sequer sabia que existia essa forma de se evitar a gravidez. Muitas, inicialmente, não receberam o DIU com empatia. Contudo, ao longo da apresentação, foram entendendo como funcionava, que ele era um método bastante seguro, eficaz e de longa duração, chegando ao ponto de perguntarem o que era necessário para implantarem um DIU.

Quando pensamos em fazer essa microintervenção, não imaginávamos que a maioria das mulheres nunca tivesse ouvido falar desse método, o que nos fez refletir e chegar à conclusão de que pouco discutimos sobre o DIU. Geralmente, nas consultas de planejamento familiar, oferecemos métodos anticoncepcionais que temos com maior facilidade e sobre os quais temos mais conhecimento (anticoncepcionais orais, injetáveis mensais e trimestrais, preservativo e coito interrompido) que não necessariamente são os ideais para determinada paciente.

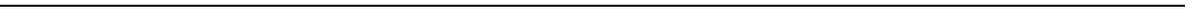
Infelizmente, por questão de espaço físico, não conseguimos fazer uma apresentação para uma grande quantidade de mulheres. Entretanto, acreditamos que essas mulheres

atuarão como multiplicadoras das informações apresentadas a elas e que, em breve, estarão entrando no consultório para pedir o DIU.

Um grande desafio que temos pela frente é sobre o local de inserção do DIU. Infelizmente, durante a capacitação da SMS não tivemos a oportunidade de inserir em uma paciente real, o que nos impede de iniciar em nossa UBS a implantação desse dispositivo.

Foi bastante proveitoso poder interagir com as usuárias fora do ambiente de consultório e perceber o impacto positivo que essa intervenção gerou em muitas delas. Infelizmente, por causa da elevada demanda da UBS, não conseguimos dedicar mais tempo para discussão, uma vez que tivemos que voltar rapidamente aos atendimentos. Entretanto, foi muito gratificante essa experiência, conforme já dito anteriormente. Talvez possamos, em um momento posterior, planejar e executar essa mesma microintervenção para um público maior, sem esquecer, logicamente, da educação permanente da população durante as consultas.

Ter esse tipo de experiência é muito importante para equipe, visto que, nos estimula a buscar mais conhecimento e nos faz sair um pouco da rotina diária de atendimentos que é naturalmente cansativa. Ficamos extremamente satisfeitos com o resultado imediato da intervenção, que representou um aumento do interesse das mulheres da UBS sobre DIU, e esperamos que isso se reflita no aumento do número de DIU inseridos. Justifica-se essa expectativa pelo fato desse método anticoncepcivo ter alta eficácia, o que poderá diminuir vertiginosamente o número de gravidezes indesejadas.



CAPÍTULO IV: NO POUCO TEMOS MUITO

Em julho de 2018, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Igapó, o tema central de discussão foi a atenção à saúde mental. Durante esse mês, pudemos refletir sobre a forma como estávamos manejando nossos pacientes que apresentavam queixas psiquiátricas ou que faziam uso de psicotrópicos. Essa temática tem uma importância fundamental no nosso cotidiano visto que boa parte da demanda que atendemos diariamente envolve a saúde mental.

Na primeira etapa da nossa microintervenção, nos reunimos para discutir sobre os pontos que são avaliados na entrevista de avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ) e chegamos a algumas conclusões. Inicialmente percebemos que não possuímos um registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos de um modo geral. Baseado nisso montamos uma ficha para fazer esse registro (Figura 5).

UBS IGAPÓ - NATAL/RN
Registro de Usuários em Uso de Psicotrópicos
Área 84

Nome		
Prontuário	Agente Comunitário de Saúde	
Idade	Sexo	Diagnóstico
Psicotrópico	Dose	Data de Início
Consultas		

Figura 5. Ficha de registro de usuários em uso de psicotrópicos da UBS de Igapó.

Além disso, não temos o registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e nem dos usuários com necessidade decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Outro ponto em que falhamos é na falta de ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos para acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado.

Contudo, geralmente os usuários em sofrimento psíquicos são atendidos no dia em que solicitam, de modo que o tempo de espera para o primeiro atendimento dessas pessoas é muito curto. Os agendamentos são feitos conforme a demanda do paciente e mensalmente ou bimestralmente para renovação de receitas.

