

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



Bruna Dorfey Weigel

**O ACOLHIMENTO COMO FORMA DE ATENDIMENTO EM UMA  
ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA INDEPENDENTE DO GRAU DE  
COMPLEXIDADE DA PATOLOGIA APRESENTADA PELO PACIENTE**

VENÂNCIO AIRES, ABRIL DE 2017

**Bruna Dorfey Weigel**

**O ACOLHIMENTO COMO FORMA DE ATENDIMENTO EM UMA  
ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA INDEPENDENTE DO GRAU DE  
COMPLEXIDADE DA PATOLOGIA APRESENTADA PELO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a UNASUS/UFSCPA, como  
requisito parcial para conclusão do  
Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde sob orientação da  
Professora Cátia Maria Justo, médica  
Intensivista e Especialista em Medicina  
de Família e Comunidade

VENÂNCIO AIRES, ABRIL DE 2017

## SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO _____	4
2) ESTUDO DE CASO CLINICO _____	8
3) PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS _____	14
4) CRÍTICA REFLEXIVA DA ATIVIDADE VISITA DOMICILIAR _____	24
5) REFLEXÃO CONCLUSIVA _____	28
6) REFERÊNCIAS _____	30

## 1) INTRODUÇÃO

Me chamo Bruna Dorfey Weigel, sou casada a 4 anos, ainda não sou mãe, tenho 34 anos, sou a filha mais velha entre dois irmãos, meus pais se chamam Astor e Alice Dorfey, sou natural de Sinimbu-RS.

Aos 18 anos iniciei a faculdade de Turismo, na cidade de Santa Cruz do Sul-RS, um ano após me mudei para Florianópolis-SC, onde cursei turismo e hotelaria por 5 anos. Depois de graduada fiz uma pós-graduação em Gestão de Eventos no mesmo município. Trabalhei por 3 anos na área, principalmente em hotéis na cidade de Porto Alegre.

Ingressei no curso de medicina em 2009, na Universidade de Santa Cruz do Sul, obtive o grau de médica em julho de 2015. Na minha família tenho como colega de profissão o meu tio e padrinho. Meus maiores incentivadores, para seguir na carreira médica, foram o meu avô materno, hoje já falecido e o meu pai.

Como médica trabalhei em uma unidade de saúde básica em Santa Cruz do Sul, logo após a formatura, somado a essa atividade, fiz plantões na Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz – PASUS e também na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Venâncio Aires. Ingressei no PROVAB em março de 2016, na estratégia de Saúde da Família CAIC II do município de Venâncio Aires. Junto as atividades do programa, continuo fazendo plantões na UPA do mesmo município.

Venâncio Aires localiza-se na Região dos Vales do Rio Pardo e Taquari, situado a 130 Km da Capital do Estado. Tem como acessos principais a ERS-287 e RSC-453. Sua população gira em torno de 65.000 pessoas de acordo com censo do IBGE de 2010, distribuída, 40.000 na área urbana e 25.000 na área rural. É um município que tem como maior fonte de riquezas a agricultura e a indústria e comércio em menor proporção (PMVA, 2017).

Nos últimos cinco anos, o milho ocupa a maior área plantada em todas as culturas do município. Em seguida vem o tabaco, aipim, soja, arroz, e erva mate, formando uma diversificada matriz produtiva. As cadeias agroindustriais, que integram produtores com a indústria, assumem cada vez mais papel preponderante no valor de

contribuição no valor bruto da produção agropecuária (VBPA) municipal. (PMVA, 2017).

A balança comercial de Venâncio Aires registrou um leve crescimento desde 2012. O principal produto de exportação é o tabaco que responde por mais de 90% do volume exportado. Matéria prima de calçados e equipamentos para cozinhas também fazem parte da linha de exportação. O principal destino continua sendo a China. O segundo maior destino, passou a ser a Índia em 2013, seguido de Argentina e Alemanha. Em um ano, Venâncio Aires registrou crescimento significativo em termos de número de empresas. Em outubro de 2013 eram 4.380, em uma soma de indústrias, comércio, prestação de serviços e empreendedores autônomos. No mesmo período de 2014, já se registrava 5.032 empreendimentos, um crescimento de 14% em apenas um ano. Embora indústria e comércio tenham registrado aumento nos números, foi o setor de serviços o grande responsável por alavancar os dados. (PMVA, 2017).

O município conta com abastecimento de água da Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN), energia elétrica da AESUL Distribuidora de Energia S.A, coleta de lixo não seletiva em todos os bairros. Não existe tratamento de esgoto, maioria das casas usam sistema de fossas particulares ou usam a rede pluvial da cidade. (PMVA, 2017).

A ESF CAIC II fica localizada no Bairro Coronel Brito, está dividida e 7 micro áreas de atuação. O território é bastante heterogêneo, existem áreas que são muito pobres, classe baixa a miserável, áreas onde as pessoas têm um bom nível socioeconômico, podendo serem considerados classe média-baixa e também áreas rurais, onde predomina a agricultura familiar. A área de maior vulnerabilidade é a micro área 4, que abrange apenas 1 rua, onde se aglomeram a população mais pobre e carente (APMVA, 2015)

O bairro é abastecido por água encanada, luz elétrica e coleta diária de lixo. Não temos rede de esgoto em todas as áreas, muitas casas utilizam sistema de fossa. A maioria das ruas são asfaltadas, alguns locais com ruas de terra e brita e ainda uma rua de paralelepípedo. Existem 3 linhas de transportes coletivos que passam pelo bairro (APMVA, 2015).

Dentro da organização comunitária existem 2 escolas de ensino básico e 2 creches, além disso algumas crianças podem ficar na escola em turno integral. Na área de abrangência ainda temos 2 comunidades, pertencente a igreja católica onde são realizadas as atividades de grupo e uma associação de moradores formada em parceria com o Lions Club da cidade. Não temos conselho de saúde atuante no bairro (APMVA, 2015).

Na unidade existem informações sistematizadas da área, sabemos onde é o local mais vulnerável e também o mais violento, onde existe tráfico de drogas e onde moram alguns traficantes. Essas informações são colhidas pelas ACS, segundo informações dos próprios moradores. Local mais pobre e de menor índice de escolaridade entre os habitantes, assim como maior taxa de natalidade e de pessoas desempregadas. Área de maior abrangência do programa federal de auxílio família, o Bolsa Família (AECII, 2016).

No território de modo geral os problemas de saúde da população são mais de ordem individual, não identifiquei problemas relacionados ao ambiente, as condições socioeconômicas. Na microárea 4 podemos ter alguns problemas de ordem demográfica, como problemas de verminose, devido a hábitos de higiene, doenças sexualmente transmissíveis, muitos filhos de pais diferentes ou troca de parceiros constante entre as famílias, problemas relacionados a emprego e educação, culminando em depressão ou risco maior de atividades ilícitas e conseqüentemente morte prematura (AECII, 2016).

As maiores demandas por atendimento na ESF CAIC são de pacientes hipertensos, diabéticos, com patologias psiquiátricas, idosos e crianças. Grande parte da demanda vem a unidade para realizar exames de rotina; temos muitos atendimentos por algum tipo de queixa álgica; além das doenças crônicas, já citadas. A comunidade não tem a cultura de buscar a unidade para tratamento de doenças agudas, exceto as crianças, usam muito a estrutura da UPA para esse tipo de atendimento, que se localiza próxima ao bairro. Não tem a mínima noção do que significa acolhimento, estão acostumados com o sistema de UBS, onde são distribuídas fichas para atendimento diário. A maior demanda por atendimentos é do médico (AECII, 2016).

O portfólio final aqui apresentado, faz parte da avaliação escrita para obtenção do título de especialista em Saúde Básica. É constituído de uma introdução, onde será apresentado o profissional de saúde, o município onde foram desenvolvidas as atividades e a unidade básica de saúde onde o profissional atuou; a segunda etapa é a apresentação de um estudo de caso clínico, com revisão de literatura. Na terceira etapa apresenta-se um caso clínico e sobre esse faz-se uma revisão sobre promoção a saúde e prevenção de doenças; a quarta etapa é uma crítica reflexiva sobre visita domiciliar; a última etapa uma reflexão conclusiva sobre todas as atividades desenvolvidas.

Visando melhorar a qualidade do atendimento, fortalecer o vínculo entre a unidade e a comunidade, assim como esclarecer e conscientizar a população e diminuir demandas em outros serviços de saúde no município, optou-se em fazer o Projeto de Intervenção, em anexo, sobre Acolhimento a Demanda Espontânea de acordo com a Classificação de Risco na atividade primária. Com o projeto também se espera promover saúde a população adscrita, através de um cuidado continuado.

## 2) ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No dia 21/08/2016, em um dos intervalos das consultas de rotina, a Enfermeira da unidade pede licença, entra no consultório da médica e relata a ela que uma paciente feminina, de 27 anos, casada, esteve em consulta de enfermagem para realização do Preventivo de Colo de Útero, e como de rotina, a profissional realizou os testes rápidos para DSTs e teve como resultado positivo o teste rápido para Sífilis.

Segundo o Ministério da Saúde, 2006 a atenção básica deve estar estruturada para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV às unidades de referência. E uma das ações propostas é o diagnóstico precoce e tratamento adequado das DST, inclusive da sífilis, como foi realizado pela equipe na unidade.

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), exclusiva do ser humano. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical. Durante a evolução natural da doença, ocorrem períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, intercalados por períodos de latência, durante os quais não se observa a presença de sinais ou sintomas (BRASIL, 2016).

Debatendo o assunto as profissionais optaram por marcar uma consulta médica para a paciente na manhã seguinte, para esclarecimentos e tratamento. A enfermeira voltou para seu consultório, fez as primeiras orientações sobre o assunto e informou a paciente que amanhã teria que voltar para consulta médica. A paciente bem orientada saiu do consultório um tanto apreensiva, pois não sabia como podia ter a doença, se somente havia tido o marido como parceiro sexual.

Na manhã seguinte ela retorna para consulta médica, relata que nunca sentiu nada, não sabe como pode ter a doença. Afirma veemente que não teve outro parceiro sexual além do marido. Interrogada sobre lesões ulcerosas em genitália, afirma não ter notado nada, não tem dor local ou na relação sexual, negou também prurido vaginal, leucorreia, assim como sintomas sistêmicos, rash, linfadenomegalias, ou sintomas musculoesqueléticos (O último exame cito patológico foi sem alterações, realizado a 1 ano, no ano anterior não foram realizados testes rápidos na consulta de enfermagem. Nega patologias prévias, uso de medicamentos contínuos, apenas

anticoncepção oral, não fez cirurgias prévias. Não faz uso de preservativo. A médica informa a paciente da necessidade de fazer mais testes para confirmação diagnóstica, mas que é muito provável que ela tenha a doença.