Passada essa primeira etapa, procuramos entender como está organizada a rede de pessoas e de serviços de saúde mental no nosso território. Chegou-se à conclusão de que dispomos, como apoio matricial, apenas do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Norte II. Em conversa com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pudemos constatar a ausência de pacientes atendidos na nossa área pelo CAPS AD e a principal hipótese levantada pelos próprios ACS foi a de que os pacientes se sentiam envergonhados de sua condição de dependentes químicos e que, portanto, não revelavam que eram tratados no CAPS AD.

Apesar da ausência de casos, fomos conhecer o CAPS AD Norte II. O serviço nos foi apresentado pelo enfermeiro. A unidade conta com um atendimento de demanda aberta ou por encaminhamento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, com atendimento ao público adulto a partir dos 18 anos de idade e que possuem problemas do uso de álcool e outras drogas, residentes na zona norte de Natal. Entretanto, caso a unidade de saúde solicite, esse serviço também atende pacientes com quadros graves de doenças psiquiátricas, podendo fazer, inclusive, visita domiciliar. As crianças e adolescentes que moram na zona norte de Natal com sofrimento psíquico são encaminhadas ao CAPS Oeste II.

Os encaminhamentos podem ser feitos não necessariamente pelo médico, mas pela enfermagem, pelo diretor da unidade e até mesmo pelos ACS. O contato com o CAPS é feito por telefone tanto para encaminhamento, como para pedir orientações e até mesmo para agendar o matriciamento. As reuniões de matriciamento ocorrem geralmente nas terças-feiras e é feita por um médico psiquiatra, funcionário do CAPS. Esse psiquiatra pode, inclusive, fazer atendimento. A contrarreferência também é feita por telefone ou através do preenchimento de formulário.

Compete ao CAPS AD Norte II acolher o paciente com problemas do uso de álcool e outras drogas, estabelecer o projeto terapêutico de acordo com a necessidade de cada um (atualmente só trabalham com o atendimento semi-intensivo, todavia esperam em breve oferecer o atendimento intensivo). O processo terapêutico inclui tratamento medicamentoso,

participação de oficinas terapêuticas, grupo operativo e terapêutico e acompanhamento familiar. Para tal contam com uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, clínico geral, psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, estando atualmente sem terapeuta ocupacional. A unidade (Figuras 6, 7, 8, e 9) conta ainda com recepção, acolhimento, três salas de atendimento individualizado, duas salas de atividades coletivas, um espaço de convivência, um posto de enfermagem, quatro quartos coletivos, uma sala de reunião, uma direção e administração, uma farmácia, um repouso médico, uma sala de acolhimento noturno, uma sala de aplicação de medicamento, uma cozinha, um refeitório, um vestuário masculino e um vestuário feminino.



Figura 6. Sala de Atendimento do CAPS AD Norte II.



Figura 7. Quarto coletivo do CAPS AD Norte II.



Figura 8. Sala de grupos do CAPS AD Norte II.



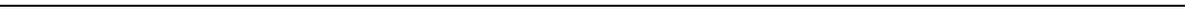
Figura 9. Salão de Convivência do CAPS AD Norte II.

Os atendimentos são estendidos a um familiar o qual é considerado um codependente químico. Ele tem acesso à consulta clínica, consulta psiquiátrica, medicamentos, contudo, para tal, deve participar necessariamente do grupo familiar que é um grupo terapêutico com todos os familiares dos outros usuários do CAPS.

Lamentavelmente, para pacientes com doenças psiquiátricas que não são dependentes químicos, o acesso ao psiquiatra, quando necessário, e à psicologia é muito difícil, de tal forma que os pacientes chegam a esperar um ano para se consultarem. Nossa rede de pessoas e de serviços de saúde mental, infelizmente, não é muito dinâmica e diversificada, de modo que a maioria das pessoas que precisam de psicoterapia e avaliação por psiquiatra está esperando serem chamadas por um longo período de tempo.

Apesar da constatação da nossa triste realidade, a experiência de poder conhecer o CAPS AD Norte II foi muito gratificante e certamente estreitará nossa relação, permitindo um melhor manejo dos pacientes usuários de álcool e drogas, quando aparecerem no nosso

serviço, bem como dos casos graves de sofrimento psíquico que mereçam uma atenção especial.