A paciente após longa conversa relata que a 6 meses atrás teve uma briga com o esposo, ele ficou 3 dias longe de casa, surgiram na época, comentários no bairro sobre uma possível traição do esposo, mas segundo ela, o marido negou tal informação e eles acabaram reatando o casamento. A paciente não tem filhos. Mora apenas com o marido, na casa dos fundos, no mesmo terreno onde moram seus pais.

Ao exame físico paciente em bom estado geral, corada e hidratada, sinais vitais estáveis (PA: 120/80 mmHg, Tax: 36,8°C, FC: 90, FR: 22). Sem lesões de pele. Mucosa oral sem alterações, sem lesões. Ausculta cardiovascular ritmo regular, 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios, sem esforço respiratório. Exame abdominal sem alterações e exame ginecológico sem lesões, sem leucorreia, sem drenagem de secreção pelo colo uterino ou lesões nas paredes da vagina. Sem dor a mobilização do útero ou palpação de anexos.

Paciente com suspeita de sífilis latente. O diagnóstico é realizado exclusivamente por meio de testes imunológicos. (Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, 2016). Durante a consulta foram esclarecidas dúvidas da paciente, explicado tudo sobre a doença, solicitados exame de VDRL e FTA-ABS, também hemograma, função renal, coagulograma, hepatograma, sorologia para hepatites (BRASIL, 2006)

O curso da sífilis não tratada consiste em fases sintomáticas entremeadas por períodos assintomáticos – latência (BRASIL, 2016).

A sífilis primária, também conhecida como “cancro duro”, ocorre após o contato sexual com o indivíduo infectado. É caracterizada por uma úlcera, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, etc), indolor, com base endurecida e fundo limpo. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo espontaneamente, independentemente de tratamento. (BRASIL, 2015).

A sífilis latente é uma das variantes clínicas da sífilis, em que não se observam sinais e sintomas clínicos. (BRASIL, 2006).

A sífilis secundária surge em média entre seis semanas e seis meses após a infecção. Podem ocorrer principalmente erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; eritemato palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma). A sintomatologia pode desaparecer espontaneamente em poucas semanas. Raramente, observa-se comprometimento hepático, quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral uveítes (BRASIL, 2015).

Três dias após a paciente retorna para consulta com o resultado dos exames. Hemograma: Hb:11, Ht: 41%, Leucócitos: 8450, diferencial normal, hepatograma e coagulograma sem alterações, sorologias para hepatites, somente Anti-HBV reagente, HIV negativo, VDRL: 1:32 e FTA-ABS positivo. Diagnóstico de Sífilis. A paciente ainda estava muito contrariada com a atitude do marido, sentindo-se sozinha, pressionada e traída.

Para diagnóstico de Sífilis os testes estão divididos em 2 categorias: testes imunológicos e exames diretos. Dentre os imunológicos, que são os testes usados com mais frequência pelo SUS, temos os treponêmicos e não treponêmicos. Dentre os não treponêmicos tem-se utilizado o VDRL e o FTA-ABS. (MS, 2016).

No VDRL são detectados anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis, porém esses anticorpos não são produzidos exclusivamente como consequência da sífilis, eles podem surgir em outros agravos que também levam à destruição celular, gerando resultados falso-positivos. O teste quantitativo deve ser realizado nas amostras que forem reagentes no teste qualitativo. Os testes não treponêmicos estão amplamente disponíveis nos laboratórios, são de baixo custo e possibilitam o monitoramento da resposta ao tratamento. Como desvantagens, possuem baixa sensibilidade na sífilis primária e também na sífilis latente e tardia. Para confirmação do diagnóstico usamos em associação ao VDRL o teste FTA-ABS. (BRASIL, 2016).

O FTA-ABS é um teste treponêmico que detectam anticorpos específicos (geralmente IgM e IgG) contra componentes celulares dos treponemas. Os testes

treponêmicos são os primeiros a apresentar resultado reagente após a infecção, sendo comuns na sífilis primária e podem ficar reagentes pelo resto da vida, sendo úteis também no diagnóstico de sífilis latente, mas não tem boa sensibilidade para monitoramento do tratamento. Quando um teste treponêmico é reativo após a realização de um teste não treponêmico também reativo, a especificidade do resultado aumenta, permitindo a confirmação do diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2016).

Também se orientou a paciente a conversar com o marido sobre a doença e pedir que o mesmo compareça a unidade para consulta de enfermagem e realização dos testes. Segundo Brasil 2006, os usuários devem ser esclarecidos sobre a importância de comunicar seus parceiros sexuais sobre o quadro de infecção existente, trazendo-os para o aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados. A comunicação dos parceiros obedecerá aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação. Assim que ela tivesse o resultado dos exames, deveria voltar a unidade para consulta de enfermagem. Dra. Bruna se despede da paciente.

No dia seguinte a paciente retorna à unidade chorosa e apreensiva. Foi acolhida pela enfermeira e contou a ela que o marido reagiu muito mal quando indagado sobre o assunto. Que ele não quer fazer os exames e disse que a mulher o traiu. Ela não está sabendo lidar com a situação. A enfermeira conversa com a paciente, orienta, e reforça a importância da realização dos exames, assim como volta a afirmar que o marido deve comparecer a unidade. A paciente deixa a unidade mais calma, mas ainda muito preocupada.

A enfermeira discute a situação com a médica e as duas chegam a conclusão de que terão que fazer busca ativa do marido da paciente e que entrariam em contato com a equipe do NASF, para auxiliar a equipe no caso. A psicóloga clínica se comprometeu a ajudar no caso. Para Brasil 2006, a convocação do (s) parceiro(s) poderá ser realizada das seguintes formas: pelo paciente-índice, por comunicação por correspondência (aerograma) ou por busca ativa pelo profissional de saúde.

Conversando com a jovem, as profissionais orientaram-na novamente, sobre formas de contágio e consequências da doença, as formas de tratamento e a importância do tratamento do marido. Informamos que a equipe fará busca ativa do paciente e que o serviço de psicologia gostaria de conversar com ela afim de orientá-

la e dar a ela suporte necessário. A paciente aceitou a ajuda. No final da consulta foi prescrito tratamento para ela e para o marido, com 3 doses de penicilina G Benzatina 2,4 milhões de unidades IM 1 vez por semana por 3 semanas, que deveriam ser aplicadas na ESF. (BRASIL, 2015). A paciente já realizou a primeira dose no mesmo dia da consulta.

Na reunião de equipe daquela semana a equipe discutiu o caso, com a presença do NASF e ficou decidido que a agente de saúde, junto com a enfermeira, iriam realizar uma visita domiciliar na casa da paciente no dia de folga do marido, e lá mesmo fariam os testes rápidos se o paciente consentisse. A psicóloga do NASF faria uma consulta com a paciente em 3 dias.

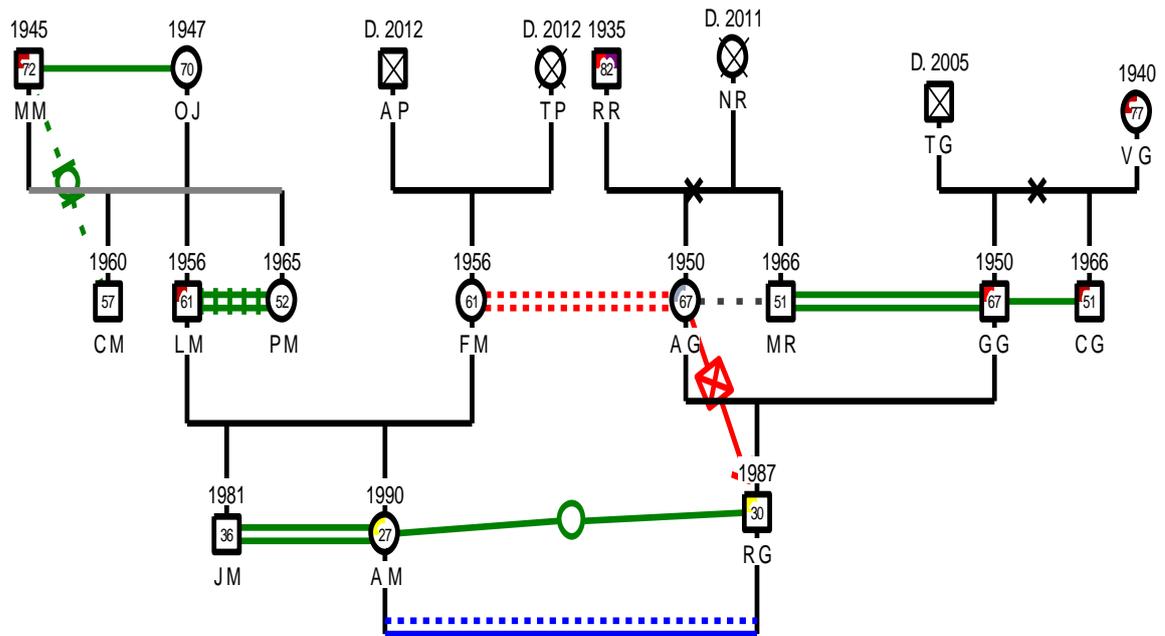
Dois dias depois, no mesmo dia em que a médica e a enfermeira realizam visitas domiciliares o marido da paciente estava de folga. A médica acompanhou a agente de saúde e a enfermeira na visita. Num primeiro momento o esposo da paciente, mostrou-se um tanto irritado e desconfortável com a situação, mas depois de muita conversa, orientações, ele cedeu e realizou os testes rápidos. Apenas o VDRL positivou. Explicada a situação e a doença ao esposo ele acabou concordando em fazer o tratamento. No dia seguinte ele fez os exames solicitados e a aplicação das primeiras doses da medicação. O VDRL do marido era de 1:24 e o restante dos exames todos sem alterações. O esposo não havia sido imunizado contra hepatite B, foi orientado a fazer as três doses da vacina.

O tratamento do casal seguiu de acordo com o protocolo, e em 3 meses foram solicitados novos exames de VDRL para acompanhamento. Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos devem ser realizados na população geral, a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento do paciente e a cada seis meses no segundo ano. (BRASIL, 2016).

Já no primeiro resultado tivemos baixa sorológica para 1:8 dos dois pacientes. É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (BRASIL, 2016). Seguimos monitorando o casal com exames programados para 6, 12 e 24 meses. A paciente seguiu com consultas com o serviço de psicologia, nesse momento já estava mais calma, tranquila e cuidadosa. O casal superou as dificuldades e passou por mais essa crise conjugal, não se falou mais em

traição e sim em apoio mútuo. A esposa ficou muito agradecida a equipe por tudo que fizeram pela sua família.

## GENOGRAMA DA FAMILIA



Fonte: prontuários da Estratégia de Saúde da Família CAIC 2, 2017.

### **3) PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Paciente feminina, de nome R.P.E, 77 anos, busca a unidade para consulta de retorno, com queixa de estar há aproximadamente um mês com mal estar geral, sensação de fraqueza, cansaço, inapetência, sentimento de angústia, que o coração está batendo de forma descompassada e mais rápido muitas vezes, principalmente quando fica mais nervosa. Hipertensa em uso de Captopril, 25 mg 3x/dia e Hidroclorotiazida, 25mg 1x/dia. Familiar traz resultados de exames solicitados previamente por médico assistente e consulta anterior a 40 dias.

EXAMES (22/05/16): Creatinina 2,30; Uréia 135; Ácido úrico 86; Glicemia de Jejum 83; hemograma sem alterações dignas de nota, EQU com traços de proteínas.

EXAME FÍSICO: REG (regular estado geral), lúcida, orientada e coerente, mucosas descoradas e secas, pele pegajosa, TEC > 2 segundos, língua rugosa, e com secreção esbranquiçada aderida, saliva espessa.

Ausculta cardíaca: ritmo irregular, sem sopros. Cerca de 150 bpm, contados em precórdio. Ausculta pulmonar: MVUD, com leve taquipneia, FR: 22 mrpm, com alguns crepitantes em base. Temperatura: 37°C, Pressão Arterial: 90/60 mmhg. Sem edema de membros inferiores.

CONDUTA: Paciente encaminhada com urgência a serviço de Urgência/Emergência para avaliação. Nessa unidade, realizado ECG, com diagnóstico de fibrilação atrial (FA).

CONDUTA EMERGÊNCIA: A paciente manteve o quadro durante atendimento na unidade de emergência. Como instável, realizado: Hidratação IV e Amiodarona IV para reversão FA.

Num segundo momento, ainda na emergência, acompanhada pelo cardiologista e liberada, após avaliação, com: Amiodarona, 200mg 1x/dia de noite, Atenolol, 25mg de 12/12 horas e Losartana, 50mg de 12/12 horas

Retorna após liberação por cardiologista ao Posto de Saúde para realizar hidratação venosa diária por indicação cardiologista, quando familiar refere que na emergência foi iniciado Dabigatrana, 110mg 2x/dia, porém cardiologista orientou não usar medicação.

**APÓS AVALIAÇÃO DA PACIENTE, PESQUISA EM BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA E CONTATO COM TELESSAÚDE DECIDIDA A SEGUINTE CONDUTA:**

A fibrilação atrial é a arritmia crônica mais comum, com incidência e prevalência que aumenta com a idade, de tal modo que afeta aproximadamente 10% dos indivíduos com mais de 80 anos. Habitualmente, a fibrilação atrial é assintomática. Na maioria dos pacientes, a presença de sintomas (palpitações, fadiga ou descompensação hemodinâmica) está associada à alta resposta ventricular ou presença de fibrilação atrial aguda (Duncan, 2013).

A própria fibrilação atrial raramente causa risco de morte; no entanto, pode ter consequências graves, quando a frequência ventricular é suficientemente alta para precipitar alterações hemodinâmicas. O maior risco dessa arritmia são os eventos isquêmicos cardíacos e cerebrovasculares, em média 5% ao ano, sendo esse risco 2 a 7 vezes maior que o de pacientes sem fibrilação atrial (Mcphee, 2013).

A mortalidade é duas vezes maior do que em indivíduos sem fibrilação, sendo determinada sobretudo pela cardiopatia adjacente. Entre as doenças cardíacas associadas à fibrilação atrial, destacam-se as doenças hipertensiva, cardiopatia valvar, miocardiopatia dilatada, reumática e aterosclerótica (Mcphee, 2013).

Os objetivos do tratamento do paciente portador de fibrilação atrial envolvem (FIGURA 97.1):

- Controle da resposta ventricular, principalmente naqueles com perfil hemodinâmico limítrofe ou instável.
- Reversão de situações precipitantes ou que possam estar contribuindo para a perpetuação da arritmia.
- Determinação do risco de complicações tromboembólicas.
- Instituição de medidas que visem à prevenção de embolia sistêmica com regimes anticoagulantes adequados a cada caso.
- Avaliação da melhor estratégia a longo prazo: cardioversão e manutenção do ritmo sinusal versus controle da resposta ventricular e prevenção de eventos embólicos.

- Se restaurado o ritmo sinusal, escolha da medicação antiarrítmica, quando necessária.

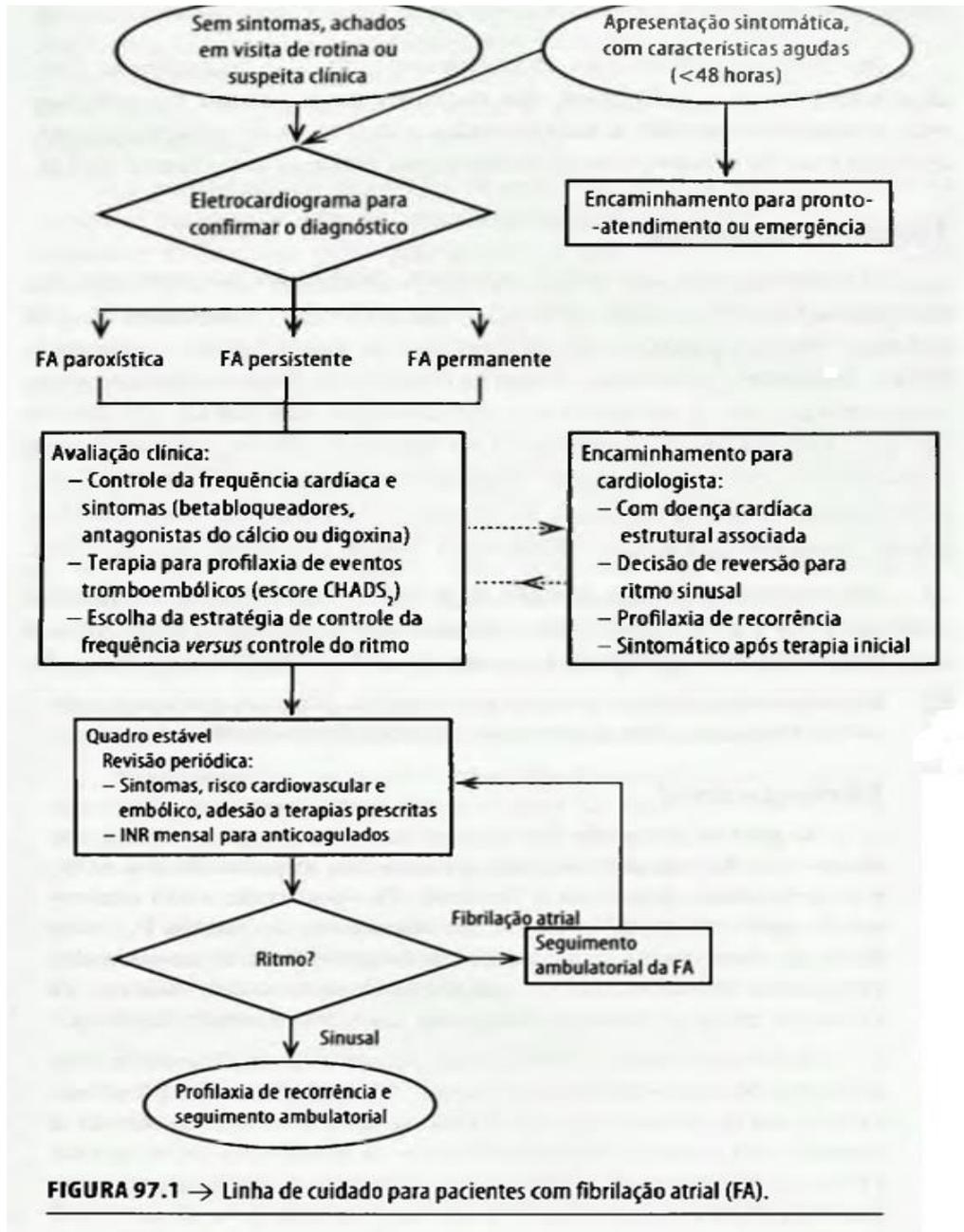


FIGURA 97.1 → Linha de cuidado para pacientes com fibrilação atrial (FA).

Fonte: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. xxiv, 1952 p. (PAG.959-962).

O médico de atenção primária tem um papel fundamental em várias dessas etapas, necessitando, entretanto, da parceria do especialista em situações específicas. A opinião do cardiologista deve ser buscada nos casos em que existe uma posição para cardioversão e naqueles pacientes sintomáticos ou com resposta ventricular de difícil controle após o tratamento inicial (DUNCAN, 2013).

Pacientes em curso do primeiro episódio de Fibrilação Atrial tem reversão espontânea do ritmo em 24 horas em até 66%. Caso a arritmia persista ou se mantenha por mais de uma semana, é pouco provável que haja reversão espontânea. Em geral, nos pacientes estáveis, o tratamento consiste em controle da frequência e anticoagulação, estando o paciente em tratamento ambulatorial ou internado no hospital. Com a publicação do estudo Race II, no qual não se comprovou benefício com o controle estrito da frequência cardíaca (frequência cardíaca em repouso <80 bpm e a frequência cardíaca em exercício <120 bpm), as diretrizes deixaram de recomendar controle estrito para pacientes sem sintomas ou disfunção de VE. (VAN, 2010).