CAPÍTULO V: DO COLETIVO PARA O INDIVIDUAL

Em agosto de 2018, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Igapó, o foco de discussão foi a atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento (CD). Nesse mês, pudemos avaliar a equipe quanto às recomendações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e reforçar uma prática que já adotamos há certo tempo, o CD coletivo.

Através de uma reunião e do questionário do PMAQ-AB, fizemos uma análise de como está o nosso serviço no que tange a temática do crescimento e desenvolvimento da criança. Chegamos à conclusão de que, na UBS de Igapó, a equipe realiza a maioria das ações preconizadas pelo PMAQ-AB. Contudo, não temos espelhos das cadernetas de saúde da criança ou outra ficha com informações equivalentes e não possuímos registro sobre acidentes. É interessante frisar que não temos registro sobre casos de violência familiar nesse ano, contudo, no ano de 2017, dois casos foram registrados e foram acompanhados conjuntamente com o Conselho Tutelar. A seguir o questionário realizado com a equipe:

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	

Nesse sentido, mesmo não cumprindo com todas as recomendações do PMAQ-AB, apresentamos algumas experiências exitosas, dentre as quais podemos citar o CD coletivo. Esse serviço já funciona há cerca de três anos e funciona da seguinte maneira: na frequência de uma vez por mês são elencadas seis crianças de uma mesma faixa etária para uma consulta de CD coletivo; cada reunião é temática (primeiros cuidados ao recém-nascido, aleitamento, dentre outros), tendo sido a última sobre shantala (Figuras 10 e 11); nessas reuniões, é fornecido o material que é necessário para as práticas que geralmente ocorrem; as enfermeiras são as responsáveis por esse tipo de atendimento. A dinâmica basicamente conta as enfermeiras ensinando determinada atividade na teoria e na prática e solicitando às usuárias que as reproduzam.

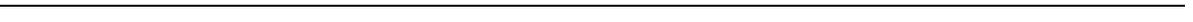


Figura 10. Enfermeiras explicando sobre o shantala na UBS de Igapó.



Figura 11. Mães fazendo shantala em seus filhos na UBS de Igapó.

Com base nessa autoanálise, podemos concluir que apesar de termos um bom serviço de atenção à saúde da criança, ainda temos o que melhorar. Podemos aprimorar mais nosso CD coletivo, elaborar um espelho das cadernetas de saúde da criança e criar um instrumento para registro dos acidentes. Dessa forma, certamente teremos mais material para nos auxiliar na elaboração de ações de promoção e proteção da saúde, bem como melhorar a qualidade do nosso serviço de saúde.



CAPÍTULO VI: ACESSO E ADESÃO

Em setembro de 2018, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Igapó, a temática central de discussão foi o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na atenção básica, tendo como foco principal a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Em nosso país, a HAS acomete 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015). Dessa forma, como há grande prevalência e relação com DCV, a HAS é um dos nossos principais focos na atenção básica.

Esta microintervenção iniciou-se com a resposta do questionário a seguir por nossa equipe e evidencia a forma como acompanhamos nossos pacientes com HAS, Diabetes Mellitus (DM) e obesidade. Ele contém as prioridades do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

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?	3		3	
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
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		
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
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de			X	

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

Com base nessas respostas podemos observar que em nossa unidade, apesar de estratificarmos o risco dos nossos pacientes com HAS e DM, não possuímos registro dos casos mais graves, de modo que não temos noção da proporção de hipertensos e diabéticos

com maior e menor risco. A partir dessa perspectiva, então, consideramos que é imprescindível elaborarmos um instrumento com a finalidade de documentarmos a proporção de hipertensos e diabéticos conforme o risco, algo que certamente faremos posteriormente.

Como estratégia exitosa temos a do acesso dos pacientes hipertensos que costumam não esperar nem três dias para consulta médica, boa parte consegue consulta no dia em que procura a Unidade. Todos, independentemente do risco cardiovascular, são avaliados pelo menos semestralmente para renovação da prescrição dos medicamentos anti-hipertensivos e avaliação do controle pressórico. Isso, associado à tentativa de prescrever formulações de longa duração, tem ajudado na adesão terapêutica dos pacientes.