Para controle da frequência ventricular, podem ser utilizados os betabloqueadores, antagonistas do cálcio ou digoxina (WANN LS, 2011), levando à melhora hemodinâmica a curto prazo, embora seu benefício a longo prazo em desfechos como desenvolvimento de insuficiência cardíaca não tenha sido adequadamente avaliado. Os betabloqueadores e os antagonistas do cálcio verapamil e diltiazem, comparados à digoxina, apresentam melhor controle da frequência cardíaca durante a atividade física (MICHAELS, 2010). A digoxina, por seus efeitos inotrópicos positivos, permanece como fármaco de primeira linha no controle da frequência cardíaca na presença de insuficiência cardíaca ou hipotensão (MICHAELS, 2010).

A escolha da medicação inicial deve basear-se nas condições associadas: pacientes hipertensos devem ser tratados com  $\beta$ -bloqueadores ou bloqueadores de canais de cálcio; os pacientes com doença coronariana geralmente recebem um  $\beta$ -bloqueador; e aqueles com insuficiência cardíaca devem ser tratados com um  $\beta$ -bloqueador avaliando-se a necessidade de acrescentar digoxina (WANN LS, 2011).

Às vezes podem ser utilizados fármacos associados. Em nível ambulatorial, quando a monoterapia for inefetiva, recomenda-se a associação de betabloqueador

ou bloqueador do canal de cálcio à digoxina (NASI, 2012). As doses recomendadas para o controle imediato da frequência ventricular são verapamil 5 a 10 mg IV lentamente, metoprolol 5 a 15 mg IV lentamente ou digoxina 0,5 mg IV. As doses de manutenção em nível ambulatorial são descritas na TABELA 97.1. Com a publicação do estudo Race II, no qual não se comprovou benefício com o controle estrito da frequência cardíaca (frequência cardíaca em repouso <80 bpm e a frequência cardíaca em exercício <120 bpm), as diretrizes deixaram de recomendar controle estrito da frequência (menos de 110 bpm) para pacientes sem sintomas ou disfunção de VE. O objetivo é manter o paciente em uma frequência adequada a fim de mantê-lo hemodinamicamente estável, realizando as atividades diárias, com o mínimo de sintomas (DUNCAN, 2013).

**TABELA 97.1** → Terapia antiarritmica mais utilizada para manejo de arritmias e indicações de uso ambulatorial

FÁRMACO	DOSE USUAL DE MANUTENÇÃO	INDICAÇÃO
Metoprolol tartarato*	25 a 100 mg 2x/dia	Controle da frequência ventricular na FA Manutenção do ritmo sinusal Supressão de extrassístoles
Propranolol	20 a 80 mg 3 a 4x/dia	Controle da frequência ventricular na FA Supressão de extrassístoles
Verapamil	40 a 120 mg 3x/dia	Controle da frequência ventricular na FA Reversão aguda de taquicardia atrial paroxística
Digoxina	0,125 a 0,25 mg/dia	Controle da frequência ventricular na FA
Amiodarona	100 a 600 mg/dia	Cardioversão da fibrilação atrial Manutenção do ritmo sinusal
Sotalol	80 a 320 mg 2x/dia	Manutenção do ritmo sinusal
Propafenona	150 a 300 mg 2 a 3x/dia	Manutenção do ritmo sinusal

\*O metoprolol succinato tem a mesma indicação e dosagem que o metoprolol tartarato, mas o esquema posológico é 1x/dia.

FA = fibrilação atrial.

Fonte: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. xxiv, 1952 p. (PAG.959-962).

O principal objetivo do tratamento de pacientes com fibrilação atrial é a prevenção de eventos tromboembólicos. Os pacientes com Fibrilação Atrial, têm indicação para anticoagulação a fim de atingir um INR de 2,0 a 3,0, mantida indefinidamente nos pacientes sem contraindicação para anticoagulação e com pelo menos um fator de risco para AVE (Escore de risco CHADS). O uso de varfarina reduziu a incidência de acidente vascular cerebral (AVC) de 4,5% para 1,8%/ano na prevenção primária e de 12% para 3,6%/ano na prevenção secundária (RRR=64%; NNT=40 e 14 para prevenção primária e secundária de AVC, respectivamente (NASI, 2012).

O uso de antiagregantes plaquetários, como a aspirina, também é eficaz na prevenção de AVC, reduzindo em cerca de 22% sua ocorrência (NNT=111 e 34/ano para prevenção primária e secundária, respectivamente) (nível de evidência B). Comparada aos antiagregantes plaquetários, a varfarina é superior, reduzindo em 39% a mais a ocorrência de AVC (NNT=81 e 24/ ano para prevenção primária e secundária, respectivamente) (WANN LS, 2011). Embora a eficácia da anticoagulação seja maior do que aquela conferida pela aspirina, os riscos, custos e a complexidade de manejo são bem maiores com a anticoagulação.

Em pacientes com CHADS2 de 0 ou 1, o risco de eventos embólicos é inferior a 2 a 3% ao ano, ficando quase equivalente ao risco de sangramento com cumarínicos. Para tais pacientes, a prevenção com aspirina é recomendada. Neste grupo também se enquadram aqueles pacientes com fibrilação atrial crônica isolada, jovens e sem outros fatores de risco, cujo risco anual de eventos cerebrovasculares é inferior a 1 % (NASI, 2012).

Para pacientes com CHADS2 > 1, o benefício do uso de cumarínicos aumenta. O INR (International Normalized Ratio) alvo deve ser entre 2,0 e 3,0, que apresenta melhor equilíbrio entre redução de eventos embólicos e sangramento (NASI, 2012).

Para pacientes com CHADS2 > 1 que não podem utilizar anticoagulação com cumarínicos, a combinação de clopidogrel e aspirina é mais efetiva na prevenção de AVC (RRR=28%, NNT=11 l/ano) (nível de evidência A), mas à custa de um aumento de 57% (NNH=143/ano) no risco de sangramentos maiores (NASI, 2012).

Novos antitrombóticos inibidores diretos da trombina tem sido testados em pacientes com fibrilação atrial; dentre eles, a dabigatrana demonstrou efeitos protetores tromboembólicos superiores aos cumarínicos, com risco de sangramento menor ou igual, dependendo da dose empregada (MARTINS, 2013). Eles apresentam a vantagem de ser empregados em esquema de dose fixa diária, não sofrem alteração com a dieta e não exigem monitorização laboratorial. São uma alternativa à anticoagulação, embora ainda com custo elevado (MARTINS, 2013).

Na TABELA 97.2 estão descritos os tratamentos antitrombóticos de acordo com o risco basal. Para manejo com aspirina, a dose recomendada é de 81 a 300 mg/dia. A dose de clopidogrel é de 75 mg/dia.

**TABELA 97.2 → Terapia antitrombótica para fibrilação atrial baseada no risco basal de eventos cerebrovasculares**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	TRATAMENTO ANTITROMBÓTICO
Idade < 60 anos, sem doença cardíaca, sem fatores de risco	Aspirina 100 mg ou nenhuma terapia
Idade ≥ 60 anos, sem fatores de risco	Aspirina (200 mg/dia)
Idade ≥ 60 anos, com diabetes melito ou doença isquêmica cardíaca	Anticoagulação oral (INR 2,0 a 3,0), opcional aspirina (100 mg)
Escore CHADS <sub>2</sub> * 0 ou 1	Aspirina 100 mg
Escore CHADS <sub>2</sub> ≥ 2, mas sem condições adequadas ou desejo de utilizar anticoagulação oral	Aspirina 100 mg e clopidogrel 75 mg
Escore CHADS <sub>2</sub> ≥ 2	Anticoagulação oral (INR ~2,0)
Febre reumática (estenose mitral)	Anticoagulação oral (INR 2,0 a 3,0)
Válvula cardíaca protética	Anticoagulação oral (INR 2,5 a 3,5)
Tromboembolismo prévio	Anticoagulação oral (INR 2,5 a 3,5)
Trombo atrial persistente no ecocardiograma	Anticoagulação oral (INR 2,5 a 3,5)

\*Escore CHADS<sub>2</sub>: idade acima de 75 anos, história de hipertensão, insuficiência cardíaca e diabetes contam 1 ponto; embolia prévia confere 2 pontos.

Fonte: Adaptada de Wann e colaboradores.<sup>10</sup>

Fonte: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. xxiv, 1952 p. (PAG.959-962).

A anticoagulação oral crônica em âmbito ambulatorial é uma opção terapêutica que, mesmo quando formalmente indicada, deve ser avaliada em um contexto amplo e discutida com o paciente. Essa avaliação envolve uma estimativa prévia da adesão ao esquema de tratamento proposto e às frequentes visitas de controle que se fazem

necessárias. O paciente precisa compreender os riscos inerentes aos fármacos utilizados e as orientações quanto ao manejo de sinais de alerta (como pequenos sangramentos). Esse processo envolve um julgamento clínico individual que vai além dos critérios clássicos socioeconômicos ou de instrução, para definição de quem está apto a iniciá-la, uma vez que a intervenção apresenta riscos consideráveis e deverá ser realizada por tempo prolongado (DUNCAN, 2013).

A opção de realizar cardioversão para ritmo sinusal versus controle da frequência foi testada em vários ensaios clínicos randomizados, o maior deles demonstrando que não houve diferença em eventos maiores, mortalidade e qualidade de vida com ambas as estratégias. Entretanto, este tema ainda é bastante controverso, e a decisão de cardioversão deve ser individualizada, levando em consideração natureza, frequência e gravidade dos sintomas, tempo de fibrilação atrial, tamanho do átrio esquerdo, comorbidades e adequação para terapia anticoagulante (MCPHEE, 2013).

A maioria dos especialistas recomenda que, para pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos, com mais de 65 anos de idade, o controle da frequência seria adequado. Da mesma forma, para pacientes com fibrilação atrial persistente há mais de 1 ano e átrio esquerdo grande (>5 cm), a chance de manter ritmo sinusal é baixa. Nesses casos, a tendência atual é uma aceitação maior da arritmia crônica associada ao controle da frequência ventricular e à prevenção de eventos embólicos (MICHAELS, 2010).

Por outro lado, pacientes com fibrilação atrial de início recente, com menos de 65 anos e/ou sintomáticos devem ser encaminhados a um cardiologista para avaliar a possibilidade de cardioversão, seja ela química ou elétrica. A decisão de cardioversão (ao contrário de controlar a frequência, permitindo que a fibrilação persista) tem como objetivos aliviar os sintomas, prevenir eventos tromboembólicos e miocardiopatia induzida por taquicardia. No entanto, as evidências não sugerem vantagem de uma estratégia em relação à outra quanto à mortalidade total e a outros desfechos como eventos embólicos, hospitalizações, qualidade de vida ou novas arritmias (VAN, 2010).

Tal decisão, todavia, deve ser feita caso a caso, pois existem subgrupos que podem se beneficiar da manutenção do ritmo sinusal, o qual tem sido preconizado

após o primeiro episódio de fibrilação atrial. São indícios de probabilidade de sucesso de cardioversão e de manutenção de ritmo sinusal a presença de um átrio esquerdo de dimensões normais e a curta duração da arritmia (menor que 6 a 12 meses). O encaminhamento imediato para o especialista, no caso de fibrilação atrial aguda (se menor do que 48 horas) pode tornar desnecessária a anticoagulação prévia à cardioversão (VAN, 2010).

Pacientes com fibrilação atrial paroxística têm vários episódios assintomáticos de arritmia e devem receber terapia para prevenir eventos tromboembólicos da mesma forma que aqueles com fibrilação atrial persistente (WANN LS, 2011).

A manutenção do ritmo sinusal é relevante em pacientes com fibrilação paroxística ou persistente nos quais se optou pela cardioversão. A fibrilação atrial é um distúrbio crônico com elevada recorrência a curto prazo. A maioria desses pacientes, portanto, necessitará de tratamento profilático para manutenção do ritmo sinusal, especialmente nos casos recorrentes e com fatores de risco (hipertensão, idade acima de 70 anos, fibrilação com duração maior do que três meses, átrio esquerdo aumentado, insuficiência cardíaca e doença reumática) (WANN LS, 2011).

Vários ensaios clínicos avaliaram o efeito de antiarrítmicos na supressão de episódios de fibrilação atrial e no controle dos sintomas, embora nenhum tenha avaliado o efeito em outros desfechos de significado clínico. Amiodarona, metoprolol, sotalol e propafenona se mostraram efetivos na prevenção de recorrências de arritmias (DUNCAN, 2013) (ver TABELA 97.1). Antiarrítmicos de classe IA, como quinidina e disopiramida, não devem ser utilizados, pois estão associados a aumento de mortalidade (DUNCAN, 2013).

Mais recentemente, terapias não farmacológicas com ablação por cateter para o manejo da fibrilação atrial têm sido perseguidas e testadas. Ensaios clínicos randomizados recentes demonstram que tal opção terapêutica apresenta um elevado índice de sucesso, com baixa incidência de complicações em comparação com fármacos antiarrítmicos. Casos de difícil manejo, com contraindicação aos tratamentos farmacológicos ou por opção do paciente e médico podem ser encaminhados a centros de referência para avaliação de sua indicação (NASI, 2012).

## DISCUSSÃO DO CASO

Após a leitura da bibliografia acima descrita e contato com o TelessaúdeRS, optou-se pelo início do uso de Ácido Acetil Salicílico 100mg 1x/dia e Clopidogrel, 75 mg 1x/dia para prevenção de eventos tromboembólicos como o AVC. Devido à dificuldade de monitoramento contínuo da anticoagulação no caso do uso da varfarina; e por dificuldade financeira da paciente para a compra da dabigatrana, 110mg 2x/dia, e também devido a IRA e diminuição da taxa de filtração glomerular da paciente no momento da avaliação, foram adiados o uso dessas medicações. Um novo encaminhamento ao cardiologista para avaliação e acompanhamento foi emitido. Foram mantidos o atenolol, amiodarona e losartana, além de reavaliação semanal da paciente com ECG para avaliar efetividade do uso da amiodarona.

A paciente também foi encaminhada ao nefrologista que orientou hidratação vigorosa para reversão da Insuficiência Renal Aguda (IRA) de provável etiologia pré-renal e o especialista solicitou inúmeros outros exames para melhor avaliação renal com retorno agendado após 30 dias.

No momento paciente estável e assintomática, se adaptando bem a medicação, fazendo hidratação venosa no hospital, segundo indicação do nefrologista.

#### **4) CRÍTICA REFLEXIVA DA ATIVIDADE VISITA DOMICILIAR**

A Visita Domiciliar (VD) faz parte do cuidado integral a saúde, e é uma tarefa que deve ser realizada pela equipe de saúde da família, dentro da atenção básica a saúde. Os pacientes, principalmente os mais debilitados devem ser acompanhados pela sua Estratégia de Saúde da Família (ESF). O ato de cuidar faz parte das atribuições da equipe para com a sua população. Segundo Abranhão, 2007, A visita domiciliar tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.

Na unidade onde realizei minhas atividades práticas fazíamos visitas domiciliares todas as quintas-feiras pela manhã. A equipe de visitas era formada pela médica, enfermeira e técnica de enfermagem. Enfrentamos algumas dificuldades com relação a forma de trabalho, organização da agenda e com o cuidado continuado dos pacientes.

O primeiro obstáculo, e talvez o maior deles, foi informar e explicar a população o que era uma visita domiciliar e quem eram os pacientes mais vulneráveis, que se enquadravam nos quesitos para receberem tal serviço. Muitos acreditavam que todos os idosos, crianças e portadores de doenças crônicas deveriam receber as visitas. Tivemos que elaborar um informativo, conversar e explicar a população quem são os pacientes candidatos a visita, e que a equipe não teria condições de ir na casa de todos os pacientes.

As prioridades de atendimento foram baseadas na classificação da complexidade assistencial em atenção domiciliar que fundamenta-se na tentativa de se propor parâmetros, que delimitam o foco da atenção, priorizando os casos que demandam maiores recursos dos serviços de Saúde, tornando possível o planejamento da assistência com qualidade (BRASIL, 2013). Como instrumento de elegibilidade da atenção domiciliar foram seguidas algumas estratégias, descritas como critérios clínicos, socioeconômicos e ambientais, segundo Brasil, 2013. Dentro dos critérios clínicos foram analisados: a) Utilização de serviços de Saúde: número e tempo de permanência de internações no último ano (hospitalizações) e atendimentos nos serviços de urgência/emergência; b) Quadro clínico: acamado, sequelado,

presença de doenças agudas e crônicas, com estabilidade clínica, passíveis de tratamento em domicílio; distúrbio do nível de consciência; estabilidade hemodinâmica; padrão respiratório; comprometimento do estado nutricional; c) paciente com cuidados especiais, uso de sondas, oxigenoterapia, presença de escarras, etc.

Já nos critérios socioeconômicos e ambientais, foram consideradas: a) Risco social familiar: drogadição, desemprego, analfabetismo; b) Presença de cuidador e necessidade de treinamento/capacitação; c) Estrutura familiar; consentimento e participação familiar; idoso sozinho e rede social de apoio; d) Condições de moradia; relação morador/cômodo; saneamento básico; e) Segurança dos profissionais da equipe; acessibilidade ao domicílio.

As prioridades estabelecidas pela equipe, com base nos critérios apresentados foram a população acamada, idosos com dificuldades de deslocamento, com doenças recentes ou não compensadas, crianças com deficiências físicas, desnutridas e/ou habitantes de áreas de risco e adultos em situações especiais, como pacientes com sequelas de AVE, diabéticos mal controlados, com doenças graves descompensadas, com risco de morbidade e mortalidade. Acredito que os critérios adotados foram importantes para o planejamento e organização do trabalho, assim como elencar prioridades nas visitas com base científica. Os usuários com acesso a esses critérios entenderam melhor a finalidade das VD e como eram elencados os pacientes a serem assistidos por essa forma de trabalho, facilitando o trabalho da equipe.

A agenda das visitas num primeiro momento ficava na recepção da unidade e as agentes de saúde ou os funcionários da recepção que as agendavam. Vimos que essa estratégia não funcionou pois estávamos fazendo visitas que não se enquadravam nas prioridades estipuladas pela equipe. Nesse momento a agenda passou a ser controlada pela enfermeira, e o agendamento era realizado pelas agentes de saúde, com consentimento dessa profissional. Caso algum familiar solicitasse visita, também deveria conversar com a enfermeira. Nos casos em que o médico concluísse que a visita era necessária, também era agendado com essa profissional. A ordem de prioridade das visitas era de acordo com a gravidade e a vulnerabilidade de cada caso, decidido na reunião de equipe semanal ou em discussão entre o médico e a enfermagem.

Em cada visita a equipe se divide em relação as tarefas, cada membro tem tarefas específicas de acordo com a sua profissão, mas todos devem ficar atentos as características gerais do local, das formas de cuidado, das condições de moradia, da higiene da casa, como as pessoas do domicílio se relacionam, quem são as pessoas que dão suporte ao paciente, entre outras. Antes de chegar na moradia é lido novamente o prontuário e revisto os objetivos da visita, a função de cada profissional e principalmente que o tempo de estada na moradia deve ser otimizado, com assuntos relacionados a saúde e o cuidado. A função do médico é realizar uma consulta ampliada, esclarecer dúvidas, orientar de forma geral, a fim de melhorar a saúde global do paciente. A duração de cada visita não é controlada, mas prioriza-se que não ultrapasse 60 minutos. O estabelecimento de regras e distribuição de funções torna, na opinião da equipe, o trabalho mais produtivo e resolutivo.

No município existe uma equipe de cuidados domiciliares, que não é vinculada a nenhuma estratégia de saúde, fazem um trabalho independente. É essa equipe que realiza a maioria dos procedimentos nos domicílios. Os pacientes já são direcionados para o cuidado dessa equipe. Realizamos cuidados de enfermagem nos domicílios, como curativos e troca de sondas vesicais, mas não com muita frequência.

O cuidado continuado aos pacientes visitados é outro problema enfrentado pela equipe. Muitos pacientes têm médicos particulares, ou antigos médicos de família que os acompanham em consultas esporádicas, sendo muito difícil rever as condutas e terapêuticas instituídas por esses profissionais. Os familiares também não têm a consciência que pacientes mais debilitados precisam de acompanhamento e não de consultas a cada 6 meses ou 1 ano, com especialistas. Segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias Brasil, 2013, o desenvolvimento do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades passa por um papel central da ABS. Acredito que o trabalho entre profissionais deve ser horizontal, que as famílias possam ser assistidas da melhor forma possível, com a integração da atenção básica e das especialidades, mas sabe-se que não é a realidade local.