CAPÍTULO VII: Monitoramento e Avaliação

PLANO DE CONTINUIDADE

NOME DA INTERVENÇÃO	RESUMO	RESULTADOS	PLANO DE CONTINUIDADE
EM BUSCA DA QUALIFICAÇÃO PARA MELHOR ATENDER	Nessa microintervenção procuramos avaliar como estava a qualidade do atendimento e do acesso dos usuários à unidade. Isso foi feito através de duas etapas. Primeiramente fizemos uma autoavaliação através do Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e identificamos que as nossas fragilidades estavam principalmente na subdimensão Atenção Integral à Saúde. Dessa forma optamos por organizar a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica com base na estratificação de risco. A segunda etapa foi a construção de um instrumento para registrar e monitorar 3 dos indicadores do	Conseguiu-se aumentar a porcentagem de atendimentos por demanda espontânea, diminuir a de agendados e manter a de encaminhamentos para serviço especializado, de modo que nos aproximamos mais do que é preconizado pelo PMAQ. O aumento dos atendimentos por demanda espontânea não se deu às custas de um processo de trabalho bem estruturado, de modo que precisamos nos organizar nesse sentido. A estratificação de risco de grande parte dos pacientes foi feita, contudo ainda não conseguimos organizar a agenda de consultas	Com o objetivo de manter a aplicação dessa intervenção, entendemos que devemos sistematizar o uso dos instrumentos construídos e trabalhar com o objetivo de mudança do sistema tradicional de marcação de consultas para o acolhimento à demanda espontânea.

	<p>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade que foram as porcentagens de atendimentos de consultas por demanda espontânea, agendadas e de encaminhamento para o serviço especializado.</p>	<p>utilizando esse critério. Também não temos registro das proporções de pacientes por risco cardiovascular.</p> <p>A grande dificuldade para implantação das ações foi a falta de engajamento da equipe.</p> <p>A microintervenção melhorou o acesso do usuário e o controle pressórico dos pacientes hipertensos.</p>	
<p>O GRANDE DESAFIO DO ACOLHIMENTO</p>	<p>Com o objetivo de nos aperfeiçoarmos para implantação do acolhimento à demanda espontânea, fizemos reuniões para discutir de que forma poderíamos reestruturar o nosso processo de trabalho para aderir a essa estratégia.</p> <p>Inicialmente assistimos um vídeo de perguntas e respostas com Túlio Franco, professor adjunto da Universidade Federal Fluminense. A partir desse vídeo pudemos entender o que o acolhimento propõe e como poderia interferir no nosso</p>	<p>Infelizmente o acolhimento à demanda espontânea não foi adotado em nossa unidade por desinteresse da equipe.</p> <p>Entendemos que para se adotar essa estratégia se faz necessário engajamento da maior parte dos membros da equipe, o que não ocorreu. Dentre as dificuldades pode-se citar o reduzido espaço físico e inexistência de uma extensa demanda reprimida. Além disso, é importante</p>	<p>A estratégia para conseguirmos aplicar o acolhimento no ano seguinte é de tentarmos adotá-lo de forma paulatina, por exemplo, tentando inicialmente por em prática em um turno na semana e depois ir aumentando essa frequência.</p>

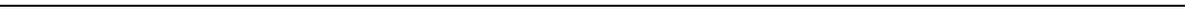
	<p>processo de trabalho. Posteriormente nos reunimos e discutimos os desafios para implantação desse modelo. A equipe não demonstrou entusiasmo para introdução dessa estratégia, apontando diversas dificuldades para sua implantação e considerando que nós temos prestado boa assistência à comunidade com o modelo tradicional de marcação de consultas.</p>	<p>frisar ainda que nós atendemos os casos de doenças agudas sem marcação, de modo que, segundo a própria equipe, nós temos prestado uma boa assistência à comunidade com o modelo tradicional de marcação de consultas. Apesar do fracasso na implantação do acolhimento, ainda existe o interesse de implantá-lo por parte da gestão local. Dessa forma, nós visitamos a unidade de saúde de Cidade Praia que trabalha com esse sistema há anos com o objetivo de entender melhor como funciona o acolhimento. Além disso, estamos estudando a possibilidade de implantar aos poucos o acolhimento.</p>	
<p>SIMPLES, MAS EFICAZ</p>	<p>O foco dessa ação foi o dispositivo intrauterino (DIU). O interesse surgiu durante a capacitação para colocação do DIU promovida pela</p>	<p>Do ponto de vista informativo a microintervenção foi um sucesso, de modo que várias mulheres passaram a se</p>	<p>A forma que entendemos para dar continuidade a esse serviço é a de comunicação constante com a gestão para garantir que não haja falta de material para a implantação do DIU.</p>