Tenho a convicção de que as visitas domiciliares são importantes no processo de cuidado do paciente e fazem parte das atribuições de uma equipe de ESF. No

período que estive na unidade de saúde pude aprimorar o serviço, selecionando melhor os pacientes que receberam as visitas, de acordo com critérios técnicos, definindo algumas condutas, otimizando o trabalho e o tornando mais resolutivo. Muito ainda deve ser melhorado e o processo de trabalho deve ser revisto sempre que necessário. A equipe também foi motivada e convidada a participar mais dos processos. Foi elaborado um fluxo estabelecendo as responsabilidades de cada membro do time, e sua importância para o atendimento global do paciente.

## 5) REFLEXÃO CONCLUSIVA

O acolhimento é uma prática que deve ser desenvolvida e trabalhada dentro da estratégia de saúde da família. A primeira ausculta do paciente, independente da patologia, pode ser realizada na unidade de saúde. Todos os profissionais podem acolher, e de acordo com as necessidades do paciente, classificação de risco, as ações devem ser guiadas. O portfólio desenvolvido demonstrou situações clínicas de diferentes níveis de risco atendidas e bem conduzidas na ESF.

Relacionado a especialização acredito que na medida do possível consegui traçar um objetivo, fazer um planejamento e atingir as metas planejadas para realizar as atividades propostas no Eixo 2 - Casos Complexos e Portfólio. Meu esforço valeu a pena pois aprendi muito neste ano, o que me deixa com a sensação de dever cumprido. Tive uma oportunidade muito bacana de aprendizado, aprimoramento da minha prática clínica e aperfeiçoamento do cuidado dos pacientes que me confiaram sua saúde nesse período de 12 meses.

A realização dos casos complexos contribuiu muito para agregar conhecimento teórico, facilitando assim a prática clínica diária e a tomada de decisão na hora de estabelecer a conduta mais favorável ao paciente. Na minha opinião os Casos Complexos trouxeram assuntos bastante prevalentes na prática clínica diária, como DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), DM (diabetes mellitus), HAS (hipertensão arterial sistêmica) saúde mental, entre outros, além de assuntos relacionados a ética médica. Já as atividades avaliativas foram muito importantes para fixar os conhecimentos aprendidos durante o estudo dos casos complexos.

Acredito, que o início das atividades, tanto do eixo 1 como do eixo 2, a prova presencial e demais atividades teóricas, deveriam ter iniciado mais cedo. O início tardio das atividades teóricas dificulta os alunos a manterem as tarefas em dia, pois o final do ano é um período bem turbulento e conturbado devido as provas de residência, as viagens, entrevistas, compromissos familiares e muitas vezes as férias.

Nas atividades desenvolvidas no decorrer do curso pude refletir e aprender mais sobre o sistema de saúde de nosso país; sobre como os dados cadastrados nos sistemas de informação disponíveis trazem informações relevantes para a melhoria do sistema de saúde e dessa forma pude perceber também a importância do preenchimento correto das informações. Aprendi também diferentes técnicas de

abordagem dos pacientes, a importância do trabalho em equipe, do acolhimento, da tomada de conduta baseada em evidências, desonerando o sistema de saúde e trazendo benefícios importantes para a melhora do estado de saúde dos pacientes sem ter que submetê-lo a procedimentos invasivos desnecessários e pouco efetivos.

O Curso de Especialização foi bastante importante e agregou muito na minha atuação como médica. Pude descobrir minhas principais dificuldades e dessa forma tentar superá-las e também conhecer meus pontos fortes e usá-los para melhorar o atendimento aos pacientes.

Desenvolvendo as atividades propostas foi possível ter a percepção de como é importante conhecer as características da comunidade na qual estamos trabalhando o que facilita muito o trabalho desenvolvido no posto, identificando os problemas mais prevalentes e tentando buscar ajuda para solucioná-los, estimulando assim o trabalho em equipe. Através dos fóruns, foi possível a interação entre os colegas de turma e dessa forma conhecer outras realidades de outros locais, seus problemas e lados positivos e dessa forma encontrar apoio para nossos anseios e dúvidas.

Na elaboração do Projeto de Intervenção (PI) foi possível desenvolvermos uma maior maturidade científica, já que muitos não tiveram a oportunidade de desenvolver projetos e participar de pesquisas durante o período da faculdade. No decorrer deste ano de atividades práticas e durante a realização do curso de especialização, aprendi muito, e todo o aprendizado adquirido vai ser imensamente importante para toda a minha vida como médica.

Agradeço muito por ter participado do PROVAB e do Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde. Esse período, e os profissionais que interagi durante o ano foram motivadores e fizeram que eu refletisse sobre e em relação a saúde básica no nosso país.

## 6) REFERÊNCIAS

ABRAHÃO AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis – Brasília : Ministério da Saúde, 2016

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre - RS: Artmed, 2013.

MARTINS, Herlon S. et al. Emergências clínicas: abordagem prática. 8.ed. Barueri – SP: Manole, 2013.

MCPHEE, Stephen J. et al. Current medicina: diagnóstico e tratamento. 51.ed. Porto Alegre - RS: Artmed, 2013.

MICHAELS, A. D. et al. Medication errors in acute cardiovascular and stroke patients: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, Boston, MA, v. 121, p. 1664-1682, 2010.

NASI, L. A. Rotinas de unidades vasculares. Rio de Janeiro: Artmed, 2012.

TelessaúdeRS - Teleconsultoria via 0800 644 65 43.

VAN Gelder IC, Groenveld HF, Crijns H JG M , Tuininga YS, Tijssen JGP, Alings A M , et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2010;362( 15): 1363-73.

WANN LS, Curtis AB , January CT, Ellenbogen K A , Lowe JE, Estes N A M 3rd, et al. 2011 A C C F /A H A /H R S focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2011; 123(1): 104-23.

Página Eletrônica do Município de Venâncio Aires, disponível em [www.pmva.gov.br](http://www.pmva.gov.br), acessado em dezembro de 2016.

Arquivos da Prefeitura Municipal de Venâncio Aires, disponível na Biblioteca do Municipal, dados de 2015.

Arquivos da Estratégia de Saúde da Família CAIC II, disponível nos arquivos da unidade de saúde, dados de 2016.



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Bruna Dorfey Weigel**

**ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VENÂNCIO AIRES.**

**Venâncio Aires, novembro de 2016**

## RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta para organizar o fluxo de demandas espontâneas na estratégia de saúde da família CAIC 2, com base no Programa Nacional de Humanização da Atenção Básica. As principais demandas por atendimento serão avaliadas e tabuladas, para um conhecimento maior das necessidades da população usuária. Informações sobre o acolhimento serão transmitidas as famílias através de um folder explicativo. Num terceiro momento será proposto um fluxo de atendimento para a equipe de saúde, com base na classificação de risco usado na atenção primária de saúde e o papel de cada profissional nesse processo. Espera-se que através desse projeto de intervenção possamos organizar o fluxo de atendimento das demandas espontâneas, com ênfase na equidade e integralidade, assim como criar dentro da equipe uma rede de apoio mútuo, tornando o trabalho menos centralizado na figura do médico. Busca-se também um vínculo maior entre pacientes e a equipe, assim como tornar a atenção básica a porta de entrada do usuário no sistema da saúde, prestando um atendimento de qualidade, uma escuta enfática e empática e resolutividade.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	2
SUMÁRIO.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
OBJETIVOS.....	6
Objetivo geral.....	6
Objetivos específicos: .....	6
REVISÃO DE LITERATURA .....	7
METODO.....	12
CRONOGRAMA .....	13
RECURSOS NECESSÁRIOS .....	14
RESULTADOS ESPERADOS .....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	16

## INTRODUÇÃO

A proposta de pesquisa apresentada vincula-se ao programa de pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade, através do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Este projeto tem como tema o atendimento à demanda espontânea realizado na unidade de atenção primária à saúde (APS) de uma região do município de Venâncio Aires, com o intuito de sistematizar o atendimento de acordo com as práticas preconizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A ESF CAIC II está localizada em um bairro de classe média baixa do município, atende em torno de 900 famílias, tendo em média 4 pessoas por família. A faixa etária dos usuários é variável, com pequeno predomínio de idosos e adultos. Desde sua implantação trabalha com sistema misto de atendimento, os turnos de consultas médicas são divididos em demandas espontâneas, atendidos por ordem de chegada, e demandas agendadas. O Acolhimento por profissionais não médicos e o atendimento compartilhado entre profissionais existe, os pacientes que mais fazem uso desse tipo de serviço, são as crianças com problemas agudos, na maioria encaminhados da creche ou escola e as gestantes. Muitos usuários não têm interesse nesse tipo de atendimento, acredito que por desconhecimento e falta de informação.

No início de 2003 o Ministério da Saúde fez uma aposta na humanização como fortalecimento do SUS como política pública. Surge então a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), que tem a ideia da integralidade no sistema abrangendo todos os níveis de atenção e a ligação das práticas de atenção e de gestão. É observado que, desde sua formulação, a PNH ou Humaniza SUS assume status de política em virtude de colocar-se transversalmente aos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, focando a valorização da dimensão humana nas práticas de saúde como proposta para a produção de um plano comum no SUS (BRASIL, 2010).

Em 2011 foi publicado o Manual de acolhimento à demanda espontânea voltado para os profissionais da atenção primária à saúde, com o objetivo de explicar o porquê do acolhimento na atenção básica, e à reorganização do processo de trabalho para o acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2011). A atenção primária à saúde é um serviço de saúde com muitas potencialidades, pois é

normalmente o serviço mais próximo do usuário, é o serviço que em muitos casos é a primeira escolha do usuário, pois tem o vínculo estabelecido com a equipe de saúde (BRASIL, 2009).

A partir das minhas experiências profissionais, acadêmicas e pessoais vislumbro a importância da implantação e da real execução da PNH e do atendimento as demandas espontâneas nos serviços de saúde. O acolhimento a demanda espontânea surge como uma estratégia de organizar os fluxos dos serviços, mas principalmente para tornar os ambientes dos serviços de saúde “mais humanos”, mais acolhedores, estabelecendo os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade nas ações dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Sendo assim, o desenvolvimento deste estudo justifica-se pela importância deste tema para o melhor atendimento à população que busca os serviços de atenção primária. Espera-se que os profissionais e gestores da saúde possam refletir sobre as possibilidades de resolução das demandas espontâneas.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Organizar os atendimentos à demanda espontânea em uma unidade básica de saúde com estratégia de saúde da família no município de Venâncio Aires.

### **Objetivos Específicos**

- Esclarecer aos usuários da estratégia de saúde da família o conceito de acolhimento.
- Organizar a rotina de acolhimento na unidade de saúde.
- Apresentar a equipe o fluxo de atendimento do acolhimento na unidade ESF CAIC 2.

## REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, após a reforma sanitária, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde, com os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde, visando atender todos os cidadãos, de forma integral e de acordo com suas necessidades específicas. A partir deste movimento ocorreu também a mudança de paradigma sobre o conceito de saúde, não mais considerada como ausência de doença, e sim um processo de saúde-doença, buscando uma vida com qualidade para todos (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Humanização foi idealizada em dezembro de 2000 durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde. A discussão na época foi voltada para a necessidade de humanização dos cuidados prestados aos usuários nos serviços de saúde e de ampliação de serviços e profissionais, melhorando o acolhimento dos usuários e a capacidade resolutiva de cada tratamento. Desse modo a humanização começou a ocupar espaço no debate do SUS, evidenciado pela escolha do tema central da 11ª Conferência Nacional de Saúde “Efetivando o SUS - Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social” (BRASIL, 2001).

Seguindo a premissa de humanização do acolhimento o Ministério da Saúde criou em 2002 a PNH que tem como diretrizes a clínica ampliada, co-gestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes, construção da memória do SUS que dá certo, objetivando o fortalecimento a qualificação do SUS (BRASIL, 2008). Com esta nova política o objeto da humanização foi expandido para todos os níveis de atenção à saúde.

Sabe-se que as unidades atenção primária à saúde são a base do sistema e visam à promoção, prevenção, reabilitação e assistência à saúde. No entanto, para que se alcancem os objetivos esperados através dos serviços e a melhoria da qualidade de vida dos usuários, há outros pontos que devemos nos atentar como, por exemplo: o ato da escuta dos profissionais, a produção de vínculo como ação terapêutica, as formas de organização dos serviços de saúde, a humanização das relações, a adequação da área física, a atuação do controle social e modelos de

gestão condizentes com a realidade local. Todos esses pontos apresentados fazem parte da implantação da PNH (BRASIL, 2006).

Atualmente, nos serviços de saúde, os usuários esperam ser bem recebidos e atendidos, mas nesses locais as emoções e sentimentos estão normalmente á tona. Muitas vezes os profissionais estão sobrecarregados de atividades, e com um alto nível de estresse acabam por realizar procedimentos e consultas de forma mecanicista, esquecendo-se de exercer características inerentes ao ser humano, como olhar no olho, ter uma escuta sensível, ter empatia, querer ajudar o outro. A partir dessas demandas a Política Nacional de Humanização se insere para tornar os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e os processos mais humanizados, e assim que todos reflitam na melhoria de acesso dos serviços e na qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2011).

Com base no cenário atual da saúde da cidade de Venâncio Aires, onde a atenção primária está em momento de transição e readaptação para melhoria dos fluxos, serviços, e melhoria no atendimento aos usuários, muitas unidades de atenção primária à saúde estão implantando o serviço de atendimento e acolhimento à demanda espontânea, com classificação de risco (anexos). Acolher é dar acolhida, receber, atender, admitir, tomar em consideração. Demanda espontânea é definida a partir da busca dos usuários pelos serviços de saúde, ou seja, as pessoas que vão até o serviço em busca de resolutividade para seu problema de saúde. A diretriz sobre acolhimento descreve que ele deve ocorrer desde o momento da entrada do usuário no serviço de saúde, e seu trânsito dentro da rede de saúde, pois o acolhimento não deve ser somente uma sala com o título na porta, mas sim um processo no qual todos os atores, sejam profissionais ou usuários, estão inseridos (BRASIL, 2006).

Na literatura existem inúmeros motivos para implantação do sistema de acolhimento dentro das Estratégias de Saúde da Família. O acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso a saúde; como postura dentro da unidade; como reorganização do trabalho em equipe, onde cada membro da equipe saiba o seu papel no processo, como por exemplo, quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica, etc (BRASIL, 2013).

Os serviços de atenção primária à saúde são unidades de saúde mais próximos aos usuários, que visam dentre outras coisas, a criação e fortalecimento de vínculo

para a efetividade das ações de promoção e prevenção à saúde, também são serviços menores e de menor fluxo em comparação aos hospitais, por isso o cenário do estudo foi escolhido uma unidade de saúde que tenha estratégia de saúde da família, para a organização dos atendimentos à demanda espontânea nesse serviço (anexos). A organização do acolhimento deve ser de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do SUS, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos ou vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva (BRASIL, 2008).

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas ou físicas. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2013).

Um estudo realizado na cidade de Campina Grande (PB) por Silveira *et. al.*, traz como conceito que as unidades de saúde que possuem estratégia de saúde da família têm como objetivo principal o estabelecimento de vínculo dos profissionais com os usuários e suas famílias, e demonstrou que os profissionais sabem que o acolher não é apenas recepcionar, mas também envolve a escuta sensível dos usuários. Os profissionais pesquisados relataram que a integração entre a equipe e a boa receptividade da comunidade são aspectos facilitadores para a realização do acolhimento, mas como aspectos negativos e dificultadores foram descritos a inadequada área física, demanda excessiva, falta de profissionais e más condições sociais dos usuários (SILVEIRA *et.al.*, 2004).

O estudo realizado por Brehmer e Verdi, 2010, expõem que o desenvolvimento do acolhimento no cotidiano das instituições de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. O acolhimento apresenta-se com duas faces opostas e destoantes: no discurso, o reconhecimento do direito à saúde, e na prática, o descumprimento desta garantia constitucional. As ações diárias nos serviços das UBS enfrentam alguns limites, dificultando a implementação do acolhimento segundo sua orientação conceitual e técnica. Estes são classificados, principalmente, como limites de ordem

estrutural e organizacional, porém são consideravelmente expressivas as limitações de ordem ideológica.

Para Souza *et.al.* (2008) o acesso aos serviços de saúde e o acolhimento se completam na concepção de integralidade do cuidado nos serviços de saúde. O acolhimento pode ser utilizado como um dispositivo para o acesso dos usuários nos serviços de saúde deve auxiliar no vínculo entre a equipe e a população, fomentar o cuidado integral e mais humano dos usuários e modificar o modelo biomédico centralizado na doença e na medicalização. Mas é necessário qualificar os profissionais que já atuam nos serviços para que compreendam a importância dos processos de humanização e o acolhimento nos serviços, e que os futuros profissionais de saúde tenham desde a universidade ações voltadas para o cuidado integral e para a PNH.

Este estudo demonstrou que algumas das dificuldades apresentadas no acolhimento são: a pressão dos usuários pelo atendimento imediato, o estresse e o cansaço na equipe por sobrecarga de trabalho, os momentos de escuta restrita à recepção do usuário para a triagem, e como potencialidades: acolhimento como elemento positivo na organização do processo de trabalho, melhor organização das filas, compreensão mais ampla das necessidades dos usuários, respeito ao princípio da equidade (Souza, 2008).

Farias e Saraiva Campos (2012) relatam que os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde percebem a demanda espontânea como excessiva, tornando-se um peso na rotina de trabalho e que muitas vezes os usuários não compreendem a finalidade do serviço e querem apenas consulta médica. Mas salientam que o acolhimento deve garantir a ampliação do acesso e permitir a humanização do atendimento, através da criação de área física destinada à escuta, respeitando a privacidade dos usuários. Mas o estudo mostra que as equipes pesquisadas não realizam o acolhimento conforme proposto pela PNH e persistem no atendimento tradicional e com fila com o intuito de saber o motivo pelo qual o usuário procurou a unidade dia, e os profissionais que realizam essa atividade questionando os usuários são: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde.

Em um estudo realizado em 2012 por Damasceno *et. al.* apresenta dificuldades similares a outros estudos, demonstrando a falta de área física nos serviços de saúde,

conforme a fala de uma enfermeira, que explana sobre o inadequado espaço para realizar o acolhimento, uma usuária não falou tudo o que queria, pois havia um homem ao seu lado. A Estratégia Saúde da Família é um ambiente que favorece criação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, permitindo aos profissionais uma maior proximidade e uma melhor forma de se relacionar com a comunidade, e deste modo realizando um atendimento humanizado e com um serviço de acolhimento adequado (DAMASCENO *et. al.*,2012).

Santos e Santos (2011) em uma revisão sistemática da literatura concluem que nos anos 2001 a 2010 foi publicado o número de 39 artigos sobre acolhimento e saúde da família, demonstrando o pequeno número de publicações sobre o assunto pertinente ao estudo proposto por este projeto. Mas salientam que o acolhimento fortalece a estratégia de saúde da família, pois atua de forma reflexiva na ação diária dos profissionais, e auxilia fortemente na consolidação dos princípios do SUS.

A partir destas reflexões iniciais sobre o tema construiu-se a questão de pesquisa que norteará este estudo: “Como organizar os atendimentos à demanda espontânea em uma unidade de serviços de atenção primária à saúde na cidade de Venâncio Aires?”.

## MÉTODOS

Como caminho metodológico, propõe-se um projeto de intervenção com delineamento longitudinal. Seguirá os seguintes preceitos:

1. Elaboração de uma planilha, junto com a enfermeira da unidade, para registro por toda a equipe, das demandas de acolhimento. Todos os procedimentos realizados deverão ser registrados, assim como as informações dirigidas ao usuário.
2. Reunião com a equipe para apresentação do projeto de intervenção e esclarecimento de dúvidas. Nesse momento também será apresentada a planilha destinada ao registro das atividades, modalidades de acolhimento.
3. Em torno de 30 a 45 dias da primeira reunião serão analisados os dados coletados por cada membro da equipe, a fim de identificar as principais demandas espontâneas na unidade.
4. Confecção junto a equipe de um folder explicativo sobre acolhimento, o que é, como é realizado, quem participa, entre outras informações. Os folders serão entregues as ACS para que durante as suas visitas as famílias, possam propagar a informação.
5. Organização do fluxo de atendimento das demandas espontâneas, com base na classificação de risco, usado para a atenção primária (anexos).
6. Agendamento da primeira reunião na qual será apresentado a equipe o fluxo de atendimento, e o papel de cada um da equipe junto à organização das demandas a fim de qualificar o atendimento e acesso dos usuários.
7. Reuniões subsequentes serão agendadas para a capacitação de todos os profissionais que participarão da intervenção, contando com exposições multidisciplinares acerca do assunto, inclusive com a participação e suporte logístico dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando qualificar o atendimento e organizar o acesso aos serviços de saúde.
8. Confeccionar uma entrevista com questões semiestruturadas para avaliar a percepção dos usuários sobre a nova forma de acolhimento realizado na unidade. As ACS farão a entrevista junto as famílias. Dentro da unidade a avaliação será realizada pela enfermeira e pela médica nas consultas e também nos grupos de apoio.