	<p>Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal, Rio Grande do Norte (RN), no dia 06 de junho de 2018. Na capacitação tivemos uma aula teórica e outra prática, com a colocação do DIU em um mamão. Com o intento de apresentar esse método contraceptivo e desmistificar alguns pontos geradores de dúvidas, promovemos uma conversa com algumas usuárias e, assim, mostrar que o DIU é uma opção bastante eficaz na contracepção.</p>	<p>interessar pelo DIU. Contudo, como infelizmente não temos prática e nem material para implantação do DIU na unidade, encontramos ainda a dificuldade de acesso dessas pacientes ao método. A proposta que trouxemos para tentar vencer isso foi a de solicitarmos o material necessário à secretaria municipal de saúde e nos articulamos com o médico Paulo de Medeiros, da unidade básica de saúde de Cidade Praia, supervisor do programa mais médicos e ginecologista, para a realização de uma capacitação prática em nossa unidade. A equipe vê nessa ação uma janela de oportunidade para a melhoria do nosso planejamento familiar.</p>	
<p>NO POUCO TEMOS MUITO</p>	<p>Nessa microintervenção o tema central de</p>	<p>Nessa ação conseguimos construir um</p>	<p>A nossa ideia para aplicar e manter essa intervenção é a de manter as folhas de registro</p>

	<p>discussão foi a atenção à saúde mental. Inicialmente nos reunimos para discutir sobre os pontos que são avaliados na entrevista de avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção e percebemos que não possuíamos um registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos, o que nos motivou a construir um instrumento com essa finalidade. Após isso procuramos entender como está organizada a rede de pessoas e de serviços de saúde mental no nosso território e chegamos à conclusão de que dispomos, como apoio matricial, apenas do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Norte II.</p>	<p>instrumento para registro dos pacientes usuários de psicotrópicos, mas esbarramos no seu uso. Dessa forma, planejamos imprimir as folhas de registro e deixá-las dispostas na recepção, salas de preparo e consultórios para facilitar o seu uso. Apesar de ainda não termos aplicado efetivamente o uso das folhas de registro, entendemos que com elas poderemos ter noção de quais os psicotrópicos mais usados e, assim, estabelecer estratégias para o seu desmame. Aliás, não só dos psicotrópicos mais usados, mas teremos ideia da prevalência dos transtornos mentais na nossa área, o que também nos orientará quanto a ações futuras.</p>	<p>sempre bem acessíveis na recepção, salas de preparo e consultórios e manter sempre a equipe motivada para seu preenchimento através de reuniões mostrando os benefícios do seu preenchimento de forma adequada.</p>
<p>DO COLETIVO PARA O INDIVIDUAL</p>	<p>Nessa ação o foco foi a atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento (CD). Nos avaliamos</p>	<p>O CD coletivo é um exemplo de ação exitosa. Contudo, o que precisamos</p>	<p>O CD coletivo já é realidade em nossa unidade e tem tido sucesso. Dessa forma, entendemos que para dar continuidade a essa ação</p>