9. Reuniões periódicas da equipe do ESF envolvida no Projeto de Intervenção para discutir os métodos utilizados e resultados obtidos, avaliando se os objetivos da intervenção estão sendo adequadamente contemplados.

## CRONOGRAMA

ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Elaboração de uma planilha, para registro por toda a equipe, das demandas de acolhimento	X					
Reunião com a equipe para apresentação do projeto de intervenção e esclarecimento de dúvidas.	X					
Reunião para análise dos dados coletados por cada membro da equipe.		X	X			
Confecção junto a equipe de um folder explicativo sobre acolhimento			X			
Entrega dos folders as ACS.			X			
Organização do fluxo de atendimento das demandas espontâneas, com base na classificação de risco.			X			
Reunião para apresentação a equipe o fluxo de atendimento, acolhimento.			X	X		
Reuniões de aperfeiçoamento da equipe.			X	X	X	X
Confecção do questionário de avaliação da intervenção junto as famílias.					X	
Reuniões de avaliação e adequação, junto a equipe, do projeto de intervenção.				X	X	X

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Sala para realização de reuniões;
- Material de escritório;
- Computador com acesso à internet;
- Equipamento de multimídia;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissional Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS, Recepção;
- Prontuários dos pacientes e da família
- Material informativo e de sensibilização ao paciente.

## RESULTADOS ESPERADOS

- Conhecer as principais queixas e necessidades de acolhimento dos usuários da unidade e da comunidade.
- Melhora da qualidade do atendimento as demandas espontâneas na ESF CAIC 2.
- Adequação dos serviços oferecidos pela unidade de saúde de acordo com a realidade e necessidades dos pacientes e suas famílias.
- Oferta de serviços com ênfase na integralidade e equidade.
- Conscientizar os usuários que o cuidado multidisciplinar é mais ou tão eficaz e eficiente que o atendimento centrado na figura do médico.
- Diminuição dos índices de internação hospitalar por causas agudas e crônicas, que possam ser sensíveis a atenção básica.
- Desenvolvimento de uma cultura de prevenção e cuidado continuado.
- Acordar compromissos mútuos para melhorar a situação de saúde do paciente e melhora da qualidade de vida.
- Buscar um vínculo maior entre unidade e usuários.
- Diminuir as demandas por atendimentos nas UPA e na unidade hospitalar.
- Construir um ambiente de troca de experiências e apoio mútuo entre os trabalhadores da unidade de saúde.
- Estimular a equipe ao desafio do desenvolvimento de práticas de intervenção e a enfatizar a sua responsabilidade no cuidado da saúde dos usuários da unidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A. Humanização na saúde: um novo modismo? Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

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

DAMASCENO, R. F.; Souza L. P. S.; RUAS M. F. L.; BRITO P. A. ; SILVA E. A.; SILVA J. L. S. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. Journal Health Sci Inst. 2012; 30(1). p. 37-40

FARIA, R., SARAIVA CAMPOS, E. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. Revista de APS, América do Norte, 15, abr. 2012.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Revista Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

POPE, C.; MAYS, N.. organizadores. 3ª ed. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.

RONCATO, P. A.Z.B.; ROXO, C.O.; BENITES, D.F. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (4): 308-313, out.-dez. 2012.

SANTOS, I. M. V. dos; SANTOS, A. M. dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. Rev. salud pública. 2011, vol.13, n.4, pp. 703-716.

SILVEIRA, M. F. A.; FELIX, L. G. F.; ARAÚJO D. V. A.; SILVA I. C. S. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. Cogitare. 2004 Jan-Jun; 9(1):71-8.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s100-s110.

## ANEXOS

### TABELA 01 – Classificação de Risco por Escala de Prioridades.

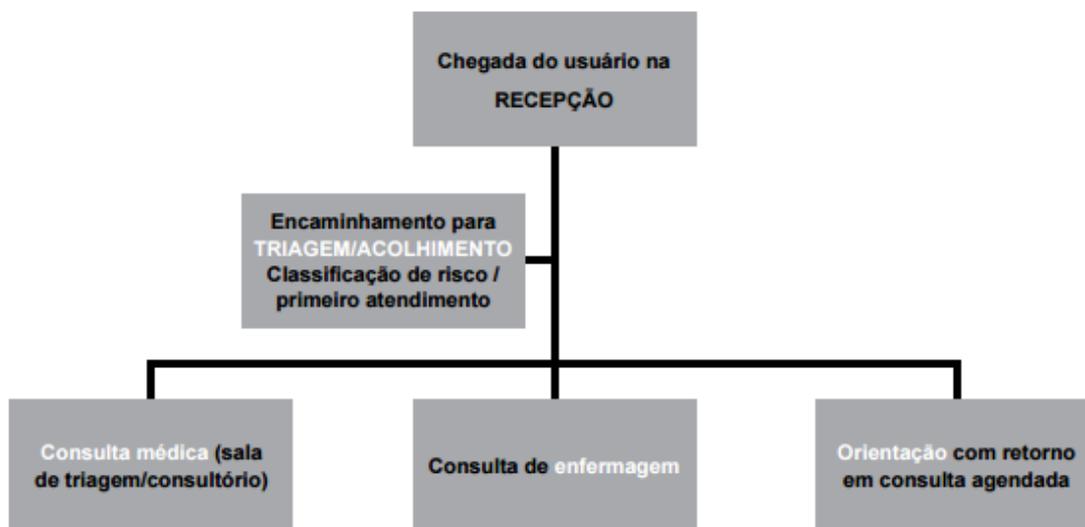
**TABELA 1** – Classificação de Risco por escala de cores. Entende-se mmHg (milímetros de mercúrio), Tax (temperatura corporal axilar, °C (graus celsius), Glasgow (escala de coma de Glasgow [11], mg/dL (miligrama por decilitro)

**Classificação de Risco por escala de cores**

<b>Preto</b>	Parada Cardíaca ou Respiratória Perda força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas Trauma Crânio-encefálico Grave (Glasgow < 12): atropelamento, traumas graves Fraturas, luxações, entorses Dor torácica de início súbito (< 1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas Queimaduras graves ou em crianças Inconsciência Hipotermia Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala) Hemorragia ativa Crise convulsiva Agitação, alucinação, delirium
<b>Vermelho</b>	Dor torácica (> 2 horas) Pressão Arterial > 170/100 mmHg Pressão Arterial < 80/40 mmHg Hipertensão sintomática: PA > 150/100 mmHg com Cefaléia, náusea, vômitos, vertigem, etc HGT > 300mg/dl ou < 50mg/dl Crise asmática Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluidos vaginais Febre (Tax 39°C) Suspeita de Varicela
<b>Amarelo</b>	Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação Dor abdominal aguda, náusea ou vômitos Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais Dor de ouvido Olho vermelho, com irritação conjuntival Sintomas urinários (disúria, oligo-anúria) Dor lombar com sintomas urinários ou febre Prostração em crianças
<b>Verde</b>	Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e Tax <38,5°C Dor crônica com piora recente Atraso menstrual (mais de 30 dias) Constipação intestinal Assaduras em bebês Suspeita de Pediculose e Escabiose Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais
<b>Azul</b>	Problemas ou queixas há mais de 15 dias Renovação de receitas Requisição e/ou retorno de exames Encaminhamento, Contra-referências Cólica menstrual Atraso menstrual (menos de 30 dias) Atestados e laudos

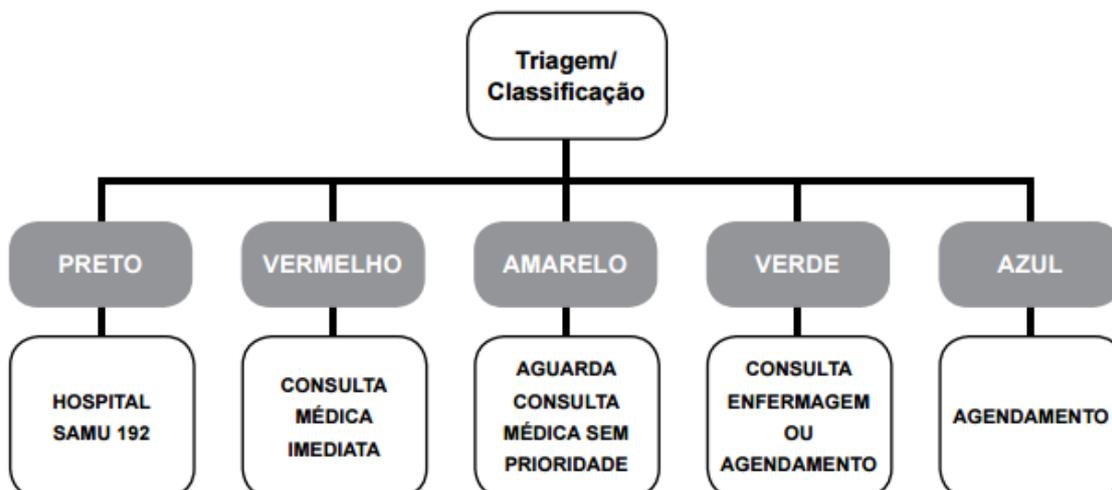
FONTE: Roncato et al, Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (4): 308-313, out.-dez. 2012.

**FIGURA 01 - Fluxo do acolhimento para pacientes que chegam à Unidade de Saúde solicitando atendimento médico sem consulta previamente agendada.**



FONTE: Roncato et al, Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (4): 308-313, out.-dez. 2012.

**FIGURA 02 - Encaminhamento da triagem após a classificação de risco.**



FONTE: Roncato et al, Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (4): 308-313, out.-dez. 2012.