		<p>quanto às recomendações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e reforçar uma prática que já adotamos há certo tempo, o CD coletivo. Esse serviço já funciona há cerca de três anos. Na frequência de uma vez por mês são elencadas seis crianças de uma mesma faixa etária para uma consulta; cada reunião é temática; nessas reuniões, é fornecido o material que é necessário para as práticas que geralmente ocorrem; as enfermeiras são as responsáveis por esse tipo de atendimento. A dinâmica basicamente conta as enfermeiras ensinando determinada atividade na teoria e na prática e solicitando às usuárias que as reproduzam.</p>	<p>melhorar é aumentar a sua frequência mensal e procurar envolver os médicos nas ações. O CD coletivo permitiu às mães interagirem, trocar experiências entre si e com a equipe e aprenderem sobre temáticas essenciais aos cuidados dos seus filhos. A equipe avalia essa prática como extremamente benéfica para a relação mãe e filho e entende que é necessária sua ampliação.</p>	<p>devemos tentar aumentar a participação de toda equipe e realizar reuniões periódicas para seu planejamento.</p>
ACESSO ADESÃO	E	<p>Primeiramente respondemos ao questionário que continha as prioridades do Programa de</p>	<p>Em conversa com a equipe chegamos à conclusão que, ao invés de construirmos um novo instrumento</p>	<p>Como estratégia para aplicar e manter essa ação nos propomos com a manutenção dos registros atualizados dos pacientes hipertensos e diabéticos, fazer reuniões</p>

	<p>Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com o intento de entendermos a forma como acompanhávamos nossos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e obesidade. Com base nessas respostas podemos observar que em nossa unidade, apesar de estratificarmos o risco dos nossos pacientes com HAS e DM, não possuíamos registro dos casos mais graves, de modo que não tínhamos noção da proporção de hipertensos e diabéticos com maior e menor risco. A partir dessa perspectiva, então, consideramos que era imprescindível elaborarmos um instrumento com a finalidade de documentarmos a proporção de hipertensos e diabéticos conforme o risco.</p>	<p>para registrar a proporção de hipertensos e diabéticos estratificados por risco, iríamos utilizar o próprio registro dos agentes comunitários de saúde e dividir os usuários pelo seu risco. A partir desses dados iremos contabilizar a proporção de hipertensos e diabéticos estratificados pelo risco. Ainda não iniciamos esse processo por falta de engajamento da equipe, mas planejamos iniciar a partir de Janeiro de 2019. Apesar de a intervenção ainda não ter sido iniciada de fato, acreditamos no seu potencial para prestar uma melhor assistência a esses pacientes e, assim, diminuir o número de eventos cardiovasculares na nossa área.</p>	<p>periódicas para revisar esses registros e fazer busca ativa desses pacientes quando necessário.</p>
--	--	---	--



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desses seis meses de realização de microintervenções e relato de algumas experiências exitosas pudemos observar que ainda temos um longo percurso até chegar próximo do que o Ministério da Saúde preconiza. Entretanto, já tivemos algumas conquistas. Conseguimos estratificar o risco de boa parte dos nossos pacientes hipertensos, construir instrumentos para registro de indicadores do PMAQ e dos usuários em uso crônico de psicotrópicos, aumentar a proporção de consultas por demanda espontânea, despertar o interesse de pacientes para a implantação do DIU e conhecer melhor a organização da nossa rede de serviços de saúde mental no nosso território.

Apesar de estratificarmos nossos usuários hipertensos, não temos ideia de quantos temos divididos por risco. Além disso, apesar de termos noção, não temos dados objetivos que demonstrem quais os principais transtornos mentais do nosso território e os principais psicotrópicos utilizados. É importante observar ainda que não conseguimos adotar a estratégia do acolhimento à demanda espontânea e não conseguimos iniciar o serviço de implantação do DIU. O grande desafio para a aplicação dessas ações é tentar engajar a equipe. Acreditamos que para isso devemos deixar claro a bilateralidade dos seus benefícios e estimular de forma constante a sua aplicação com o intento de torná-las parte integrante da rotina da unidade.

Apesar de boa parte das ações não terem se integrado ao nosso processo trabalho, temos a expectativa de, a partir de 2019, implantá-las e ampliá-las de forma paulatina e sistemática com o objetivo de ofertar aos usuários um melhor atendimento e maior foco nas afecções mais prevalentes em nosso território.

REFERÊNCIAS

[NÚCLEO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (NUTICS). **Acolhimento: Algumas perguntas e respostas**. 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TKLFYFfapaQ>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

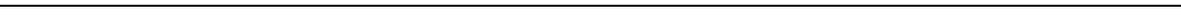
BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** - PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

SCALA L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2^a. ed. São Paulo: Manole, 2015. p. 780-5.]

APÊNDICES



[



ANEXOS

